

## **Ci saranno ancora pazienti emodinamicamente stabili da cardiovertire in pronto soccorso?**

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal (2024)

**Parole chiave:** fibrillazione atriale, linee guida, cardioversione, anticoagulazione

All'inizio di settembre 2024 sono state pubblicate le nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia sulla gestione della fibrillazione atriale (FA). La modifica sostanziale che interessa il medico dell'emergenza-urgenza rispetto alle precedenti indicazioni riguarda la riduzione della durata da 48 a 24 ore per l'esecuzione della cardioversione in un paziente stabile e non già adeguatamente scoagulato.

Gli estensori delle linee guida giustificano la loro scelta in base ad un atteggiamento di massima sicurezza che parte dalla constatazione che ogni procedura di controllo del ritmo ha un rischio intrinseco di trombo-embolia e che una strategia di "wait and see" va incontro a una cardioversione spontanea in una percentuale dei casi molto vicina a quella ottenuta con la cardioversione elettrica o farmacologica.

Quando si ritenga di dover comunque procedere (per esempio a causa di sintomi particolarmente intensi), le linee guida raccomandano di valutare con attenzione il momento di insorgenza. Se l'esordio è chiaramente databile a < 24 ore, si può procedere. Se invece l'esordio è databile tra le 24 e le 48 ore, la cardioversione deve essere preceduta da un'ecocardiografia transesofagea (TEE). In ogni caso, in tutti i pazienti che non siano intensamente sintomatici, la strategia consigliata è quella del "wait and see" fino a 48 ore e di una eventuale cardioversione rinviata a dopo almeno 3 settimane di scoagulazione adeguata (aderenza agli anticoagulanti orali diretti, DOAC o INR >2 se in terapia con antagonisti della vitamina K, VKA)

Questa strategia, considerando anche la difficoltà di praticare tempestivamente una TEE nella grande maggioranza dei Pronto Soccorso, riduce di fatto la possibilità di un intervento in acuto ai soli pazienti intensamente sintomatici, con insorgenza chiaramente databile a meno di 24 ore.

Resta da segnalare che la maggior parte dei pazienti dovrebbe praticare una terapia anticoagulante per almeno 4 settimane dopo la cardioversione, con l'eccezione facoltativa di chi non ha alcun fattore di rischio tromboembolico e va incontro a ripristino del ritmo sinusale entro 24 ore dall'insorgenza della FA. In presenza di qualsiasi fattore di rischio tromboembolico, la

terapia anticoagulante a lungo termine dovrebbe invece essere istituita indipendentemente dall'esito del ritmo.

Con l'applicazione di queste nuove indicazioni e le relative implicazioni medico-legali, è prevedibile che la maggior parte dei pazienti emodinamicamente stabili non saranno più cardiovertiti in pronto soccorso. Sarà da valutare quanti ciò inciderà sulla gestione della FA in termini di ore e procedure prescrittive diagnostiche e terapeutiche nei nostri dipartimenti di emergenza.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Garg A, Khunger M, Seicean S, Chung MK, Tchou PJ. Incidence of thromboembolic complications within 30 days of electrical cardioversion performed within 48 hours of atrial fibrillation onset. *JACC Clin Electrophysiol* 2016;2:487–94.
2. Tampieri A, Cipriano V, Mucci F, Rusconi AM, et al. Safety of cardioversion in atrial fibrillation lasting less than 48 h without post-procedural anticoagulation in patients at low cardioembolic risk. *Intern Emerg Med* 2018;13:87–93.
3. Hansen ML, Jepsen RM, Olesen JB, Ruwald MH, Karasoy D, Gislason GH, et al. Thromboembolic risk in 16 274 atrial fibrillation patients undergoing direct current cardioversion with and without oral anticoagulant therapy. *Europace* 2015;17:18–23.
4. Bonfanti L, Annovi A, Sanchis-Gomar F, Saccenti C, Meschi T, Ticinesi A, et al. Effectiveness and safety of electrical cardioversion for acute-onset atrial fibrillation in the emergency department: a real-world 10-year single center experience. *Clin Exp Emerg Med* 2019;6:64–9.

(Lorenzo Ghiadoni)