

Stima del rischio di recidiva e di sanguinamento nel trattamento esteso del TEV: il VTE PREDICT RISK SCORE

Caterina Cenci, Domenico Prisco

Keywords: TEV, trattamento esteso, recidiva, sanguinamento, score

La decisione circa la durata ottimale della terapia anticoagulante dopo i primi tre mesi di trattamento di un episodio di tromboembolismo venoso (TEV) è impegnativa, poiché occorre bilanciare i rischi di recidiva e di sanguinamento di ogni paziente.

Infatti, sappiamo che il rischio di recidiva è basso per il TEV provocato ma non per il TEV idiopatico ed incrementa in presenza di altri fattori di rischio; dall'altro lato, la prosecuzione della terapia anticoagulante per un tempo indeterminato è connessa ad un considerevole aumento del rischio di sanguinamento che è stimato intorno all' 1-2% annuo. Inoltre, le attuali linee guida non forniscono raccomandazioni univoche su come i rischi di recidiva di TEV e di sanguinamento debbano essere valutati e pesati.

Pertanto, per facilitare il processo decisionale, sono necessari modelli di stratificazione ben performanti da poter essere applicati nella pratica clinica quotidiana. A questo scopo, un gruppo di ricercatori coordinati da Maria A. de Winter ha indetto uno studio (1) con l'intento di sviluppare e convalidare esternamente un modello, il VTE predict risk score, per la previsione dei rischi di recidiva e sanguinamento a 5 anni in pazienti con TEV, non associato a cancro, che abbiano completato almeno 3 mesi di trattamento iniziale. I risultati del trial sono stati recentemente pubblicati sul giornale della Società Europea di Cardiologia.

Sulla base delle informazioni ricavate dal database di alcuni studi clinici gli autori hanno creato un modello basato su 14 semplici variabili cliniche (sesso, età, terapia anticoagulante, terapia antiaggregante, uso di FANS, embolia polmonare come evento indice, terapia estroprogestinica, associazione con chirurgia, trauma o immobilizzazione, storia di TEV, storia di cancro, pregresso sanguinamento, pregresso ictus, BMI, valore di emoglobina, valori di pressione arteriosa sistolica) e lo hanno validato successivamente in studi diversi da quelli da cui era stato ricavato. In totale, 15.141 pazienti (età $57,1 \pm 15,8$ -M \pm DS- anni, il 41% di sesso femminile, il 69% con TEV non provocato e il 49% in trattamento esteso) sono stati inclusi nel data-set usato per la creazione del modello; in questa popolazione, si sono verificati 220 recidive di TEV e 169 decessi non correlati a TEV durante un follow-up mediano di 191 giorni. Inoltre, durante un follow-up mediano di 189 giorni, sono stati registrati 737 eventi di sanguinamento e 145 decessi non correlati a sanguinamento.

La performance del VTE predict risk score è stata successivamente valutata confrontando il modello con i rischi relativi ricavati da precedenti studi e meta-analisi. La convalida esterna ha mostrato un accordo tra rischi previsti e osservati fino a 5 anni, con un indice statistico c compreso tra 0,48 e 0,71 (per la recidiva) e tra 0,61 e 0,68 (per il sanguinamento).

I rischi assoluti di recidiva di TEV e sanguinamento entro 5 anni variavano dal 3,8% al 19,1% e dall'1,3% al 19,0% rispettivamente.

In conclusione, il VTE-PREDICT risk score si è dimostrato un valido strumento per stimare i rischi di recidiva di TEV e di sanguinamento in pazienti con TEV non associato a cancro attivo e che abbiano completato il trattamento anticoagulante della fase acuta. Il modello è liberamente disponibile in internet (<https://vtepredict.com>), ed il calcolo dei rispettivi rischi è rapidamente ottenibile. La sua fruibilità lo rende facilmente applicabile per stimare l'effetto del trattamento anticoagulante prolungato per i singoli pazienti affetti da TEV e per supportare il medico nel processo decisionale.

Tuttavia, si tratta di un modello costruito con calcoli matematici, e l'indice statistico c della sua performance (<0.70 sia per la predizione del rischio trombotico che di quello emorragico), pur essendo soddisfacente non è ottimale: ne consegue che la decisione finale

sulla strategia terapeutica più appropriata per il paziente, ancora una volta, non potrà prescindere dal giudizio clinico (2).

Bibliografia

1. de Winter MA. Recurrent venous thromboembolism and bleeding with extended anticoagulation: the VTE-PREDICT risk score. *Eur Heart J* 2023; 00: 1–14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36648242/>

2. Piazza G. Walking the tightrope: a balanced discussion of the benefits and harms of extended duration anticoagulation for venous thrombo-embolism. *Eur Heart J* 2023; ehac731.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36656796/>