Emorragia cerebrale e fibrillazione atriale: che fare?

Data 26 giugno 2025
Categoria cardiovascolare

Lo studio PRESTIGE-AF suggerisce che nel paziente con fibrillazione atriale che sia andato incontro a un'emorragia intra-cerebrale la prescrizione i un anticoagulante diretto riduce il rischio di ictus ischemico ma aumenta quello di recidiva emorragica cerebrale.

Carlo è un nostro paziente di 64 anni affetto da fibrillazione atriale non valvolare in terapia con un anticoagulante diretto (DOACs = direct oral antcoagulans). Recentemente è stato noverato per emorragia cerebrale. Una volta dimesso si pone il problema: riprendere o meno l'anticoagulante?
Poiché persiste la fibrillazione atriale il paziente continua ad avere un elevato rischio di ictus cardioembolico per cui sarebbe necessario continuare con il DOAC; così facendo però aumenta il suo rischio di una recidiva di emorragia cerebrale. Bisogna quindi bilanciare rischi e benefici di una eventuale continuazione della terapia.

Ci viene in aiuto uno studio randomizzato e controllato denominato PRESTIGE-AF. Sono stati reclutati 319 pazienti (età > 18 anni) con emorragia cerebrale e fibrillazione atriale con indicazione all'anticoagulazione e punteggio alla scala di Rankin Modificata di 4 o inferiore (erano quindi esclusi pazienti con disabilità grave, costretti a letto e bisognosi di assistenza continua). Dopo randomizzazione i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: uno assumeva DOAC e uno non veniva anticoagulato. L'età media dei pazienti era di 79 anni e il 35% era di sesso femminile. Il follow-up mediano è stato di 1,4 anni. La frequenza di ictus ischemico è stata di 0,83 per 100 pazienti-anno nel gruppo trattato con DOAC (in pratica questo significa che ogni 1000 pazienti trattati per 1 anno si sono verificati 8,3 ictus ischemici). Al contrario nel gruppo non anticoagulato si sono verificati 8,6 ictus ischemici per 100 pazienti-anno (ogni 1000 pazienti non trattati per 1 anno si verificano 86 ictus ischemici).
Situazione invertita per quanto riguarda la recidiva di emorragia intra-cerebrale. Nel gruppo anticoagulato si sono verificate 5,0 emorragie per 100 pazienti-anno (= 50 emorragie cerebrali ogni 1000 pazienti trattati per 1 anno), mentre nel gruppo non anticoagulato le emorragie cerebrali sono state 0,82 ogni 100 pazienti-anno (8,2 emorragie cerebrali ogni 1000 pazienti trattati per un anno).
Riassumendo: se prescriviamo l'anticoagulante avremo ogni 1000 pazienti trattati per 1 anno 8 ictus ischemici e 50 emorragie cerebrali, se non anticoaguliamo ogni 1000 pazienti in 1 anno avremo 86 ictus ischemici e 8 emorragie cerebrali.
Effetti avversi gravi si sono verificati nel 44% dei pazienti anticoagulati e nel 55% di quelli non anticoagulati. I decessi sono stati rispettivamente il 10% e il 13%.

Che dire? I dati dello studio ci dicono che, in linea generale, il bilancio benefici-rischi dovrebbe indurci a proporre la terapia anticoagulante, ben sapendo però che in questo modo aumenteremo il rischio di una recidiva di sanguinamento intra-cerebrale.
Gli autori auspicano ulteriori studi e metanalisi per ottimizzare la terapia in questa platea vulnerabile di pazienti. La decisione di quale sia la scelta migliore dovrà essere fatta dopo aver informato il paziente in modo che la scelta sia consapevole e condivisa. Non si tratta, come potrebbe apparire a una prima occhiata, di un atteggiamento pilatesco: anche il paziente deve essere coinvolto quando le cose non sono né bianche né nere. Data la complessità della decisione si devono considerare vari aspetti: il rischio ischemico, la gravità dell'emorragia cerebrale, la correzione di fattori di rischio, la presenza di microangiopatia cerebrale, la possibilità di usare una dose ridotta di anticoagulante, la chiusura dell'auricola atriale, ecc. Necessita una decisione multidisciplinare (neurologo, cardiologo, ematologo) perchè gli esiti di un'emorragia cerebrale recidiva possono essere devastanti.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Veltkamp R, Korompoki E, Harvey KH, et al. Direct oral anticoagulants versus no anticoagulation for the prevention of stroke in survivors of intracerebral haemorrhage with atrial fibrillation (PRESTIGE-AF): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet. 2025 Mar 15;405(10482):927-936. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00333-2. Epub 2025 Feb 26.