

3. Collet JP Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2021;42:1289-367.
4. Cerrato E, Giacobbe F, Quadri G, et al. Antiplatelet therapy in patients with conservatively managed spontaneous coronary artery dissection from the multicentre DISCO registry. *Eur Heart J* 2021;42:3161-71.
5. Garcia-Guimaraes M, Masotti M, Sanz-Ruiz R, et al. Clinical outcomes in spontaneous coronary artery dissection. *Heart* 2022;108:1530-8.

*Risposta.* Ringrazio il Dr. Cosmi per aver fornito un importante spunto di riflessione sul trattamento della dissezione coronarica spontanea (SCAD), ma non solo. La medicina basata sull'evidenza deve fornire le basi scientifiche su cui il medico poi, in scienza e coscienza, deve prendere decisioni condivise con il paziente. È assolutamente condivisibile il *modus operandi* descritto per arrivare alla decisione terapeutica "più corretta". Nel caso della SCAD, si è storicamente commesso l'errore di accomunare la terapia per la patologia dissecante a quella per la patologia ateromastica-trombotica, arrivando così alla prescrizione di una duplice terapia antiaggregante (DAPT) nella maggior parte dei pazienti pur in assenza di evidenze a supporto. Bisogna analizzare le ragioni "storiche" che hanno condotto a ciò: differenti opinioni di esperti sul ruolo della trombosi nella fisiopatologia della SCAD (se non come *primum movens*, almeno come complicante), ma soprattutto una comprensione dettagliata della patologia che si è avuta solo in tempi recenti grazie allo sviluppo di metodiche di imaging intracoronarico. Vi è stata dunque, pur in assenza di evidenze, l'idea che la terapia antiaggregante potesse giovare a questa categoria di pazienti. Cercare di cambiare una pratica clinica in atto da tempo è molto più difficile rispetto a cercare di dare indicazioni su una nuova patologia. Una volta generata l'ipotesi che la DAPT potesse non essere la terapia corretta in questi casi, il passo successivo è perciò quello di portare prove a sostegno, che è quello che si è cercato di fare mediante la nostra ricerca; dovendo cercare di modificare una pratica in uso, si è però costretti a lavorare per step, per cui ci si è concentrati dapprima sul dimostrare la non necessità di somministrare due antiaggreganti; raggiunto questo obiettivo, messe in discussione le abitudini, ci si può concentrare sull'obiettivo successivo, dimostrare che *primum non nocere*, e che l'assenza di terapia in questi casi può essere meglio. Questo è l'obiettivo che si è prefissato un gruppo di lavoro spagnolo<sup>1</sup> e che vorrebbe realizzare anche il nostro gruppo. Per le ragioni prettamente storiche e di pratica clinica sopra esposte, nella rassegna siamo stati costretti ad affermare che "non vi è nessuna evidenza circa la possibilità di non somministrare alcun antiaggregante". Abbiamo però cercato di mostrare le ombre ancora presenti sull'argomento, descrivendo il poco che si sa (un antiaggregante pare essere meglio di due) e ciò che non si sa (se nessun antiaggregante sia meglio in senso assoluto). Solo la ricerca futura potrà gettare luce sull'argomento.

Carloalberto Biolè

S.C.D.O. Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi  
Gonzaga, Orbassano (TO)  
e-mail: c.birole@sanluigi.piemonte.it

## BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso F, de la Torre Hernández JM, Ibáñez B, et al. Rationale and design of the BA-SCAD (Beta-blockers and Antiplatelet agents in patients with Spontaneous Coronary Artery Dissection) randomized clinical trial. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2022;75:515-22.

## SURVEY SULLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE NEI PAZIENTI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE SUBCLINICA DIAGNOSTICATA TRAMITE DISPOSITIVI CARDIACI IMPIANTABILI

Il riscontro occasionale di fibrillazione atriale subclinica (FAS) o di brevi episodi di elevata frequenza atriale (AHRE) è abbastanza comune e, nei pazienti portatori di dispositivi cardiaci elettronici impiantabili (CIED), l'incidenza varia dal 30% al 70%<sup>1</sup>. Il problema principale al quale il cardiologo è chiamato a rispondere è valutare e definire la terapia anticoagulante in questa categoria di pazienti. Le recenti linee guida ESC 2021<sup>2,3</sup> orientano la scelta clinica suggerendo di valutare il rischio cardio-embolico del paziente attraverso il CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score e attraverso la stima della durata degli AHRE o del burden di FAS, ma non indicano precisamente quando e come iniziare la terapia anticoagulante.

Data la rilevanza della tematica, in collaborazione con AIAC Lazio, abbiamo pensato di condurre una survey che, con una fotografia dell'attuale pratica clinica, possa fornire alcuni spunti di riflessione e discussione.

I contributi alla survey sono stati 129, prevalentemente provenienti dal Lazio.

1. L'80% dei partecipanti si occupa quotidianamente di controllo ambulatoriale dei CIED.
2. Interessante notare che il 93% dei colleghi registra episodi di AHRE nei pazienti senza storia pregressa di FA con una prevalenza media di circa il 20-40%.
3. La durata degli AHRE è maggiormente rappresentata da tempi >30 s, ma <24 h (Figura 1).
4. Circa il 50% dei colleghi è solito stimare il rischio cardio-embolico anche per episodi di AHRE <6 min.
5. Il 76% dei colleghi ha dichiarato di non conoscere o, perlomeno, di non utilizzare altri score di rischio cardio-embolico al di là del CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, mentre il 16.3% utilizza anche il GARFIELD-AF risk calculator. Al di là degli score, circa il 70% dei colleghi prende in considerazione il volume dell'atrio sinistro, il 50% anche la sindrome delle apnee notturne, l'obesità, l'insufficienza renale, solo il 30% la broncopneumopatia cronica ostruttiva e una minoranza il peptide natriuretico di tipo B o l'anamnesi positiva per malattia del nodo del seno.
6. L'ago della bilancia rimane invece fermo alla domanda "dai più importanza al numero e alla durata degli episodi di AHRE o al burden di FA?" registrando rispettivamente 51% e 48% dei consensi e rimandando, quindi, la questione "alla futura acquisizione di dati specifici in merito" (Figura 2).
7. In presenza di AHRE, nei pazienti con burden di FA <2% è stato registrato che il 50% dei partecipanti prenderebbe in considerazione la terapia anticoagulante, il 43% categoricamente no e solo il 7% valuterebbe le caratteristiche del paziente.
8. Nel paziente con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score >2 (o inferiore, ma in presenza di altri fattori di rischio cardio-embolico) circa la metà dei colleghi inizierebbe la terapia anticoagulante