

Chiusura dell'auricola sinistra in corso di intervento cardiocirurgico nella prevenzione dell'ictus ischemico

È comunemente riconosciuto che l'ictus ischemico nei pazienti con fibrillazione atriale (FA) sia sostanzialmente imputabile all'embolizzazione di trombi originati nell'auricola sinistra. Tuttavia, mentre esistono solide evidenze a supporto della terapia anticoagulante (TA) nella prevenzione degli eventi cardioembolici, meno chiaro è il ruolo della chiusura percutanea dell'auricola. Per questo le linee guida riservano questa strategia ai pazienti in cui sussista una controindicazione alla TA. Nonostante la crescente esperienza maturata nella procedura percutanea, questa raccomandazione è rimasta invariata anche grazie all'avvento degli anticoagulanti orali diretti, più sicuri ed efficaci rispetto ai classici inibitori della vitamina K. D'altra parte, la chiusura dell'auricola in corso di intervento cardiocirurgico, meno gravata da complicanze rispetto alla procedura percutanea, è consigliata con basso grado di evidenza nei pazienti con FA, sulla unica base di trials non randomizzati.

Nel trial multicentrico Left Atrial Appendage Occlusion Study (LAAOS III), 4811 pazienti con FA e un punteggio CHA₂DS₂-VASc almeno pari a 2 in attesa di intervento cardiocirurgico sono stati randomizzati a terapia standard o chiusura chirurgica dell'auricola in corso di intervento. Per tutti i partecipanti era prevista la prosecuzione della TA. L'età media era di 71 anni e il punteggio CHA₂DS₂-VASc medio di 4.2. Il 92.1% dei partecipanti è stato sottoposto alla procedura assegnata e a 3 anni il 76.8% stava ancora assumendo TA. Il rischio di ictus ischemico o di eventi cardioembolici sistemici (endpoint primario) è risultato essere ridotto del 33% con la chiusura dell'auricola a 3 anni di follow-up (7.0% vs. 4.8%; hazard ratio, 0.67, 95% CI 0.53-0.85; P=0.001). La procedura ha comportato un minimo prolungamento dei tempi di circolazione extracorporea senza differenze per quanto riguarda il rischio di sanguinamento perioperatorio, scompenso cardiaco o morte.

Questo lavoro conferma pertanto il beneficio della chiusura chirurgica dell'auricola nei pazienti con FA e elevato rischio cardioembolico, configurandosi come una procedura a basso rischio di complicanze a breve lungo termine. Questo aspetto la differenzia per il momento anche dalla procedura percutanea che comporta una maggior rischio tromboembolico proprio per l'utilizzo di device endovascolari. Lo svantaggio della sola TA rispetto alla procedura chirurgica può essere attribuito a scarsa aderenza, sotto dosaggio della terapia o scarso controllo dell'INR. Nel sottogruppo sottoposto a chiusura dell'auricola è interessante notare la mancata evidenza di un eccesso di ricoveri per scompenso cardiaco, ipotesi supportata da alcuni studi e ritenuta conseguente a una ridotta produzione di peptide natriuretico atriale in seguito alla procedura.

Le curve di Kaplan Meier dimostrano come il rischio di ictus sia particolarmente elevato nei primi 30 giorni, ma assimilabile tra i due gruppi, in quanto verosimilmente legato alla chirurgia in sé; è al follow-up che si evidenzia invece tutto il vantaggio della chiusura. Un altro elemento da considerare in rapporto alla curva è la tipologia di anticoagulante prescritto: considerando che in 2/3 dei casi la procedura cardiocirurgica comprendeva un intervento valvolare, alla dimissione circa il 60% dei pazienti in entrambi i gruppi è stato dimesso in terapia con inibitore della vitamina K; tale percentuale si è ridotta fino al 38% a 3 anni di follow-up (a vantaggio della terapia con anticoagulanti diretti), a fronte di una continua divergenza delle curve. Sebbene indiretto, questo dato sembrerebbe confermare l'utilità della procedura a prescindere dalla terapia anticoagulante prescritta.

Le domande che rimangono senza risposta anche a seguito della pubblicazione di questo trial riguardano il ruolo della procedura nei pazienti con punteggio CHA₂DS₂-VASc 0-1 (esclusi dal trial) e nei pazienti con controindicazione a TA, anche se in quest'ultimo caso sembra ragionevole che un beneficio sia conferito dalla procedura se l'alternativa è l'assenza di terapia. Infine, una questione che potrebbe essere oggetto di studi futuri è l'opportunità di chiudere l'auricola anche in pazienti senza FA ma con elevato punteggio CHA₂DS₂-VASc.

Whitlock RP, Belley-Cote EP, Paparella D, Healey JS, Brady K, Sharma M, Reents W, Budera P, Baddour AJ, Fila P, Devereaux PJ, Bogachev-Prokophiev A, Boening A, Teoh KHT, Tagarakis GI, Slaughter MS, Royse AG, McGuinness S, Alings M, Punjabi PP, Mazer CD, Folkerlinga RJ, Colli A, Avezum Á, Nakamya J, Balasubramanian K, Vincent J, Voisine P, Lamy A, Yusuf S, Connolly SJ; LAAOS III Investigators. Left Atrial Appendage Occlusion during Cardiac Surgery to Prevent Stroke. *N Engl J Med.* 2021 Jun 3;384(22):2081-2091. doi: 10.1056/NEJMoa2101897. Epub 2021 May 15. PMID: 33999547.