

BIBLIOGRAFIA -> NEWS SIF III° 2024

(a cura di Augusto Farina)

- “ ... sulle Trombosi Venose Superficiali...”:

- **Noppeney T, Rabe E, Hoffmann U, Schimke A, Heinken A, Langer F, Pittrow D, Klotsche J, Gerlach HE, Bauersachs R; INSIGHTS-SVT study group. Varicose vein surgery after acute isolated superficial vein thrombosis in daily practice: INSIGHTS-SVT study. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2024 29 maggio:101917. doi: 10.1016/j.jvsv.2024.101917.**

Lo scopo di questo studio era valutare l'utilizzo di interventi chirurgici in pazienti con diagnosi di trombosi venosa superficiale (SVT) e la sua potenziale associazione con l'insorgenza di tromboembolia venosa (TEV) ed eventi emorragici. INSIGHTS-SVT è uno studio prospettico, non interventistico e multicentrico condotto in Germania, ha esaminato la gestione e gli esiti dei pazienti con SVT acuta che hanno ricevuto trattamenti conservativi e/o invasivi a discrezione del medico curante.

Risultati: Tra gli 872 pazienti con dati controllati a 12 mesi, 657 hanno ricevuto solo terapia medica e 215 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia vascolare : 70 entro 3 mesi dalla diagnosi di SVT, 136 tra 4 e 12 mesi e nove hanno avuto un intervento in entrambi i periodi. Le procedure più comunemente eseguite includevano l'ablazione termica endovenosa, la legatura della giunzione safeno-femorale o safeno-poplitea e lo stripping venoso. L'esito primario della TEV sintomatica è stato osservato nel 5,8% dei pazienti trattati in modo conservativo e nel 6,3% di quelli sottoposti a intervento chirurgico. Inoltre, l'esito secondario di SVT ricorrente o estesa è stato documentato nel 4,7% dei pazienti trattati in modo conservativo e nel 5,3% dei pazienti trattati in modo invasivo. Eventi emorragici si sono verificati nell'1,4% dei pazienti trattati in modo conservativo e nel 2,1% dei pazienti trattati chirurgicamente. Queste differenze non erano statisticamente significative. Inoltre, l'analisi degli autori ha indicato un potenziale effetto protettivo associato a trattamenti chirurgici, come la legatura della giunzione safeno-femorale o safeno-poplitea, lo stripping e l'ablazione termica endovenosa, per quanto riguarda l'endpoint di TVE per i pazienti quando applicati dopo 3 mesi dall'evento indice di SVT.

Conclusioni degli autori: in linea con le ricerche precedenti, questo studio suggerisce che gli interventi chirurgici non sono frequentemente impiegati nella gestione della SVT, sebbene possano essere giustificati in casi selezionati. Tuttavia, ulteriori ricerche sono essenziali per acquisire una comprensione più approfondita delle indicazioni, dei criteri e dei benefici degli interventi chirurgici nel trattamento della SVT.

Questo studio contribuisce alla nostra comprensione della gestione della Trombosi Venosa Superficiale(SVT) evidenziando l'importanza di strategie per un trattamento individualizzato anche per questa patologia, di tempistiche appropriate degli interventi e la necessità di una ricerca continua per perfezionare il nostro approccio a questa condizione. Noppeney e colleghi affermano inoltre che questi dati "Rafforzano l'idea che la gestione della SVT debba essere guidata da una valutazione attenta delle circostanze individuali e dei fattori di rischio per ciascun paziente".

- **Anastasia Astapenko, Yulia Kobazova, Elena Shchukina, Nikita Matyushin Surgical Treatment Of Patients With Acute Ascending Varicose Thrombophlebitis Of The Lower Extremities: Single- Vs. Two-Stage Phlebectomy. Italian Journal Vascular And Endovascular Surgery 2024 June;31(2):102-14**

Il numero di persone in tutto il mondo che soffrono di Trombosi Venosa Superficiale (SVT) Ascendente Acuta degli arti inferiori costituisce un gruppo di pazienti significativo. Questo studio mira a indagare le conseguenze a breve e lungo termine dell'uso di metodi chirurgici di flebectomia in uno e due stadi in pazienti con diagnosi di Trombosi Venosa Superficiale ascendente acuta degli arti inferiori. Lo studio è stato condotto dal 2017 al 2022, coinvolgendo 370 pazienti con diagnosi di SVT ascendente acuta degli arti inferiori. Il gruppo 1 comprendeva 246 pazienti sottoposti a flebectomia in due stadi, mentre il gruppo 2 includeva 124 pazienti sottoposti a flebectomia in uno stadio. Sono state analizzate dagli autori le complicazioni dopo l'intervento chirurgico e sono stati effettuati confronti in merito alla durata del recupero parziale dell'ipoestesia cutanea, insieme a un esame delle differenze nella qualità della vita in base ai questionari CIVIQ 2 e SF-36.

RISULTATI: Le complicazioni postoperatorie precoci sono state statisticamente più frequenti tra i pazienti del Gruppo 2: trombosi venosa profonda (1% e 5%, $P \leq 0,05$), frequenza di perdita di sangue (1% e 7%, $P \leq 0,05$), danno ai nervi sottocutanei (14% e 28%, $P \leq 0,05$) e infezione della ferita (4% e 21%, $P \leq 0,01$). Sono state osservate differenze nell'indicatore di ipoestesia, con il Gruppo 1 che presentava valori inferiori ($P \leq 0,05$). La qualità della vita, valutata tramite questionari, è stata in media più elevata nei pazienti del Gruppo 1. I risultati emersi hanno un significato pratico per i chirurghi, aiutandoli a prendere decisioni informate quando scelgono un metodo di trattamento chirurgico e fornendo informazioni sui potenziali rischi e benefici di ciascun metodo.

- **Sleem A, Efron MB, Stebbins A, Wruck LM, Marquis-Gravel G, Muñoz D, Re RN, Gupta K, Pepine CJ, Jain SK, Girotra S, Whittle J, Benziger CP, Farrehi PM, Knowlton KU, Polonsky TS, Roe MT, Rothman RL, Harrington RA, Jones WS, Hernandez AF. Effectiveness and Safety of Enteric-Coated vs Uncoated Aspirin in Patients With Cardiovascular Disease: A Secondary Analysis of the ADAPTABLE Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2023 Nov 1;8(11):1061-1069. doi: 10.1001/jamacardio.2023.3364.**

La maggioranza dei medici raccomandano l'aspirina rivestita per ridurre il sanguinamento gastrointestinale nella prevenzione secondaria della malattia coronarica, anche se gli studi suggeriscono che l'inibizione piastrinica è ridotta con formulazioni di aspirina rivestite enteriche rispetto a quelle non rivestite. Con questo studio gli autori volevano valutare se la somministrazione di aspirina rivestita enterica rispetto a quella non rivestita, sia associata a risultati di efficacia o sicurezza. Questa è un'analisi secondaria post hoc di ADAPTABLE (Aspirin Dosing: A Patient-Centric Trial Assessing Benefits and Long-term Effectiveness), uno studio pragmatico su 15.076 pazienti con malattia cardiovascolare aterosclerotica con dati nel National Patient-Centered Clinical Research Network. I pazienti sono stati arruolati dal 19 aprile 2016 al 30 giugno 2020 e assegnati in modo casuale a ricevere dosi elevate (325 mg) rispetto a basse (81 mg) di aspirina giornaliera. La presente analisi ha valutato l'efficacia e la sicurezza dell'aspirina rivestita enterica rispetto a quella non rivestita tra i partecipanti che hanno segnalato la formulazione di aspirina al basale. I dati sono stati analizzati dall'11 novembre 2019 al 3 luglio 2023. I partecipanti ADAPTABLE sono stati raggruppati in base alla formulazione di aspirina auto-riportata al basale, con un follow-up mediano (IQR) di 26,2 (19,8-35,4) mesi. L'endpoint primario di efficacia era l'incidenza cumulativa di infarto miocardico, ictus o morte per qualsiasi causa e l'endpoint primario di sicurezza era eventi emorragici maggiori (ospedalizzazione per un evento emorragico con uso di un emoderivato o emorragia intracranica). L'incidenza cumulativa al follow-up mediano per gli endpoint primari di efficacia e sicurezza è stata confrontata tra i partecipanti che assumevano aspirina rivestita enterica o non rivestita utilizzando modelli di rischi proporzionali di Cox non aggiustati e multivariati. Tutte le analisi sono state condotte per la popolazione intention-to-treat. Risultati: La formulazione di aspirina di base utilizzata in ADAPTABLE è stata auto-riportata per 10.678 partecipanti (età mediana [IQR], 68,0 [61,3-73,7] anni; 7.285 uomini [68,2%]), di cui 7.366 (69,0%) hanno assunto aspirina rivestita enterica e 3.312 (31,0%) hanno assunto aspirina non rivestita. **Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nei risultati di efficacia** (hazard ratio aggiustato [AHR], 0,94; IC al 95%, 0,80-1,09; $P = 0,40$) o sicurezza (AHR, 0,82; IC al 95%, 0,49-1,37; $P = 0,46$) tra le coorti di aspirina rivestita enterica e aspirina non rivestita. Tra l'aspirina rivestita enterica e l'aspirina non rivestita, la dose di aspirina **non ha avuto alcuna associazione con l'efficacia** (aspirina rivestita enterica AHR, 1,13; IC al 95%, 0,88-1,45 e aspirina non rivestita AHR, 0,99; IC al 95%, 0,83-1,18; interazione $P = 0,41$) o **la sicurezza** (aspirina rivestita enterica AHR, 2,37; IC al 95%, 1,02-5,50 e aspirina non rivestita AHR, 0,89; IC al 95%, 0,49-1,64; interazione $P = 0,07$).

In questa analisi secondaria post hoc dello studio clinico randomizzato ADAPTABLE, l'aspirina rivestita enterica non è stata associata a un rischio significativamente più elevato di infarto miocardico, ictus o morte o a un rischio di sanguinamento inferiore rispetto all'aspirina non rivestita, indipendentemente dalla dose, sebbene non si possa escludere una riduzione del sanguinamento con l'aspirina rivestita enterica. Sono necessarie ulteriori ricerche per confermare se le formulazioni di aspirina rivestita enterica o le formulazioni più recenti miglioreranno i risultati in questa popolazione

Poichè molti dei nostri pazienti assumono Aspirina, una domanda su quale preparato sia "meglio" (con

rivestimento enterico o senza) ci viene spesso posta . Questo studio suggerisce che se i pazienti assumono Aspirina con rivestimento enterico o Aspirina non rivestita in prevenzione secondaria probabilmente non è importante. I pazienti che riferiscono che l'Aspirina non rivestita provoca disturbi allo stomaco potrebbero utilizzare gli altri preparati con rivestimento enterico.

- **Cecilia Becattini, Maria Cristina Vedovati, Silvia Colombo, Simone Vanni, Maurizio Giuseppe Abrignani, Angela Beatrice Scardovi, Alessandra Marrazzo, Matteo Borselli, Marco Barchetti, Andrea Fabbri, Francesco Dentali, Aldo Pietro Maggioni, Giancarlo Agnelli, Michele M Gulizia ; COntemporary management of Pulmonary Embolism (COPE) Investigators. Identification of hemodynamically stable patients with acute pulmonary embolism at high risk for death: external validation of different models. J Thromb Haemost 2024 May 27:S1538-7836(24)00302-7. doi: 10.1016/j.jtha.2024.04.025.**

La strategia ottimale per l'identificazione di pazienti emodinamicamente stabili con embolia polmonare acuta (EP) a rischio di morte e deterioramento clinico rimane indefinita. Gli Autori hanno valutato le prestazioni dei modelli/punteggi attualmente disponibili per l'identificazione di pazienti emodinamicamente stabili con EP acuta sintomatica a rischio di morte e deterioramento clinico. Si è effettuato uno studio di coorte multicentrico prospettico che includeva pazienti con EP acuta (NCT03631810). L'esito primario dello studio era la morte in ospedale entro 30 giorni o il deterioramento clinico. Altri esiti erano la morte in ospedale, la morte e la morte correlata a EP, tutte a 30 giorni. Si sono calcolati valori predittivi positivi e negativi, c-statistic della Società Europea di Cardiologia (ESC)-2014, ESC-2019, trombolisi dell'embolia polmonare (PEITHO), Bova, Thrombo-embolism lactate outcome study (TELOS), proteina legante gli acidi grassi, sincope e tachicardia (FAST) e National Early Warning Scale 2 (NEWS2) per gli esiti dello studio. In 5036 pazienti emodinamicamente stabili con EP acuta, i valori predittivi positivi per i modelli/punteggi valutati erano tutti inferiori al 10%, ad eccezione di TELOS e NEWS2; i valori predittivi negativi erano superiori al 98% per tutti i modelli/punteggi, ad eccezione di FAST e NEWS2. ESC-2014 e TELOS hanno avuto buone performance per la morte in ospedale o il deterioramento clinico (c-statistic di 0,700 e 0,722, rispettivamente), la morte in ospedale (c-statistic di 0,713 e 0,723, rispettivamente) e la morte correlata a EP (c-statistic di 0,712 e 0,777, rispettivamente); PEITHO, Bova e NEWS2 hanno avuto anche buone performance per la morte correlata a EP (c-statistic di 0,738, 0,741 e 0,742, rispettivamente).

Le conclusioni degli autori sono che nei pazienti emodinamicamente stabili con EP acuta, l'accuratezza per l'identificazione dei pazienti emodinamicamente stabili a rischio di morte e deterioramento clinico varia tra i modelli/punteggi disponibili; TELOS sembra avere le migliori performance. Questi dati possono informare gli studi di gestione e la pratica clinica.

- **Simone Vanni, Peiman Nazerian, Carlo Bova, Ernesta Bondi, Fulvio Morello, Giuseppe Pepe, Barbara Paladini, Giovanni Liedl, Elisabetta Cangioli, Stefano Grifoni, David Jiménez. Comparison of clinical scores for identification of patients with pulmonary embolism at intermediate-high risk of adverse clinical outcome: the prognostic role of plasma lactate. Intern Emerg Med 2017 Aug;12(5):657-665. doi: 10.1007/s11739-016-1487-6. Epub 2016 Jun 28.**

Per confrontare l'accuratezza prognostica del modello di rischio del 2014 della Società Europea di Cardiologia (ESC) e dei punteggi Bova e TELOS per l'identificazione di pazienti normotesi con embolia polmonare (EP) ad alto rischio di eventi avversi a breve termine (vale a dire, pazienti a rischio intermedio-alto), abbiamo applicato retrospettivamente questi test a una coorte prospettica di 994 pazienti normotesi con EP oggettivamente confermata. Sessantatré (6,3%) pazienti hanno raggiunto l'esito primario, un composito di collasso emodinamico e morte entro 7 giorni dalla diagnosi. I punteggi Bova e TELOS hanno classificato la stessa proporzione di pazienti nella categoria di rischio intermedio-alto (rispettivamente 5,9 e 5,7%), con un tasso di esito primario simile (rispettivamente 18,6 e 21,1%). Il modello ESC 2014 ha classificato nella categoria di rischio intermedio-alto la più grande percentuale di pazienti (12,5%, $p < 0,001$ vs Bova e TELOS), con il più basso tasso di esito primario (13%, $p = ns$ vs Bova e TELOS). Quando la determinazione del lattato è stata aggiunta al punteggio Bova, 112 pazienti (11,2%) sono stati classificati nella categoria di rischio intermedio-alto ($p < 0,05$ vs Bova e TELOS), con un leggero aumento del tasso di esito primario (25,9%, $p =$

0,014 vs modello ESC 2014), consentendo il riconoscimento di un numero due volte superiore di pazienti che hanno raggiunto l'esito primario (29 vs 15, 11 e 12 pazienti nel modello ESC 2014, punteggi Bova e TELOS, rispettivamente, $p < 0,01$ per tutti). Il modello ESC 2014, i punteggi Bova e TELOS identificano un piccolo numero di pazienti con EP a rischio intermedio-alto, senza differenze tra i test. **L'aggiunta del lattato plasmatico al punteggio Bova (TELOS) migliora l'identificazione dei pazienti a rischio intermedio-alto.**

- **BOVA SCORE** : per la Stratificazione del rischio di embolia polmonare nei pazienti emodinamicamente stabili e per le relative complicanze previste

CRITERI:

Punteggio 2: Pressione arteriosa sistolica 90-100 mmHg

Punteggio 2: Troponina cardiaca elevata

Punteggio 2: Disfunzione ventricolare destra

Rapporto ventricolo destro/ventricolo sinistro $>0,9$

Pressione arteriosa polmonare sistolica >30 mmHg

Ipcinesi della parete libera del ventricolo destro

Dilatazione del ventricolo destro (ad es. D-Sign)

Punteggio 1: Frequenza cardiaca ≥ 110 bpm

INTERPRETAZIONE:

Stadio 1: Punteggio Bova 0-2 (rischio basso)

Mortalità a 30 giorni: 3,1%

Complicazioni correlate a EP: 4,4%

Stadio 2: Punteggio Bova 2-4 (rischio intermedio)

Mortalità a 30 giorni: 6,8%

Complicazioni correlate a EP: 18%

Stadio 3: Punteggio Bova >4 (rischio alto)

Mortalità a 30 giorni: 10%

Complicazioni correlate a EP: 42%

Ritengo importante sottolineare che questi studi e questi score sono dovuti ad Autori Italiani che hanno riconoscimento internazionale.