

COME SI CURA: LE NUOVE LINEE GUIDA AIAC

a colloquio con **Antonio Raviele**

Direttore Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale dell'Angelo, Mestre (VE)

“
Il potenziamento della diagnosi permette di attuare adeguate strategie di prevenzione del rischio tromboembolico e di scegliere la terapia migliore
 ”

Lo scorso anno al Congresso Nazionale della Società di Cardiologia sono state presentate le nuove Linee Guida per la fibrillazione atriale. Quali sono state le principali novità introdotte?

In estrema sintesi, le novità delle *Linee Guida per la fibrillazione atriale* presentate al congresso (personalmente sono stato chairman della task-force per le Linee Guida dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiologia) riguardano sia l'aspetto diagnostico sia quello terapeutico. Relativamente all'aspetto diagnostico, oggi disponiamo degli strumenti per eseguire un monitoraggio elettrocardiografico in ambulatorio, per effettuare registrazioni continuative con il paziente a domicilio (Holter 24 h fino a 7 g consecutivi), per registrare l'elettrocardiogramma con dispositivi ad hoc e inviarlo telefonicamente a un centro di riferimento in modo da

valutare se c'è fibrillazione atriale in quel momento anche indipendentemente dalla presenza di sintomi.

Esiste, inoltre, la possibilità di impiantare un *loop recorder*, che permette una registrazione continua dell'elettrocardiogramma per tre anni e che tiene in memoria solo le aritmie eventualmente rilevate. Grazie a queste apparecchiature siamo in grado di fare più facilmente la diagnosi della fibrillazione atriale e, cosa ancora più importante, di cogliere le fibrillazioni atriali asintomatiche. Queste ultime sono tra le più pericolose perché, se il paziente non avverte il sintomo, non si reca dal medico e non mette in atto tutte le strategie per ridurre il rischio tromboembolico. Il messaggio delle nuove Linee Guida, quindi, è sicuramente quello di potenziare la diagnosi in modo da caratterizzare meglio il paziente e di conseguenza porre in essere adeguate strategie di prevenzione del rischio tromboembolico e sce-

RACCOMANDAZIONI GENERICHE PER LA SCELTA DELLA STRATEGIA DI TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

	Classe di raccomandazione	Livello di evidenza
La strategia di controllo del ritmo è la strategia di prima scelta nei pazienti al primo episodio di FA	I	C
La strategia di controllo del ritmo va mantenuta come prima scelta nei pazienti con FA ricorrente sintomatica in cui la probabilità di mantenere il ritmo sinusale sia elevata o in cui non sia possibile mantenere un adeguato controllo della risposta ventricolare media o nei quali la FA determini un deterioramento emodinamico	I	C
La strategia di controllo della frequenza è da preferire nei pazienti refrattari alla terapia farmacologica antiaritmica, che hanno presentato numerose recidive ai tentativi di cardioversione e che non abbiano indicazione all'ablazione transcatetere, o nei pazienti in cui, per motivi anagrafici o per la presenza di una cardiopatia sottostante, non sia possibile seguire la strategia di controllo del ritmo	I	C
La strategia di controllo della frequenza è da preferire nei pazienti anziani, asintomatici o paucisintomatici, con FA persistente e buon compenso emodinamico	I	C
La strategia di controllo della frequenza è da preferire nei soggetti anziani, con FA ricorrente, scompenso cardiaco	I	C

gliere la terapia di volta in volta migliore. Dal punto di vista terapeutico queste Linee Guida si differenziano dalle precedenti per le grandi novità nel campo della terapia farmacologica, dell'ablazione e della terapia anticoagulante orale.

Focalizzandosi sulle novità farmacologiche, ed in particolare sui farmaci antiaritmici, quali sono le nuove molecole segnalate?

Per quanto riguarda i farmaci antiaritmici, sono state introdotte due nuove molecole: il dronedarone, indicato per la prevenzione di recidive della fibrillazione atriale una volta ripristinato il ritmo cardiaco con i farmaci o con cardioversione elettrica, e il vernakalant, che al momento è stato approvato dall'EMA per la cardioversione della fibrillazione atriale, ma non è ancora stato introdotto nel nostro Paese. Il dronedarone si può considerare l'equivalente dell'amiodarone, rispetto al quale presenta meno effetti tossici (soprattutto per la tiroide, i polmoni e il sistema nervoso), ma ha una potenza inferiore. È potenzialmente un buon farmaco, ma non è sicuramente la panacea.

Il vernakalant, come già detto, è un prodotto per ora utilizzabile solo per via endovenosa, quando si decide il ripristino farmacologico del normale ritmo cardiaco. Può essere utilizzato per pazienti con fibrillazione atriale di recente insorgenza (meno di 48 ore), generalmente in Pronto Soccorso. In questi casi le alternative farmacologiche sono la flecainide, il propafenone e l'amiodarone: i primi due non possono essere utilizzati in soggetti con cardiopatia organica e soprattutto in pazienti con scompenso, per cui nella maggioranza dei casi il farmaco impiegabile è solo l'amiodarone. Con l'introduzione del vernakalant avremo un'arma in più per l'efficace cardioversione farmacologica in questa tipologia di pazienti. Si tratta, infatti, di una molecola efficace nell'interrompere la cardioversione in tempi molto più brevi rispetto all'amiodarone. In altri termini,

per quanto entrambe le molecole possano portare a percentuali simili di cardioversione, lo fanno in tempi differenti. Questo è, sicuramente, un grosso vantaggio del farmaco, peraltro con un buon profilo di tollerabilità.

I vantaggi potenziali riguardano sia il paziente, che riacquista uno stato di salute migliore, liberandosi più velocemente dai sintomi della fibrillazione atriale, sia la struttura che impiega il nuovo farmaco, poiché la velocità della cardioversione fa sì che la dimissione del paziente sia più rapida, con ovvi vantaggi in termini di costi.

Quali sono le caratteristiche dei pazienti cui sarebbe più appropriata la somministrazione di vernakalant?

Come già detto, per i pazienti con cardiopatie congenite e scompenso vernakalant si presenta come l'unica potenziale — abbiamo già detto che non è ancora utilizzabile in Italia — efficace alternativa farmacologica all'amiodarone. Allo stesso tempo, sono in corso trial per la cura delle recidive attraverso una formulazione orale della molecola. E questo allargherebbe ovviamente il dominio di impiego del farmaco.

Per chiudere, professore, in che modo le Linee Guida sono state diffuse alla classe medica?

Le Linee Guida sono state pubblicate sul *Giornale Italiano di Aritmologia e Cardioritmologia* e, in versione estesa, sul supplemento al numero 1 — come volume a se stante — del *Giornale Italiano di Cardiologia*. Sono state presentate in vari congressi nazionali e internazionali e sono consultabili sul sito web dell'AIAC. Si è parlato, inoltre, di linee guida e novità terapeutiche anche al Congresso *VeniceArrhythmias*, svoltosi a Venezia dal 9 al 12 ottobre. Un appuntamento tra i massimi esperti del campo a livello internazionale, che si rinnova ogni due anni ormai da più di dieci anni e di cui mi onoro di essere Presidente e Segretario Scientifico. ■ ML



“
Le nuove Linee Guida presentano grandi novità nel campo della terapia farmacologica, dell'ablazione e della terapia anticoagulante orale
”