



Il tromboembolismo venoso

Data 21 luglio 2013
Categoria cardiovascolare

Una breve sintesi sulla diagnosi e sul trattamento del tromboembolismo venoso.

Il tromboembolismo venoso (TEV) è un evento che si presenta con una certa frequenza e che può mettere in pericolo la vita del paziente.

È più frequente negli anziani ma può colpire a qualunque età. A seconda delle varie casistiche si stima un'incidenza di circa un caso ogni 1000 persone per anno.

Cosa s'intende per tromboembolismo venoso?

Il tromboembolismo venoso comprende la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP).

La TVP si realizza quando un trombo occlude una vena profonda, generalmente a livello degli arti inferiori.

L'EP si realizza quando un embolo (di solito si tratta di un frammento di un trombo) ostruisce uno o più arterie polmonari.

Quali sono i fattori di rischio per TEV?

I maggiori fattori di rischio per TEV sono l'allettamento prolungato per qualsiasi causa, interventi chirurgici maggiori di tipo ortopedico, fratture maggiori degli arti inferiori, interventi chirurgici maggiori in ambito ginecologico o addominale, le neoplasie in fase attiva (presenza di metastasi, chemioterapia in atto, etc.), l'uso dei contraccettivi orali o della terapia ormonale sostitutiva, la presenza di una condizione di trombofilia (anticorpi antifosfolipidi, trombofilia ereditaria), la gravidanza.

Come si manifesta il TEV?

Dal punto di vista clinico sono possibili quadri di gravità variabile.

Si può avere una TVP asintomatica che può essere diagnosticata solo con un esame strumentale oppure una TVP con sintomi evidenti con dolore ed edema dell'arto interessato.

L'EP può esordire con quadri gravissimi di dispnea, dolore toracico ed emottisi oppure con quadri meno impegnativi (episodi ricorrenti di lieve dispnea che passano inosservati o che non vengono correttamente diagnosticati). In altri casi si possono avere episodi recidivanti di microembolismo polmonare che determinano a lungo termine ipertensione polmonare.

Da ricordare, infine, la sindrome post-trombotica che determina edema dell'arto e disturbi trofici cutanei (discromie, ulcerazioni).

Quali sono i criteri diagnostici del TVP?

Sono ampiamente accettati i criteri di Wells. È possibile reperire in rete dei calcolatori che permettono di calcolare la probabilità di TVP secondo Wells.

Lo score di Wells permette di inquadrare il paziente in due categorie:

- 1) probabilità elevata di TVP
- 2) probabilità bassa di TVP

Cosa fare nei pazienti ad elevata probabilità di TVP?

In questi casi le linee guida consigliano l'ecografia venosa entro poche ore dal sospetto diagnostico.

Se l'ecografia dovesse essere negativa per TVP si raccomanda di dosare il D-dimero.

Se il D-dimero risulta negativo bisognerà considerare una diagnosi alternativa, se positivo si consiglia di ripetere l'ecografia venosa a distanza di una settimana.

Qualora il contesto non permettesse di avere subito la disponibilità di un esame ecografico è comunque indispensabile eseguire il D-dimero e, in attesa dell'ecografia, somministrare un anticoagulante per via parenterale. In ogni caso, essendo alto il sospetto di TVP, l'ecografia va eseguita entro 24 ore, qualunque sia il risultato del D-dimero.

Cosa fare nei pazienti a bassa probabilità di TVP?



Si consiglia di dosare il D-dimero. Se è negativo il paziente può essere dimesso perchè la presenza di una TVP è improbabile. Se invece il D-dimero è positivo si deve eseguire entro poche ore l'ecografia venosa. Se l'ecografia non è subito disponibile va comunque espletata entro 24 ore e nel frattempo si somministra un anticoagulante per via parenterale.

Quali sono i criteri diagnostici dell'EP?

Anche per l'EP esiste un sistema a punteggio elaborato da Wells.
Come per la TVP si possono avere due casi, rispettivamente probabilità elevata o bassa di EP.

Cosa fare nei pazienti ad elevata probabilità di EP?

Se la probabilità di EP è elevata va eseguita subito un'angioTAC polmonare. Se l'esame dovesse risultare negativo si consiglia di eseguire comunque un'ecografia venosa degli arti inferiori per escludere una TVP.
Se l'angioTAC polmonare non può essere eseguita immediatamente bisogna somministrare un anticoagulante per via parenterale e predisporre l'invio del paziente ad una struttura idonea.

Cosa fare nei pazienti a bassa probabilità di EP?

Va subito eseguito il dosaggio del D-dimero. Se l'esame è negativo una EP è improbabile, se l'esame è positivo va richiesta subito un'angio-TAC polmonare.

Qual è la terapia del TEV?

La terapia si basa sulla somministrazione di un anticoagulante per via parenterale a dosaggio terapeutico (eparina a basso peso molecolare, fondaparinux).

Se vi è un'insufficienza renale grave preferire eparina a basso peso molecolare oppure eparina non frazionata seguendo le indicazioni delle relative schede tecniche per l'aggiustamento delle dosi.

Nei pazienti con rischio emorragico elevato le linee guida consigliano di prendere in considerazione l'eparina non frazionata.

Nei casi di EP con instabilità emodinamica può essere presa in considerazione la trombolisi.

Va iniziata contemporaneamente anche la terapia anticoagulante orale. Dopo circa 5-6 giorni, quando il valore di INR arriva al target (che generalmente è di 2), si può sospendere la terapia con eparina o con fondaparinux.

Nei pazienti con cancro in fase attiva è preferibile ricorrere all'eparina o a fondaparinux per almeno sei mesi, in quanto l'anticoagulante orale è generalmente considerato controindicato. Future ricerche dovrebbero valutare l'opportunità di proseguire oltre i sei mesi soprattutto se persistono condizioni a rischio trombotico elevato (allettamento, chemioterapia, etc.).

Nei pazienti con TVP delle vene iliache o femorali si può ricorrere alla trombolisi tramite catetere qualora i sintomi persistano per più di due settimane e vi sia un'aspettativa di vita di almeno un anno e un rischio emorragico basso.

Oltre alla terapia farmacologica si prescrivono gambaletti a compressione graduata nei casi di TVP prossimale. In genere la compressione viene applicata dopo circa sette giorni dalla diagnosi e comunque quando l'edema è diminuito. Per ridurre il rischio della sindrome post-trombotica si raccomanda di indossare il gambaletto per 24 mesi.

Opzioni terapeutiche alternative sono rappresentate dai nuovi anticoagulanti orali (dabigatran, apixaban e rivaroxaban). A questi, usati nel tromboembolismo venoso, saranno dedicate alcune prossime pillole.

Quanto deve durare la profilassi anticoagulante delle recidive?

Si consigliano 3 mesi nei casi di TVP distale, 6 mesi nella TVP prossimale e nell'EP.

Alcuni raccomandano 3 mesi se la TVP è dovuta a cause transitorie, 6-12 mesi (o anche più) in caso di TEV idiopatico.

Nei casi ricorrenti va esclusa una neoplasia occulta e va valutata l'opportunità di una terapia protratta per alcuni anni o addirittura sine die.

Quando sospettare una neoplasia occulta?

Il TEV potrebbe essere la prima spia di una neoplasia occulta, soprattutto nei casi apparentemente idiopatici oppure nelle forme recidivanti.

Le linee guida raccomandano di eseguire una radiografia del torace, un emocromocitometrico, una calcemia, i test di funzionalità epatica e l'esame delle urine.

Altri esami che potrebbero essere indicati sono una TAC addome-pelvi e una mammografia nei pazienti con più di 40 anni.

Quando si deve cercare una eventuale trombofilia?



Si consiglia di cercare una eventuale trombofilia solo nei casi di TEV apparentemente idiopatico, a maggior ragione se vi sono parenti di primo grado che hanno avuto un TEV.

I test per la trombofilia non dovrebbero, invece, essere effettuati durante il trattamento anticoagulante, nei casi di TEV secondario a fattori di rischio noti, durante trattamento con contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva e nei parenti di primo grado di pazienti con pregresso TEV o con trombofilia.

Renato Rossi

Bibliografia

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolic diseases: the management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing.
2. Kearon C et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012 Feb;141:e419S-94S.
3. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline.