

Dobbiamo anticoagulare un paziente con FA scatenata da un evento acuto?

Li S, Lip GYH, Ko D, Walkey A. Anticoagulation for Secondary Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2024;390(13):1237-1240.

Parole chiave: fibrillazione atriale secondaria; cause scatenanti; terapia anticoagulante.

In questo articolo si esamina il caso di una paziente di 68 anni con ipertensione e diabete mellito tipo II, in trattamento con lisinopril e metformina, che si presenta al Pronto Soccorso per dispnea, tosse, stato confusionale e febbre da tre giorni. Gli esami confermano uno stato settico dovuto a polmonite acquisita in comunità. Durante il ricovero, si manifesta una fibrillazione atriale (FA) asintomatica, con ritorno spontaneo al ritmo sinusale. La decisione riguardante la terapia anticoagulante (TA) a lungo termine diventa cruciale, considerando il rischio di recidiva della FA e di ictus ischemico. Il resto dell'articolo esplora i pro e i contro di questa decisione.

Una FA è stata riportata in circa il 10% dei pazienti ricoverati per sepsi e il 44% dei casi di shock settico. Nel Framingham Study, la frequenza di recidiva della FA, in presenza e in assenza di un evento scatenante, è stata rispettivamente del 42% e del 59%. Nel caso specifico, il CHA₂DS₂-VASc score della paziente era di 4, indicando un elevato rischio di ictus anche in assenza di sintomi.

La tesi a favore della anticoagulazione suggerisce quindi di seguire il protocollo ABC (Atrial Fibrillation Better Care), che raccomanda l'utilizzo della TA, insieme a un trattamento ottimale dei sintomi e una gestione personalizzata dei fattori di rischio e delle copatologie, a meno che il punteggio CHA₂DS₂-VASc sia < 0 per gli uomini o < 1 per le donne. Secondo l'American Heart Association, l'anticoagulazione orale a lungo termine è comunque consigliata per ridurre il rischio di ictus nei pazienti con FA acquisita in ospedale.

La tesi contraria alla anticoagulazione considera che la paziente era totalmente asintomatica per palpitazioni e non presentava patologie cardiache. Sottolinea inoltre la mancanza di prove specifiche per pazienti con FA causata da trigger acuti, come la sepsi, che sono esclusi dagli studi clinici sull'anticoagulazione. Il rischio di ictus dopo una FA in corso di sepsi è comunque più basso rispetto alla FA primaria, anche a parità di punteggio CHA₂DS₂-VASc. Viene quindi proposto che, per evitare il rischio di emorragie in pazienti simili e in assenza di patologie cardiache documentate all'ecocardiogramma eseguito prima della dimissione, sia opportuno non iniziare la TA ma proseguire il follow-up con registrazione del ritmo cardiaco per almeno 30 giorni.

(Livio Colombo)