

## Aspetti innovativi delle nuove linee guida ESC sulla FA

Rienstra M, Tzeis S, Bunting KV, et al. Spotlight on the 2024 ESC/EACTS management of atrial fibrillation guidelines: 10 novel key aspects. *Europace* (2024) 26, doi.org/10.1093/europace/euae298

**Parole chiave:** fibrillazione atriale, linee guida, ESC

In questo lavoro, ideato e scritto con grande appropriatezza analitica, gli autori sintetizzano i punti chiave contenuti nelle linee guida (LG) ESC 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale (FA). In primo luogo viene affermato che la gestione della malattia deve essere un approccio strutturato “orientato sul paziente” (AF-CARE) che ruota intorno a quattro pilastri fondamentali:

- 1- attenzione a comorbidità e gestione dei fattori di rischio (C- comorbidity management);
- 2- prevenzione di stroke e tromboembolismo (A-avoid stroke);
- 3- riduzione dei sintomi con il controllo del ritmo o della frequenza (R- reduce symptoms);
- 4- valutazione e ri-valutazione dinamica (E- evaluation and reassessment).

Alcuni punti innovativi delle nuove linee guida meritano particolare attenzione:

- 1) L’approccio strutturato orientato al paziente tiene conto ovviamente della tipologia della FA: prima diagnosi, parossistica, permanente o persistente ma sposta, per la prima volta l’attenzione (ed è una novità) sulle comorbidità e sui fattori di rischio. Nuove evidenze hanno dimostrato infatti che una corretta gestione di questi aspetti di per sé migliora il quadro clinico.
- 2) Che la terapia anticoagulante (AC) fosse un cardine nella gestione della FA è assodato da tempo, ma le nuove LG propongono l’utilizzo dello score CHA2D2-VA al posto dello CHA2D2-VASc ben noto, omettendo quindi le precedenti considerazioni sul sesso femminile ritenute non significative.
- 3) Molta attenzione deve poi essere posta in caso di un evento ischemico in corso di terapia anticoagulante, con una valutazione attenta delle cause non emboliche, della non aderenza alla terapia o di un suo erroneo dosaggio. Si può ipotizzare la eventuale associazione con antiaggreganti.
- 4) Nel caso di intervento cardiocirurgico o di ablazione è opportuno prendere in considerazione la occlusione auricolare.
- 5) L’ablazione transcatetere deve essere considerata come terapia di prima linea nei pazienti con FA persistente o parossistica che non tollerano o non rispondono agli antiaritmici.
- 6) Le strategie di controllo del ritmo non hanno solo un obiettivo sintomatico, ma possono ridurre il rischio di stroke e di riospedalizzazione nei pazienti ad alto rischio.
- 7) La sicurezza del paziente candidato alla cardioversione deve essere prioritaria. Il limite di 48h dall’insorgenza della aritmia, fino ad ora considerato sicuro in riferimento al rischio tromboembolico, viene abbassato a 24 h, a meno di non poter eseguire una ecocardiografia transesofagea. Inoltre, dati recenti dimostrano una non inferiorità della strategia “wait and see” rispetto ad una cardioversione elettrica precoce.
- 8) Prima di iniziare una terapia anticoagulante, è importante domandarsi se ci si trova di fronte ad una FA scatenata (“triggered”) da fattori precipitanti e potenzialmente reversibili come eventi infettivi (sepsi), uso di alcool e droghe e agire sulle cause.
- 9) E’ infine importante ampliare le strategie per la diagnosi precoce della FA subclinica con tecnologie di facile e ampio utilizzo e attivazione di screening di massa.

## Per saperne di più

1. 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) 00, 1–101
2. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines *Circulation*. 2023;148:e00–e00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001193

(Mario Cavazza)