



## Fibrillazione atriale: linee guida 2019 - Parte prima

**Data** 10 febbraio 2019  
**Categoria** cardiovascolare

Le linee guida 2019 sulla fibrillazione atriale introducono alcune novità rispetto a quelle precedenti del 2014.

Le Società Cardiologiche Americane (AHA, ACC, HRS) hanno pubblicato l'aggiornamento delle linee guida sul trattamento della fibrillazione atriale .

Ne faremo una breve sintesi focalizzando l'attenzione sugli aspetti che più possono interessare il Medico di Famiglia.

In questa prima parte ci occuperemo della **prevenzione del tromboembolismo** con la terapia anticoagulante.

Nella **fibrillazione atriale non valvolare** la scelta se usare o meno la terapia anticoagulante si deve basare sul rischio cardioembolico del paziente e non sul tipo di fibrillazione atriale (parossistica, persistente o permanente).

La terapia anticoagulante può essere omessa negli uomini con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score di zero e nelle donne con score di 1. Se lo score è di 1 negli uomini e di 2 nelle donne la terapia anticoagulante è degna di considerazione. Se lo score è  $\geq 2$  negli uomini o  $\geq 3$  nelle donne la terapia anticoagulante è ritenuta necessaria.

Di preferenza si dovrebbero usare i NAO (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban). Questa scelta è determinata dal fatto che i NAO in alcuni trials si sono dimostrati superiori al warfarin nella prevenzione del tromboembolismo e sono associati ad un rischio minore di emorragie gravi.

Nei casi di **fibrillazione atriale valvolare** (esplicitamente definita come presenza di protesi valvolare oppure stenosi mitralica moderata-grave) si deve usare il warfarin senza determinare preliminarmente il rischio cardioembolico (che in questi casi è già elevato).

Si noti che secondo questa impostazione si dovrebbero definire FA non valvolare tutti i casi in cui non siano presenti una stenosi mitralica moderata-grave oppure una protesi valvolare. La definizione di non valvolare non implica quindi che non possa esserci un qualche interessamento valvolare.

Nei pazienti in **dialisi oppure con una grave insufficienza renale** (creatinina clearance inferiore a 15 ml/min) è ragionevole scegliere il warfarin oppure l'apixaban. Nei casi di insufficienza renale meno grave se si usano i NAO le dosi dovrebbero essere ridotte.

Come si può vedere rispetto alle precedenti linee guida 2014 ci sono essenzialmente **due novità importanti** : la nuova definizione di fibrillazione atriale non valvolare e la scelta di privilegiare, in questi casi, i NAO.

Nei casi di **flutter atriale** la scelta della terapia anticoagulante segue le stesse regole usate nella fibrillazione atriale.

Un altro aspetto da menzionare è la cosiddetta **"terapiaponte"** con eparina a basso peso molecolare o con eparina non frazionata. Questa è raccomandata in pazienti con protesi valvolari che si devono sottoporre a procedure in cui è necessario sospendere il warfarin.

Negli altri casi la decisione se ricorrere alla terapia ponte deve bilanciare il rischio emorragico e quello tromboembolico.

Nei casi di gravi emorragie o di procedure urgenti si possono usare come antidoto l'idarucizumab per dabigatran e andexane alfa per rivaroxaban e apixaban.

Infine le linee guida ricordano che la prevenzione del tromboembolismo si può ottenere anche con **l'occlusione percutanea dell'auricola atriale sinistra** . L'opzione è valida soprattutto nei pazienti che hanno controindicazioni alla terapia anticoagulante a lungo termine (intolleranza ai farmaci o scarsa compliance oppure elevato rischio di emorragie). L'occlusione chirurgica si può considerare nei casi in cui il paziente si deve sottoporre ad intervento cardiocirurgico per altri motivi.

**Renato Rossi**

### Bibliografia

1. January CT et al. 2019 AHA/ACC/RRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Circulation. Pubblicato online il 28 gennaio 2019.