

## **Stratificazione del rischio tromboembolico ed emorragico nei pazienti con fibrillazione atriale e insufficienza renale cronica**

L'insufficienza renale cronica (IRC) ha un'elevata prevalenza nei pazienti con fibrillazione atriale (FA) e si associa ad un maggior rischio di eventi sia tromboembolici che emorragici, con conseguente aumento della mortalità.

La terapia anticoagulante orale per la profilassi del cardioembolismo nei pazienti con FA non valvolare è raccomandata sulla base di una accurata valutazione clinica, sia del rischio tromboembolico che di quello emorragico. A tale scopo sono stati elaborati numerosi score di stratificazione del rischio (CHA2DS2-VASc e HASBLED score, ma anche CHADS2, R2CHADS2, ATRIA, ATRIA bleeding score, ORBIT, HAEMORR2HAGES), nessuno dei quali tuttavia è stato validato in popolazioni di pazienti con IRC.

Recentemente Ravera et al. hanno pubblicato una revisione sistematica della letteratura in cui vengono analizzati gli score di stratificazione del rischio tromboembolico ed emorragico nella FA attualmente disponibili, valutando la loro accuratezza nel predire il rischio di eventi avversi nei pazienti con IRC. Alcuni singoli fattori considerati, come l'ipertensione o l'anemia, sono infatti definiti secondi criteri validati nella popolazione generale e non specificamente nei pazienti affetti da insufficienza renale. La funzione renale è inclusa quale fattore di rischio tromboembolico solo negli score ATRIA e R2CHADS2, mentre è considerata in tutti gli score di stratificazione di rischio emorragico, ma senza una definizione standardizzata. La proteinuria, che rappresenta, secondo la classificazione KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) 2012, un importante fattore prognostico nell'IRC, è inclusa solo nello score di rischio tromboembolico ATRIA. L'anemia, frequente complicanza dell'IRC, è inclusa negli score di rischio emorragico, ma solo lo score HAEMORR2HAGES considera come cut-off un valore di emoglobina inferiore a 10 g/dL, valore che più probabilmente riflette il rischio di sanguinamento nei pazienti con IRC rispetto ai cut-off utilizzati nella popolazione generale di 13 g/dL o 12 g/dL, rispettivamente nel sesso maschile e femminile. L'ipertensione arteriosa è considerata in quasi tutti gli score di rischio, sia tromboembolico che emorragico, ma la definizione è eterogenea e non tiene conto dei cut-off specifici suggeriti dalle linee guida KDIGO 2012 nei pazienti con IRC, anche in relazione alla presenza o meno di diabete e/o di micro- o macro-albuminuria.

Poiché è dimostrato che l'insufficienza renale è un fattore di rischio indipendente di eventi avversi tromboembolici ed emorragici, e che il rischio aumenta con il deterioramento della funzione renale stessa, è plausibile che strumenti di valutazione appositamente costruiti e validati in pazienti con IRC possano essere più accurati nella stima del rischio sia tromboembolico che emorragico.

Gli autori propongono pertanto una revisione degli score maggiormente utilizzati, CHA2DS2-VASc e HASBLED, includendo in entrambi cut-off specifici per l'anemia e l'ipertensione, nonché la categoria di rischio KDIGO 2012 basata su filtrato glomerulare e albuminuria. Tali score revisionati dovranno ovviamente essere validati su ampie popolazioni di pazienti con FA e IRC prima di poter essere utilizzati nella pratica clinica quotidiana.

Strumenti di stratificazione del rischio specificamente validati nell'IRC potrebbero essere utili soprattutto nei pazienti classificati a basso rischio, sia tromboembolico che emorragico, secondo gli score attualmente utilizzati; in questi pazienti infatti, l'eventuale concomitante presenza di disfunzione renale e la severità della stessa possono rappresentare ulteriori predittori di eventi avversi ed essere quindi di aiuto per una più precisa definizione del rischio individuale.

Riferimento bibliografico:

*Ravera M, Bussalino E, Paoletti E, Bellasi A, Di Lullo L, Fusaro M. Haemorrhagic and thromboembolic risk in CKD patients with non valvular atrial fibrillation: Do we need a novel risk score calculator? Int J Cardiol. 2019 Jan 1;274:179-185. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.07.066.*