

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

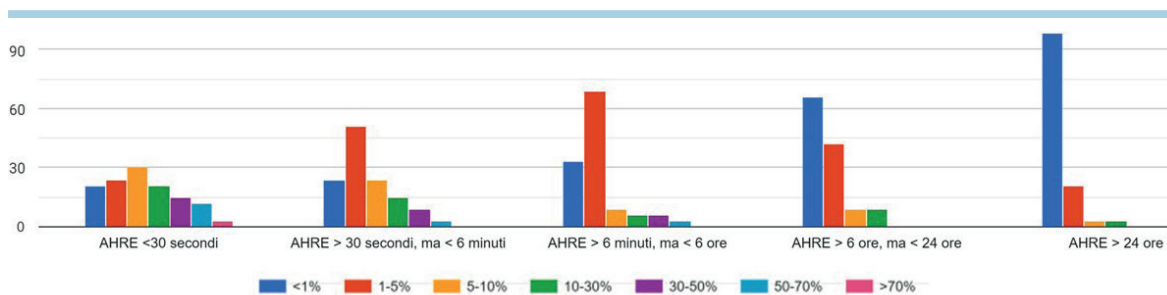
Il riscontro occasionale di fibrillazione atriale subclinica (FAS) o di brevi episodi di elevata frequenza atriale (AHRE) è abbastanza comune e, nei pazienti portatori di dispositivi cardiaci elettronici impiantabili (CIED), l'incidenza varia dal 30% al 70%<sup>1</sup>. Il problema principale al quale 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

CORRISPONDENZA



**Figura 1.** Percentuale di episodi di elevata frequenza atriale (AHRE) in pazienti senza storia pregressa di fibrillazione atriale: frequentemente i colleghi che hanno risposto alla survey registrano episodi di AHRE >30 s, ma <24 h; più raramente gli AHRE hanno una durata >24 h.

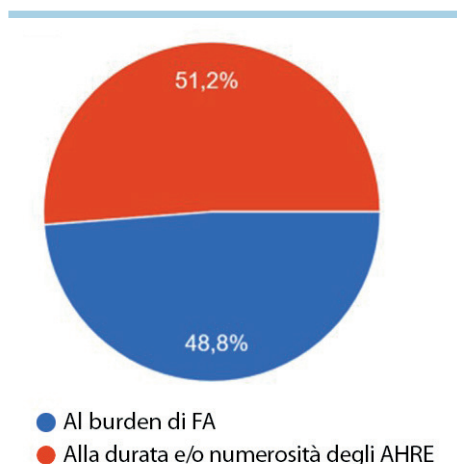
per alcuni (5-10) episodi di FAS di breve durata (>6 min- <6 h) ed alcuni (21%) anche per episodi più brevi (<30 s), ma più frequenti (Figura 3).

9. Nel 97.6% la scelta della terapia anticoagulante ricadrebbe su un anticoagulante orale diretto (DOAC), mentre il 2.4% prenderebbe in considerazione il dicumarolico e l'invio del paziente ad un centro per la terapia anticoagulante orale. La scelta di eventuale terapia antiaggregante ha registrato 0 risposte!
10. Nel 93% dei casi in cui viene prescritto un DOAC, i colleghi hanno indicato di utilizzare il dosaggio ridotto solo in presenza di reali criteri di riduzione dello stesso; mentre il 4.7% ha risposto di utilizzare sempre un dosaggio ridotto in questo tipo di pazienti.
11. Il 56% dei colleghi prevede, nei pazienti con FAS, un follow-up più ravvicinato soprattutto se non viene prescritta terapia anticoagulante.
12. Alla domanda "il monitoraggio remoto dei CIED potrebbe migliorare la gestione dei pazienti con FAS/AHRE?" circa l'80% ha risposto positivamente giustificando la scelta con: a) valutazione del burden di FA; b) tempestività della diagnosi; c) tempestività degli interventi terapeutici.

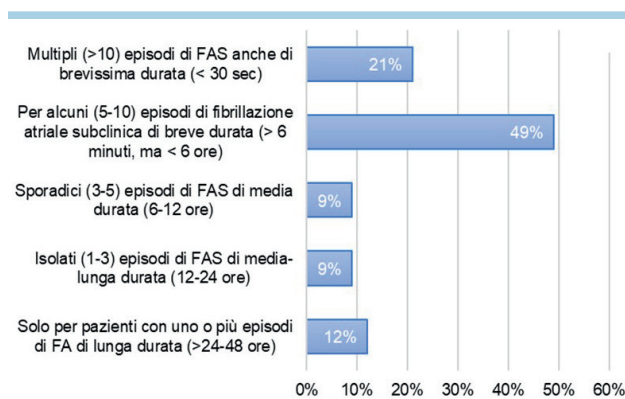
13. Circa il 70% dei partecipanti indica che le attuali linee guida e i documenti di consenso non siano sufficientemente chiari in merito alla gestione dei pazienti con FAS/AHRE.

14. Infine, viene indicata la possibilità di una più chiara indicazione in merito alla terapia anticoagulante attraverso: a) il monitoraggio remoto; b) studi multicentrici; c) trial clinici randomizzati.

Il tema della terapia anticoagulante orale nei pazienti con FAS/AHRE è ancora un *unmet need* in cardiologia. Quanto emerge dalla survey condotta rispecchierebbe l'attuale pratica clinica nella quale i pazienti con più fattori di rischio cardio-embolici, in assenza di controindicazioni assolute o di elevato rischio di sanguinamento, meriterebbero l'inizio dei DOAC anche per brevi (>6 min) episodi di AHRE soprattutto se numerosi. Come evidenziato anche dalla maggior parte delle risposte raccolte, la questione se iniziare o meno la terapia anticoagulante in questa categoria di pazienti rimane ancora aperta in attesa dei risultati, ormai prossimi, dei due studi randomizzati in corso, il NOAH-AFNET 6 e l'ARTESiA<sup>4,5</sup>. In merito alla prescrizione dei DOAC è importante ricordare che, come anche ribadito da un recente position paper dell'ANMCO in merito all'appropriatezza prescrittiva<sup>6</sup>, è indicato l'utilizzo del dosaggio ridotto solo quando sono presenti i ben noti criteri per la riduzione, specifici



**Figura 2.** Al fine di iniziare la terapia anticoagulante, i colleghi che hanno risposto alla survey nel 51.2% dei casi danno più importanza alla durata e alla frequenza di episodi di elevata frequenza atriale (AHRE), il 48.8% al burden di fibrillazione atriale (FA).



**Figura 3.** In pazienti con CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score >2 o con ulteriori fattori di rischio per ictus cardio-embolico, i colleghi inizierebbero la terapia anticoagulante nel 12% solo in presenza di fibrillazione atriale (FA) >24 h; nel 18% per sporadici e isolati episodi di FA subclinica (FAS) della durata di alcune ore; quasi la metà la inizierebbe per alcuni (5-10) episodi di FAS di breve durata (>6 min anche se <6 h) e il 21% anche per brevi (<30 s), ma multipli (>10) episodi di FAS.

per ogni singolo DOAC. Ancora una volta viene riconosciuta ed enfatizzata l'importanza del monitoraggio remoto dei CIED come strumento fondamentale che permette di curare in maniera più sicura, efficace e tempestiva i pazienti con FAS.

**Maria Chiara Gatto<sup>1\*</sup>, Luca Santini<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>INMI "L. Spallanzani" IRCCS, Roma - Sapienza Università, Roma

<sup>2</sup>P.O. G.B. Grassi, Ostia

\*e-mail: [mariachiara.gatto@inmi.it](mailto:mariachiara.gatto@inmi.it)

### Ringraziamenti

Si ringrazia il Direttivo AIAC Lazio nella persona di Luca Santini, Giuseppe Bruni, Piergiuseppe De Girolamo, Gianluigi Bencardino, Massimiliano Campoli, Danilo Ricciardi, Filippo Cauti per aver reso possibile la survey e, in particolar modo, i seguenti Centri per il significativo contributo apportato: P.O. G.B. Grassi di Ostia, A.O. San Camillo Forlanini di Roma, INMI L. Spallanzani di Roma, Ospedale Fatebenefratelli di Roma, A.O. San Giovanni Addolorata di Roma, Ospedale Policlinico Casilino di Roma, Ospedale Sandro Pertini di Roma, A.O.U. Policlinico Umberto I di Roma, P.O. San Filippo Neri di Roma, Ospedale Sant'Eugenio di Roma, Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti, Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, Ospedale S. Maria Goretti di Latina, Ospedale di Belcolle di Viterbo, Casa di Cura Villa Tiberia Roma, Salvador Mundi International Hospital di Roma, Policlinico Gemelli di Roma, Policlinico Campus Biomedico di Roma, Ospedale Fabrizio Spaziani di Frosinone.

### BIBLIOGRAFIA

1. Freedman B, Boriani G, Glotzer TV, Healey JS, Kirchhof P, Potpara TS. Management of atrial high-rate episodes detected by cardiac implanted electronic devices. *Nat Rev Cardiol* 2017;14:701-14.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2021;42:373-498.
3. Steffel J, Collins R, Antz M, et al. 2021 European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Europace* 2021;23:1612-76.
4. Kirchhof P, Blank BF, Calvert M, et al. Probing oral anticoagulation in patients with atrial high rate episodes: rationale and design of the Non-vitamin K antagonist Oral anticoagulants in patients with Atrial High rate episodes (NOAH-AFNET 6) trial. *Am Heart J* 2017;190:12-8.
5. Lopes RD, Alings M, Connolly SJ, et al. Rationale and design of the Apixaban for the Reduction of Thrombo-Embolism in Patients With Device-Detected Sub-Clinical Atrial Fibrillation (ARTE-SiA) trial. *Am Heart J* 2017;189:137-45.
6. Mocini D, Di Fusco SA, De Luca L, et al. Position paper ANMCO: appropriatezza prescrittiva degli anticoagulanti orali diretti nella prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare. *G Ital Cardiol* 2021;22:1024-33.