



Ultrasuoni per decidere la durata della TAO dopo TVP?

Data 29 gennaio 2010
Categoria cardiovascolare

La durata della TAO basata sui risultati dell'ecodoppler venoso riduce il rischio di recidiva di TEV, ma un editoriale si mostra dubbioso su questi risultati

In questo studio italiano sono stati reclutati 583 pazienti ambulatoriali con un pregresso primo episodio di trombosi venosa profonda (TVP) prossimale che avevano completato 3 mesi di terapia anticoagulante. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: ai pazienti del primo gruppo veniva sospeso l'anticoagulante se si trattava di una TVP secondaria ad evento scatenante oppure veniva continuato per altri 3 mesi se si trattava di una TVP idiopatica; ai pazienti del secondo gruppo la durata della terapia anticoagulante (TAO) veniva decisa sulla base dei risultati di periodici controlli ultrasuonografici (stop al warfarin se la vena risultava canalizzata oppure proseguimento della terapia per 9 mesi in caso di TVP secondaria e per 21 mesi in casi di TVP idiopatica).

L'end-point primario dello studio era la comparsa di una recidiva di tromboembolismo venoso durante i 33 mesi di follow-up.

L'end-point primario si è verificato nel 17,2% dei pazienti del primo gruppo e nell'11,2% dei pazienti del secondo gruppo (HR 0,64; 0,39-0,99). Per i pazienti con TVP idiopatica si aveva un HR di 0,61 (0,36-1,02) e di 0,81 (0,32-2,06) per quelli con TVP secondaria.

Emorragie maggiori si sono verificate nello 0,7% dei pazienti del gruppo a trattamento fisso e nell'1,5% di quelli a trattamento flessibile ($p=0,67$).

Gli autori concludono che la durata della TAO basata sui risultati dell'ecodoppler venoso riduce il rischio di recidiva di TEV.

Fonte:

Prandoni P et al. for the AESOPUS Investigators. Residual Thrombosis on Ultrasonography to Guide the Duration of Anticoagulation in Patients With Deep Venous Thrombosis. A Randomized Trial. Ann Intern Med 2009 May 5; 150:577-585.

Commento di Renato Rossi

Gli autori dello studio sono partiti dalla constatazione che la durata della TAO dopo un primo episodio di TVP non è ben codificata. In genere si consigliano tre mesi se l'evento trombotico è stato scatenato da un fattore precipitante (intervento chirurgico od ortopedico, prolungata immobilizzazione, traumi) e di sei mesi o più in caso di TVP apparentemente idiopatica. Si è visto infatti che in quest'ultimo caso il rischio di recidiva è più elevato e che i benefici sono tanto maggiori quanto più dura la profilassi con warfarin, tanto che alcune linee guida arrivano a raccomandare una profilassi a tempo indefinito se si ritiene il paziente particolarmente a rischio. Lo studio recensito in questa pillola mette in discussione una pratica ormai consolidata, suggerendo che è preferibile una scelta personalizzata basata sui risultati dell'esame ultrasuonografico: dopo tre mesi di terapia se il vaso colpito risulta canalizzato si può sospendere la terapia, mentre se il vaso risulta ancora occluso il warfarin va mantenuto per lungo periodo e comunque finché non si assiste alla sua ricanalizzazione.

Un editorialista, però, rimane dubbioso e conclude che i risultati dello studio italiano non sono definitivi e non giustificano per ora cambiamenti nella pratica clinica. In effetti il trial presenta alcuni limiti. Intanto non era in doppio cieco, ma questo probabilmente non ha portato a condizionare in modo pesante gli esiti. Più importante invece il fatto che il sample size non aveva una potenza statistica tale da svelare né differenze tra i due gruppi per quanto riguarda le emorragie né differenze di efficacia nei due sottogruppi di pazienti (TVP secondaria e TVP idiopatica). Infine erano stati esclusi pazienti a rischio elevato di recidiva (soggetti con pregressi episodi di TEV o con fattori di rischio permanente per TEV o ancora con dimostrata trombofilia). La significatività statistica raggiunta con la strategia flessibile è molto risicata e scompare nell'analisi per sottogruppi proprio per i limiti del sample size già detti.

Può essere che quanto proposto da Prandoni e collaboratori in futuro divenga una scelta condivisa, ma saranno prima necessari altri studi con casistica adeguata che confermino i loro risultati.

Referenze

1. Goldhaber SZ. Optimal Duration of Anticoagulation After Venous Thromboembolism: Fixed and Evidence-Based, or flexible and personalized? Ann Intern Med. 2009 May 5; 150: 644-646