

Fibrillazione atriale in Medicina Generale: l'anticipazione diagnostica e la gestione della profilassi antitromboembolica

Seconda parte – La gestione della profilassi antitromboembolica



Accedi al video-abstract:

www.pacinimedicina.it/video-fibrillazione-atriale-medicina-generale-parte2/

Nella gestione di un paziente che presenti una fibrillazione atriale, la scelta tra una terapia con antagonisti della vitamina K (AVK) o con nuovi anticoagulanti orali (NAO) deve considerare alcuni limiti degli AVK (Fig. 1): una risposta non prevedibile, un range terapeutico stretto con necessità di monitoraggio periodico dell'attività emocoagulativa, una lenta insorgenza e un lento termine di azione, una frequente necessità di aggiustamento delle dosi prescritte, numerose interferenze sia farmacologiche che alimentari, e soprattutto un'incidenza di emorragie maggiori, soprattutto intracraniche, superiori a quella imputabile ai NAO.

Per questi motivi, nei pazienti portatori di fibrillazione atriale non valvolare (FANV) che abbiano un filtrato glomerulare superiore a 30 ml/min, può essere presa in considerazione l'opzione terapeutica dei NAO (per alcuni di questi è prevista la possibilità di utilizzo con cautela fino a 15 ml/min). Sappiamo che i criteri di rimborsabilità AIFA sono più restrittivi rispetto alle indicazioni terapeutiche. Questi possono essere riassunti nella Figura 2, che si riferisce alla rimborsabilità per dabigatran, rivaroxaban e apixaban (la prossima immissione in commercio di edoxaban prevederà una nuova stesura dei criteri con inclusione di questo nuovo farmaco).

Per aver accesso alla rimborsabilità di questi farmaci devono essere considerati il rischio trombotico unitamente al rischio

emorragico (rispettivamente con gli algoritmi CHA₂DS₂-VASc e HASBLED), in alternativa il tempo trascorso in range (TTR) per i pazienti già in terapia con AVK, o il criterio generico di difficoltà logistiche o organizzative per l'effettuazione del controllo INR in corso di terapia con AVK.

All'inizio di un trattamento con NAO occorre un'adeguata informazione del paziente riguardo al tipo di farmaco che deve assumere. In particolare, deve essere ribadito che:

- si tratta di un farmaco "salvavita";
- funziona solo se assunto quotidianamente al dosaggio prescritto;

- ogni dubbio o problema va immediatamente comunicato al medico.

Nel caso di dovesse verificare la dimenticanza di una dose, il comportamento da assumere è il seguente:

- la dose dimenticata può essere assunta dal paziente appena se ne accorge, se non è stato superato il 50% dell'intervallo tra le dosi;
- si passa alla dose successiva se è stato superato il 50% dell'intervallo tra le dosi.

I pazienti in terapia con NAO possono ricevere la prescrizione come primo trattamento antitromboembolico, o possono effettuare un passaggio da VKA. In altre rare

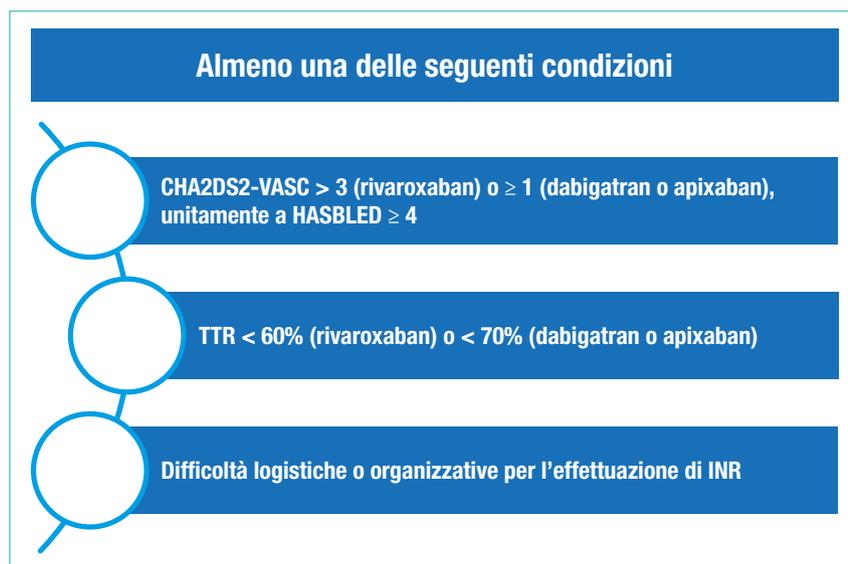
FIGURA 1.

Limitazioni dei farmaci AVK (da Connolly et al., 2007, mod.)¹.



FIGURA 2.

Condizioni necessarie per la rimborsabilità AIFA.



situazioni (una tra queste può essere l'instaurarsi di un'insufficienza renale grave) si può verificare la necessità di un passaggio da NAO a AVK. In questi casi il comportamento dovrebbe essere quello riportato nella Tabella I.

Il paziente in terapia con NAO deve essere monitorato clinicamente, in quanto presenta una patologia complessa che richiede un adeguato follow-up. Gli esami di laboratorio necessari sono la creatininemia, con valutazione del filtrato glomerulare, ma è utile anche un controllo almeno annuale di emocromo e transaminasi. La frequenza di questi esami deve essere considerata in riferimento alle condizioni cliniche del paziente (Tab. II).

Il medico di medicina generale (MMG) deve poi gestire alcune situazioni contingenti, come eventuali manovre invasive o chirurgiche, a cui il paziente può avere la necessità di sottoporsi. La breve emivita dei NAO consente la possibilità di interruzione del trattamento poche ore prima dell'intervento previsto. È bene ribadire che in questi casi non esiste l'indicazione allo shift con eparina! Le modalità e i tempi per l'interruzione della terapia dipendono dalla funzionalità renale e dal diverso

TABELLA I.

Da VKA a NAO e da NAO a VKA (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, 2014, mod.)².

Indicazione per il passaggio da una terapia anticoagulante a un'altra	
Da VKA a NAO	Sospendere VKA, controllare INR, quando INR < 2 iniziare NAO
Da NAO a VKA	Assumere per 2 gg NAO + VKA, poi controllare INR, sospendere NAO quando INR ≥ 2

TABELLA II.

Controlli di laboratorio e loro frequenza nei pazienti in terapia con NAO (da Heidbuchel et al., 2013, mod.)³.

	Annuale	Semestrale (se CICr = 30-60 ml/min o età > 75 anni)	Trimestrale (se CICr = 15-30 ml/min)	Su indicazione (se patologie renali e/o epatiche intercorrenti)
Esami di laboratorio da richiedere	Emocromo Funzionalità epatica Funzionalità renale	Funzionalità renale	Funzionalità renale	Funzionalità epatica Funzionalità renale

TABELLA III.

Interruzione di terapia con NAO in caso di procedure invasive o chirurgiche, in base al livello di rischio e alla clearance della creatinina.

Funzionalità renale	Dabigatran		Rivaroxaban, apixaban, edoxaban	
	Rischio basso	Rischio elevato	Rischio basso	Rischio elevato
CICr > 80 ml/min	24 h	48 h	24 h	48 h
CICr 50-80 ml/min	36 h	72 h	24 h	48 h
CICr 30-49 ml/min	48 h	96 h	24 h	48 h
CICr 15-29 ml/min	Non indicato		Cautela	
CICr < 15 ml/min	Non c'è indicazione a NAO			

Procedure a basso rischio: estrazioni dentali, impianti odontoiatrici, incisioni di ascessi, interventi per cataratta o glaucoma, endoscopia senza chirurgia, chirurgia superficiale (dermatologica).

rischio emorragico della procedura, come riportato in Tabella III.

In estrema sintesi, possiamo affermare che la fibrillazione atriale rappresenta una condizione di notevole rilevanza clinica, con costi assistenziali elevati soprattutto in riferimento alle complicanze.

Un'adeguata gestione integrata da parte del MMG insieme allo specialista cardiologo

è in grado di produrre notevoli benefici in qualità di vita, riduzione di morbilità e mortalità, e riduzione di costi assistenziali.

Bibliografia

¹ Connolly SJ, Eikelboom J, O' Donnell M, et al. *Challenges of establishing new antithrombotic therapies in atrial fibrillation*. *Circulation* 2007;116:449-55.

² Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia. *Terapia NAO. Documento di indirizzo per la gestione del paziente con fibrillazione atriale non valvolare da avviare alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali*. Gennaio 2014, pp. 5-59.

³ Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. *EHRA Practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular*. *Eur Heart J* 2013;34:2094-10.