

Impatto del burden aterosclerotico sugli outcome vascolari nei pazienti con fibrillazione atriale

Dr.ssa Martina Berteotti, Prof. Domenico Prisco

Keywords: fibrillazione atriale, aterosclerosi, ictus ischemico.

L'aterosclerosi è un noto fattore di rischio per ictus ischemico nei pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA). In merito a questo vi sono pochi dubbi, tanto che tale condizione è inclusa nel punteggio CHA₂DS₂-VASc. Coronaropatia (CAD), placche aortiche complesse, arteriopatia periferica (PAD) o cerebrale sono tutti stati descritti come predittori indipendenti di ictus ischemico nei pazienti con FA. Tuttavia, in letteratura è stato scarsamente indagato il contributo di una malattia polidistrettuale.

In un recente studio condotto a partire dai database di due studi prospettici dell'International RAF network, sono state analizzate le informazioni di 2148 pazienti (età media 77.59 anni; 53.86% di sesso femminile) con storia di ictus ischemico e FA. Di questi 744 (34.60%) avevano una concomitante patologia aterosclerotica, definite come la presenza di CAD o PAD sintomatica, stenosi di carotide interna $\geq 50\%$, o presenza di placche aortiche (1).

All'analisi multivariata, il coinvolgimento di almeno 3 (HR 2.80, 95% CI 1.20-6.53) o 4 (HR 6.81, 95% CI 1.02-36.24) territori vascolari è risultato significativamente associato al rischio di eventi ischemici (endpoint composito di ictus, attacco ischemico transitorio, embolia sistemica), ma non al rischio di eventi emorragici cerebrali o extracranici a 90 giorni dal primo evento di ictus.

La recidiva ischemica cerebrale nel paziente fibrillante anticoagulato può sottendere diverse cause, tra cui la stessa causa vascolare aterosclerotica. In questa analisi, il territorio vascolare più interessato era quello carotideo, ma l'analisi multivariata ha rivelato come la presenza di aterosclerosi rilevata solo in questo distretto non fosse sufficiente ad incrementare il rischio ischemico della popolazione. Al contrario, una patologia (sintomatica) multidistrettuale costituiva un predittore indipendente di eventi. È interessante confrontare questo aspetto anche con i risultati di uno studio di Lin et al, dove, su un campione di oltre 300000 pazienti con FA, la presenza di PAD conferiva un rischio di eventi ischemici superiore a quello della CAD (2). Al di là di questo, di rilievo è il fatto che la maggioranza degli eventi cerebrali fosse di natura embolica. Questo rinforza il significato del punteggio CHA₂DS₂VASc, che, in fin dei conti, costituisce una guida per la prescrizione della terapia anticoagulante.

Da un certo punto di vista, i risultati di questo studio non sorprendono e d'altra parte l'elevato rischio ischemico della popolazione non sembra giustificare l'aggiunta della terapia con aspirina a quella anticoagulante, strategia che non si è dimostrata vantaggiosa in altri studi (3).

Qual è il risvolto pratico, dunque, di questo studio? Senz'altro un monito a migliorare il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare del paziente con FA. Vale la pena notare che i pazienti con aterosclerosi di questa popolazione erano sottotrattati sia per quanto riguarda sia la terapia con statine (solo il 35% dei soggetti l'assumeva), sia per quanto riguarda la terapia anticoagulante (76.6% vs 84.7%, $p < 0.0001$, con DOAC 46.3% vs 61.9%, $p < 0.0001$), a fronte di un utilizzo doppio della terapia con aspirina (16.1% vs. 8.5%, $p < 0.0001$). Parliamo

di pazienti che avevano verosimilmente un punteggio CHA₂DS₂VASc superiore a 2, considerando la vasculopatia, l'età media di 77 anni e la vasta prevalenza di ipertensione. Inoltre, gli autori sottolineano come il punteggio CHA₂DS₂VASc fosse superiore nei soggetti con malattia multivasale. Tutti dati quindi che ribadiscono l'elevato rischio di questa popolazione e la necessità di ottimizzare la terapia anticoagulante, anche considerando l'assenza di evidenza di un eccesso di eventi emorragici al follow-up.

Bibliografia

1. Rigutini AG; RAF NOAC Investigators. The Impact of Atherosclerotic Burden on Vascular Outcomes in Patients with Stroke and Atrial Fibrillation: The ATHENA study. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2024 Jan-Dec; 30:10760296241240746. doi: 10.1177/10760296241240746. PMID: 38562096; PMCID: PMC10989045.
2. Lin YS, Wu VC, Chen YL, et al. Thromboembolic events in atrial fibrillation: Different level of risk and pattern between peripheral artery disease and coronary artery disease. *Arch Cardiovasc Dis.*2021;114(3):176-186. 20210129. DOI: 10.1016/j.acvd.2020.11.004.
3. Romiti GF, Pastori D, Rivera-Caravaca JM, et al. Adherence to the 'atrial fibrillation better care' pathway in patients with atrial fibrillation: Impact on clinical outcomes-A systematic review and meta-analysis of 285,000 patients. *Thromb Haemost.*2022;122(03):406-414. 20210621. DOI: 10.1055/a-1515-9630.