MINERVA CARDIOANGIOLOGICA

VOL. 56 · SUPPL. 1 · N. 6 · DICEMBRE 2008

SIAPAV

SOCIETÀ ITALIANA DI ANGIOLOGIA E PATOLOGIA VASCOLARE
ITALIAN SOCIETY FOR ANGIOLOGY AND VASCULAR MEDICINE

ATTI
XXX CONGRESSO NAZIONALE

Roma, 19-22 novembre 2008

EDIZIONI · MINERVA · MEDICA

PUBBLICAZIONE PERIODICA BIMESTRALE - POSTE ITALIANE S.P.A. - SPED. IN A. P. D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N° 46) ART. 1, COMMA 1, DCB/CN - ISSN 0026-4725 TAXE PERÇUE

MINERVA CARDIOANGIOL 2008;56(Suppl. 1 al N. 6):76-7

Prevalenza ecografica di TVP in pazienti cronicamente ipomobili: esperienza sul territorio ed in RSA

G. ARPAIA[1], P. BAVERA[2], A. SERRAS[1], R. ALTESE[1], M. CARPENEDO[1], AB IANES[3], G. ARDOINO[4], G. RICCI[4], C. CIMMINIELLO[1]

[1]*U.O.C. Medicina 2 e U.O.S di Angiologia Ospedale Civile di Vimercate;*
[2]*Fondazione Don Gnocchi, Milano;*
[3]*Direzione Medica Gruppo Segesta, Milano*
[4]*RSA Santa Giulia, Milano*

Negli ultimi anni la letteratura scientifica è stata invasa, forse travolta, dalla grande messe di lavori pubblicati sul rischio trombo embolico. L'interesse si è manifestato dapprima sui rischi da chirurgia ortopedica, effettivamente molto alti, poi sugli altri tipi di chirurgia, oncologica, generale, ginecologica, urologica...

Ma la svolta si è manifestata, soprattutto in termini... numerici, quando Samama nel suo lavoro comparso sul New England Journal of Medicine (1999) ne ha dimostrato l'alta prevalenza nei reparti di medicina, il 15% circa, sino ad allora ipotizzata solo sulla base di studi autoptici che affermavano che la maggior parte di morti per embolia polmonare sarebbe provenuta dai reparti medici piuttosto che chirurgici (Sandler 1989).

Il passo successivo è stato rappresentato dal riconoscimento del permanere nel tempo del rischio tromboembolico, anche dopo il superamento della fase acuta della malattia. Del tutto recentemente infatti, grazie ai risultati dello studio EXCLAIM anche per i pazienti medici è stata dimostrata la possibilità di sviluppare una trombosi venosa ed eventualmente una embolia polmonare, una volta dimessi e tornati alle loro case.

La chiave di volta del problema è sicuramente rappresentata dalla immobilizzazione.

Già Virchow aveva ipotizzato che la stasi venosa, oltre alla ipercoagulabilità ed al danno endoteliale, che assieme formano la sua famosa Triade, potesse essere di per se causa di trombosi. Nel paziente allettato o comunque ipomobile la velocità del sangue nelle vene degli arti inferiori, in carenza di pompa muscolare, attivata a sua volta dal cammino, rallenta molto, l'ipossia da stasi determina danno endoteliale e le patologie concomitanti possono determinare a loro volta uno stato protrombotico.

La letteratura classicamente prevede nell'allettamento di tre o più giorni uno dei fattori da considerarsi per considerare a rischio trombotico un paziente. Lo score clinico di Wells (2001) prevede anche questo item per porre il sospetto di trombosi venosa profonda in pazienti sintomatici per la presenza di un'intero arto o di una gamba tumefatti con una circonferenza del polpaccio maggiore di 3 centimetri rispetto all'arto contro laterale, ecc.

Lo studio Exclaim, già citato, per la prima volta prevede una sorta di classificazione della ipomobilità a scopo di meglio stratificarne il rischio trombotico sotteso.

La popolazione in studio è stata infatti selezionata in base all'età (> ai 40 anni), ai giorni di ipomobilità trascorsa (≤ ai tre giorni per ridurre il rischio di arruolare pazienti che avessero già sviluppato una trombosi), alla malattia che ha comportato l'ospedalizzazione (scompenso cardiaco, classe NYHA III/IV, insufficienza respiratoria acuta, ictus ischemico post-acuto, infezione acuta in assenza di shock settico, neoplasia in fase attiva). Il livello di autonomia è stato poi per la prima volta stratificato in base alla capacità di muoversi autonomamente anche se in maniera limitata.

Appartenenti al livello 1 sono stati classificati i pazienti incapaci di muoversi con autonomia e pertanto costretti alla immobilità tra letto e poltrona, al livello 2 quelli capaci di fruire senza aiuto dei servizi igienici ma comunque costretti alla ipomobilità per il resto del tempo. Questa seconda categoria è poi stata modificata aggiungendo alle caratteristiche necessarie per l'arruolamento l'età superiore od uguale ai 75 anni od una storia di pregressa tromboembolia, od ancora una diagnosi di cancro. La modifica si è resa necessaria per la bassa incidenza di trombosi in questo gruppo durante la prima fase di allettamento. In effetti è ben noto che età avanzata, pregressa trombosi e cancro sono situazioni predisponenti a nuovi eventi, soprattutto in caso di immobilizzazione.

Il follow-up è durato in totale 180 giorni, i primi dieci dei quali hanno visto un trattamento attivo con eparina a basso peso molecolare per tutti, i successivi trenta un trattamento randomizzato per la metà attivo e per la metà con placebo ed i restanti l'osservazione clinica per eventuali eventi trombotici successivi.

Non è questa la sede per discutere i risultati dello studio, ma è certamente rilevante il fatto che circa i 5% dei

pazienti, ovviamente la stragrande maggioranza nel gruppo trattato con placebo, ha sviluppato una trombosi od una embolia polmonare durante il periodo di osservazione. Ovviamente da tenere presente il fatto che nel tempo le condizioni generali dei singoli, tornati al domicilio, si sono modificate, probabilmente in senso migliorativo, rispetto al periodo di ospedalizzazione durante la fase acuta della malattia.

Se i dati relativi alla fase acuta di malattia sono disponibili, molto meno si sa su incidenza e prevalenza degli eventi trombotici venosi nei pazienti cronicamente ipomobili e soprattutto ancora meno si sa sulla opportunità e sulla eventuale durata della profilassi meccanica o farmacologica in questo tipo di situazioni.

Da dati epidemiologici (Heit, 2002) circa il 60% dei casi di tromboembolismo avverrebbero in pazienti istituzionalizzati a vario titolo sia per ricoveri in fase acuta che per malattie croniche e di questi circa il 13% sarebbero a carico di persone ricoverare in residenze sanitarie. Da dati di letteratura francesi , l'attitudine alla profilassi in questi ambienti, sarebbe maggiore per pazienti il cui soggiorno è programmato come breve (22.4%) od in fase post acuta (9.8%), piuttosto che il lungo-degenti (3.1%) (Trivalle, 2005). L'incidenza di TEV in residenti in strutture per lungodegenza varia molto a seconda della metodica di indagine utilizzata essendo ovviamente più elevata quando questa sia strumentale (ultrasonografia), rispetto alla clinica. Sellier (2008) segnala una prevalenza del 13% di TVP sia sintomatiche che asintomatiche in un gruppo di più di 800 pazienti di età superiore ai 65 anni ricoverati in strutture per post-acuti, sottoposti ad indagine ultrasonografica. L'incidenza di TEV sintomatico varierebbe invece dagli 1,3 agli 1,5 eventi/100 pazienti/anno (Gomes, 2003; Gatt 2004).

Avvalendoci della collaborazione di medici esperti nella diagnostica ultrasonografica, abbiamo negli ultimi anni iniziato noi stessi ad interessarci del problema della trombosi in pazienti in fase non acuta di malattia. In particolare abbiamo potuto raccogliere dati in ambienti riabilitativi dedicati a persone affetta da malattie neurologiche croniche quali la sclerosi multipla, su di un nutrito gruppo di pazienti seguiti dai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) territoriale allettati cronicamente per i postumi di malattie sistemiche invalidanti e da ultimo su pazienti istituzionalizzati in Residenze Sanitario- Assistenziali (RSA) per i medesimi motivi.

In tutti i casi è stata fatta una distinzione tra ipomobilità assoluta –letto/poltrona o carrozzina- e relativa –pazienti in grado di recarsi da soli o con aiuto ai servizi- escludendo dalle indagini chi potesse camminare autonomamente in casa o nell'ambito della residenza o fosse per qualsiasi ragione sottoposto a terapia anticoagulante o ricevesse una profilassi farmacologica antitrombotica (eparina calcica/EBPM).

I dati di cui siamo in possesso sono da considerarsi del tutto preliminari e relativi ad un totale di circa 200 pazienti sui 500 previsti al termine dello studio.

La prevalenza di TVP in fase acuta od in esiti documentati è risultata del 12% circa nei pazienti con malattia neurologica, equivalente in quelli seguiti al domicilio dai servizi ADI ma addirittura del 30% nei ricoverati presso una RSA.

Come si è detto si tratta di dati del tutto preliminari che necessitano di ulteriori valutazioni su fattori di rischio personali, livello di mobilità, patologie concomitanti e trattamenti farmacologici associati, ma che confermano la presenza di un problema per ora irrisolto circa la opportunità di un trattamento profilattico in queste categorie di pazienti. In molti casi infatti la presenza di residui trombotici in assenza di una pregressa diagnosi documentata di trombosi venosa non consente di datare l'evento e la stessa variabilità del tempo di allettamento dall'esordio della patologia concomitante all'esecuzione della indagine ultrasonografica può risultare confondente. Lo scopo dell'indagine peraltro è, se possibile, di individuare quelle caratteristiche che eventualmente possano consentire di programmare una profilassi individualizzata secondo fattori di rischio indagabili con una accurata anamnesi secondo uno "score" di facile applicazione.