



Fibrillazione atriale non valvolare nell'anziano

Peculiarità cliniche e sfide gestionali

La nota correlazione tra età e incidenza di fibrillazione atriale non valvolare (FANV) trova le sue basi in processi fisiopatologici (infiammazione cronica, fibrosi atriale, rimodellamento elettrico e

predominano dispnea, affaticabilità, ridotta tolleranza allo sforzo, episodi sincopali o presincopali, cadute, peggioramento dello stato cognitivo, delirium e riacutizzazioni dello scompenso cardiaco. Anche



Figura 1

strutturale degli atri) e comorbidità (ipertensione arteriosa, diabete, coronaropatia, scompenso cardiaco, ecc.) età-correlati. Pertanto, non sorprende che la prevalenza della FANV aumenti progressivamente con l'età, superando il 10-15% negli ultraottantenni.

Peculiarità Clinico-Gestionali: In questa fascia di età la presentazione clinica differisce spesso da quella osservata nei soggetti più giovani: le palpitazioni possono essere assenti o poco evidenti, mentre

la gestione dell'aritmia presenta necessariamente sfide peculiari, a causa della frequente coesistenza di elementi (elevato rischio tromboembolico e/o emorragico, alta probabilità di cadute, co-patologie, polifarmacoterapia, sarcopenia e ridotta riserva funzionale, fragilità e deterioramento cognitivo) che aumentano la vulnerabilità del paziente, peggiorando la prognosi (Figura 1) e rendendo difficili le decisioni terapeutiche.

Cosa dicono le Linee Guida:

Malgrado queste premesse, le linee guida ESC 2024 non riservano all'argomento lo spazio che probabilmente merita. Ciò ha indotto diverse Società Scientifiche come l'ANMCO (Marchionni et al., G Ital Cardiol 2021) a proporre percorsi clinico-decisionali ad hoc incentrati su un approccio integrato e multidisciplinare, poiché nell'anziano la FANV è parte di un quadro clinico complesso in cui gli obiettivi gestionali non possono limitarsi, come nel paziente giovane, al trattamento dell'aritmia e alla profilassi tromboembolica, ma devono estendersi al mantenimento della qualità di vita e dell'autonomia funzionale.

Valutazione Cognitiva e Funzionale:

L'approccio clinico non dovrebbe limitarsi alla semplice valutazione cardiologica, ma dovrebbe tener conto dell'aspettativa di vita e ricercare l'eventuale presenza di fragilità, disabilità, decadimento cognitivo e/o ridotta capacità funzionale, elementi che rivestono un significato prognostico negativo e hanno importanti implicazioni sulla gestione clinica del paziente. A tal fine, è stato proposto un approccio "globale", che si avvalga di test valutativi come la SPPB (Short Physical Performance Battery, molto usata in ambiente geriatrico) e, nei casi più complessi, anche di un supporto multidisciplinare (cardiologico, internistico, geriatrico). Se la valutazione cognitivo-funzionale evidenzia fragilità e/o decadimento cognitivo, appare ragionevole mettere in atto provvedimenti che tendano a migliorare la prognosi e la qualità di vita, illustrati in tabella.

Gestione Terapeutica: Anche per

Provvedimenti per migliorare la prognosi e la qualità della vita nell'anziano fragile e/o con decadimento cognitivo con fibrillazione atriale

Analisi del contesto socio-familiare e coinvolgimento dei caregiver, che dovranno attenzionare la corretta gestione domiciliare dei farmaci

Semplificazione degli schemi terapeutici, per migliorare l'aderenza terapeutica

Personalizzazione delle dosi dei farmaci, soprattutto gli anticoagulanti orali

Massima attenzione al bilancio rischio trombotico/rischio emorragico, integrando i classici score di rischio (CHA2DS2-VA e HAS-BLED) con una approfondita indagine clinico-anamnestica

Attenta valutazione delle possibili interazioni farmacologiche, data la frequente polifarmacoterapia

Follow-up più stringente rispetto a quello dei pazienti giovani, date le frequenti e rapide fluttuazioni cliniche dell'anziano

Periodica valutazione e trattamento delle comorbidità cardiologiche ed extracardiologiche, con particolare riguardo alla funzione epato-renale

Adozione di misure di prevenzione delle cadute

Considerazione della aspettativa di vita, con equilibrato bilancio rischio-beneficio riguardo alle procedure terapeutiche farmacologiche e interventistiche

il paziente anziano le Linee Guida ESC 2024 propongono un approccio integrato AF-CARE, nell'ambito del quale la prevenzione dell'ictus costituisce un obiettivo terapeutico primario. L'età avanzata non rappresenta una controindicazione all'anticoagulazione che, al contrario, assicura proprio ai pazienti più anziani il maggiore beneficio assoluto in termini di prevenzione dell'ictus. Anche il rischio di caduta, elevato nell'anziano con fragilità, nella maggior parte dei casi non giustifica l'esclusione dalla terapia anticoagulante, poiché il beneficio derivante dalla prevenzione dell'ictus supera quello di sanguinamento traumatico. L'uso degli anticoagulanti orali diretti, preferibile a quello degli antagonisti della vitamina K, va personalizzato sulla base del rischio trombotico/emorragico e della funzione epato-renale, senza ricorrere a dosaggi inappropriatamente ridotti, dopo correzione di eventuali fattori modificabili (ipertensione arteriosa non controllata, anemia, ecc.). In caso di contrindicazioni agli anticoagulanti, studi recenti come il Frail-LAAC

study suggeriscono la fattibilità della chiusura percutanea dell'auricola sinistra anche in presenza di fragilità, malgrado si sottolinei la necessità di una rigorosa selezione dei pazienti da trattare. Per quanto riguarda la strategia da adottare (controllo della frequenza o del ritmo), nell'anziano la scelta va fortemente individualizzata sulla base di criteri decisionali stringenti e selettivi. In presenza di FANV paucisintomatica, spesso la strategia iniziale più appropriata appare il controllo della frequenza; negli anziani con FANV sintomatica e/o scarsamente controllabile farmacologicamente, è possibile considerare una strategia basata sul controllo del ritmo (cardioversione farmacologica o elettrica; ablazione transcateretere), purché venga effettuata preliminarmente una rigorosa valutazione dei rischi periprocedurali ("safety first"), dell'aspettativa di vita del paziente e dei benefici attesi in ordine alla qualità di vita. In particolare, l'ablazione transcateretere, malgrado dati di letteratura non sempre convincenti nei pazienti anziani

(CABANA-AF trial, Circulation 2021), viene sempre più frequentemente effettuata in casi selezionati di FANV in età avanzata, nei quali ha dimostrato di migliorare sintomi e qualità di vita. In conclusione, la FANV dell'anziano rappresenta una condizione complessa che richiede un approccio globale e talora multidisciplinare. L'età avanzata e la presenza di fragilità non devono comportare automaticamente un atteggiamento terapeutico rinunciatario, ma favorire una maggiore selezione e personalizzazione delle decisioni. L'anticoagulazione rimane il trattamento con il maggiore impatto prognostico, mentre la gestione integrata di comorbidità, fragilità e fattori di rischio rappresenta la strategia più efficace per ridurre le ospedalizzazioni e preservare la qualità di vita. Coinvolgimento dell'ambiente familiare e dei caregivers, follow-up personalizzato e rivalutazioni frequenti sono strumenti gestionali particolarmente utili e talora necessari in un contesto spesso soggetto a rapide variazioni del rischio e dello stato clinico. ♥