Fibrillazione atriale: linee guida 2023 - Seconda parte

Data 06 gennaio 2024
Categoria cardiovascolare

Nella pillola precedente abbiamo visto la nuova classificazione della fibrillazione atriale, le strategie preventive e la stratificazione del rischio tromboembolico.
In questa seconda puntata sintetizzeremo altri aspetti analizzati dalle linee guida.

Se il rischio tromboembolico è >/= 2% nell'uomo e >/= 3% nelle donne la terapia anticoagulante è raccomandata indipendentemente se si tratta di una FA parossistica, di lunga durata o permanente. Se il rischio tromboembolico è compreso tra 1% e 2% l'anticoagulazione è una scelta ragionevole.
Nei pazienti che non hanno una stenosi mitralica moderata o severa o una protesi valvolare i nuovi anticoagulanti sono preferiti agli antivitamina K, che invece sono raccomandati nei casi di stenosi mitralica moderata-severa o reumatica o protesi valvolare.
Nei pazienti in trattamento con antagonisti della vitamina K si consiglia un range dell'INR compreso tra 2 e 3.
L'ASA nei pazienti che hanno un basso rischio tromboembolico non è raccomandato. Nei pazienti in cui sia raccomandata l'anticoagulazione, l'ASA, da solo o associato a clopidogrel, non è un'alternativa consigliata.
Nei casi di FA subclinica l'anticoagulazione è consigliata se l'episodio dura più di 24 ore e il rischio tromboembolico determinato tramite CHA2DS2-VASc è >/= 2% all'anno. Può essere ragionevole anche se gli episodi durano da 5 minuti a 24 ore qualora il rischio tromboembolico sia >/= 3%. Nei casi di episodi di durata inferiore ai 5 minuti l'anticoagulante non è indicato a meno che non vi siano altre indicazioni al suo uso.
Dopo aver esaminato questi aspetti le nuove linee guida si soffermano sull'opportunità di controllare precocemente il ritmo. Questa strategia viene consigliata nei pazienti con ridotta funzionalità ventricolare sinistra oppure con un elevato burden di FA. In pazienti selezionati l'ablazione trans-catetere viene considerata come terapia di prima scelta, come per esempio nei pazienti con scompenso cardiaco e ridotta frazione di eiezione.
L'obliterazione dell'appendice atriale sinistra è consigliata nei casi in cui sarebbe necessario usare l'anticoagulazione ma questa è fortemente controindicata per una causa non reversibile oppure se vi è un elevato rischio emorragico.
Infine le linee guida esaminano aspetti particolari: per esempio come comportarsi in caso di emorragia in corso di anticoagulazione, cosa fare nel paziente con FA dopo un ictus emorragico o se si deve procedere a un intervento chirurgico programmato, cosa scegliere nel caso di concomitante insufficienza renale.
Un caso particolare è rappresentato dai pazienti con FA e coronaropatia cronica (= dopo un anno da una rivascolarizzazione coronarica, senza storia di trombosi dello stent oppure coronaropatia che non aveva richiesto rivascolarizzazione): in questi casi si consiglia la terapia anticoagulante da sola rispetto all'associazione anticoagulante + antiaggregante. Stesso comportamento in caso di FA e arteriopatia periferica stabile.
Altro caso particolare è rappresentato dal paziente con FA che richiede l'anticoagulante e che presenta anche una sindrome coronarica acuta o che viene sottoposto a PCI. In questa evenienza le linee guida consigliano generalmente una duplice terapia (nuovo anticoagulante diretto + inibitore del P2Y12) rispetto alla triplice terapia (in cui all'anticoagulante diretto si associano ASA e inibitore del P2Y12).
Infine le linee guida esaminano le strategie da adottare per il controllo del ritmo, della frequenza e in caso di scompenso cardiaco.

RenatoRossi

Bibliografia

1. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. Journal of American College of Cardiology. 2023. Article in Press.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 31/10/2026 alle ore 6:18 | Pagina 1 di 1