

Terapia anticoagulante peri-procedurale nei pazienti con fibrillazione atriale sottoposti ad ablazione transcatetere

L'ablazione transcatetere è una procedura efficace e sempre più utilizzata per il trattamento della fibrillazione atriale (FA) sintomatica. Tale procedura può essere associata a rischio di complicanze tromboemboliche ed emorragiche. L'esecuzione dell'ablazione senza interruzione della terapia anticoagulante orale può ridurre il rischio di eventi embolici a meno dell'1%, quando si utilizzino gli antagonisti della vitamina K (VKA). Per quanto riguarda gli anticoagulanti orali diretti (DOAC), le evidenze derivate da studi randomizzati controllati, come il RE-CIRCUIT per dabigatran, il VENTURE-AF per rivaroxaban e l'AXAFA-AFNET 5 per apixaban, nonché diversi studi osservazionali e meta-analisi hanno dimostrato che l'ablazione transcatetere della FA senza sospensione della terapia con DOAC è altrettanto sicura ed efficace. Le linee guida sulla FA dell'European Society of Cardiology del 2016 raccomandano pertanto di eseguire l'ablazione senza interruzione della terapia anticoagulante orale, sia con VKA che con DOAC. Vi sono tuttavia dati, derivanti da studi clinici randomizzati (ABRIDGE-J con dabigatran e AEIOU con apixaban) e da una successiva meta-analisi, che mostrano come anche una strategia di breve interruzione peri-procedurale della terapia con DOAC appaia sicura e non inferiore rispetto alla terapia ininterrotta con VKA.

Recentemente De Heide e coll. hanno condotto uno studio retrospettivo di coorte con l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'efficacia dell'esecuzione della procedura di ablazione con minima interruzione della terapia con DOAC (sospensione per 24 ore prima dell'ablazione -ovvero mancata assunzione di una o due dosi- con ripresa della terapia la sera della procedura) rispetto all'utilizzo di terapia con VKA ininterrotta (con target di INR al momento della procedura di 2.0-2.5). Lo studio ha arruolato 637 pazienti consecutivi sottoposti ad ablazione transcatetere per FA tra gennaio 2013 e aprile 2017. Gli endpoint dello studio includevano il sanguinamento maggiore, il sanguinamento non maggiore ma clinicamente rilevante (definiti secondo i criteri del Bleeding Academic Research Consortium (BARC) e dell'International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) e le complicanze tromboemboliche sistemiche dal momento dell'ablazione fino ai successivi 90 giorni. Dei 637 pazienti inclusi nell'analisi, 520 erano stati trattati con VKA senza interruzione e 117 con un DOAC sospeso 24 ore prima della procedura (dabigatran: n=68; apixaban: n=30; rivaroxaban: n=14; edoxaban: n=5). L'incidenza di sanguinamenti non maggiori clinicamente rilevanti è risultata significativamente più bassa nel gruppo DOAC rispetto al gruppo VKA (BARC 2: 2,6% contro 8,3%, P=0,03; ISTH: 0% contro 3,8%, P=0,03), mentre per i sanguinamenti maggiori non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi (BARC 3-5: 3,4% contro 4,2%, P=NS; ISTH: 6,0% contro 8,7%, P=NS, rispettivamente per i gruppi DOAC e VKA). L'incidenza di complicanze emboliche sistemiche è risultata pari allo 0% nel gruppo DOAC e 0,6% nel gruppo VKA, senza differenza statisticamente significativa. Lo studio, sebbene a carattere retrospettivo e monocentrico, mostra quindi una minor incidenza di sanguinamenti non maggiori clinicamente rilevanti con la strategia di breve sospensione peri-procedurale della terapia con DOAC rispetto all'uso di VKA senza interruzione, in assenza di differenze significative in termini di rischio di complicanze tromboemboliche.

Saranno necessari tuttavia ulteriori studi, prospettici e randomizzati, per definire la miglior strategia di gestione peri-procedurale della terapia con DOAC in questo contesto clinico.

Riferimento bibliografico:

De Heide J, Vroegh CJ, Bhagwandien RE, Wijchers SA, Szili-Torok T, Zijlstra F, Lenzen MJ, Yap SC. Minimally interrupted novel oral anticoagulant versus uninterrupted vitamin K antagonist during atrial fibrillation ablation. *J Interv Card Electrophysiol.* 2018 Aug 3. doi: 10.1007/s10840-018-0417-0. [Epub ahead of print]