TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) IN MEDICINA INTERNA E D'URGENZA: LA TROMBOPROFILASSI

PRESENTAZIONE TEVere SCORE

10 novembre 2018

Sala Verde
Ospedale S. Giovanni "Calibita"
Fatebenefratelli
Isola Tiberina – Roma

Dr. Giuseppe Azzaro
Pronto Soccorso – Medicina d'Urgenza
Policlinico Casilino - Roma

Caso clinico

Anamnesi:

Uomo di 71 anni, imprenditore, si rivolge al PS per trauma distorsivo caviglia sinistra.

Iperteso in trattamento con ramipril (5 mg/die), sovrappeso (BMI: 37).

Il medico di PS

- Rx caviglia: negativo per lesioni osteo-traumatiche
- E.O.: assenza di edema perimalleolare, minime limitazioni algo-funzionali ai movimenti propri

- Dimesso a domicilio
- Divieto di carico, crioterapia, FANS al bisogno
- Bendaggio

DOPO 5 GG DAL MMG

Dal giorno precedente comparsa di tosse stizzosa e dispnea per sforzi lievi, saltuario dolore toracico, di breve durata (<1') ed associato allo sforzo.

Riferisce del precedente accesso in PS per distorsione alla caviglia, confermando di essersi scrupolosamente attenuto alle indicazioni suggerite.

Esame obiettivo

- PA: 140/90 mmHg
- FC: 98 bpm
- TC: 37,4°
- Toni cardiaci netti, pause libere
- SCP su tutto l'ambito, MV fisiologico
- Assente dolore toracico evocabile alla palpazione del torace
- Lieve succulenza caviglia sx, non rubor/calor
- Polsi periferici iso-normosfigmici
- Esame addominale negativo

Come gestireste il caso?

- Prescrivere un ECG
- Prescrivere un test da sforzo al cicloergometro
- Prescrivere un eco-stress farmacologico
- Inviare il paziente in PS
- Prescrivere un Rx torace + emocromo + PCR
- Prescrivere un ecocolordoppler venoso urgente
- Prescrivere terapia antibiotica

Pz inviato in PS

L'infermiere di triage rileva la presenza di:

FC: 98 bpm

FR: 34 atti/minuto

PA: 160/100 mmHg

SO2: 91%

TC: 37,4°

Assegna codice ROSSO con diagnosi di dispnea severa e dolore toracico < 24 h ed il paziente viene immediatamente accolto in sala visita.

Il medico di PS esegue

ECG: non slivellamenti del tratto ST-T

Rx torace: ndr

EGA: pH 7,49 – PO2 87 mmHg – PCO2 35 mmHg – Lac 1,0

Troponina HS < 0,1 ng/L

Score di Wells per EP = 2 (probabile)

Geneva score = 4 (probabile)

N.B. Da un'accurata anamnesi emerge come il paziente abbia sofferto, nel passato, di episodio di TVP arto controlaterale.

Score di Wells

Punteggio di Wells

Punteggio clinico per Embolia Polmonare		
	Punteggio clinico	
Punteggio di Wells	***Vers. originale***	***Vers. semplificata***
Precedente EP o TVP	1.5	1
FC ≥ 100/m'	1.5	1
Chirurgia o immobilizzazione prec. 4 sett.	1.5	1
Emottisi	1	1
Cancro attivo	1	1
Segni clinici di TVP	3	1
Diagnosi alternativa meno probabile di EP	3	1
Probabilità Clinica		
Punteggio a tre livelli		
basso	0-1	ND
intermedio	2-6	ND
alto	≥7	ND
Punteggio a due livelli		
EP improbabile	0-4	0-1
EP probabile	≥5	≥2

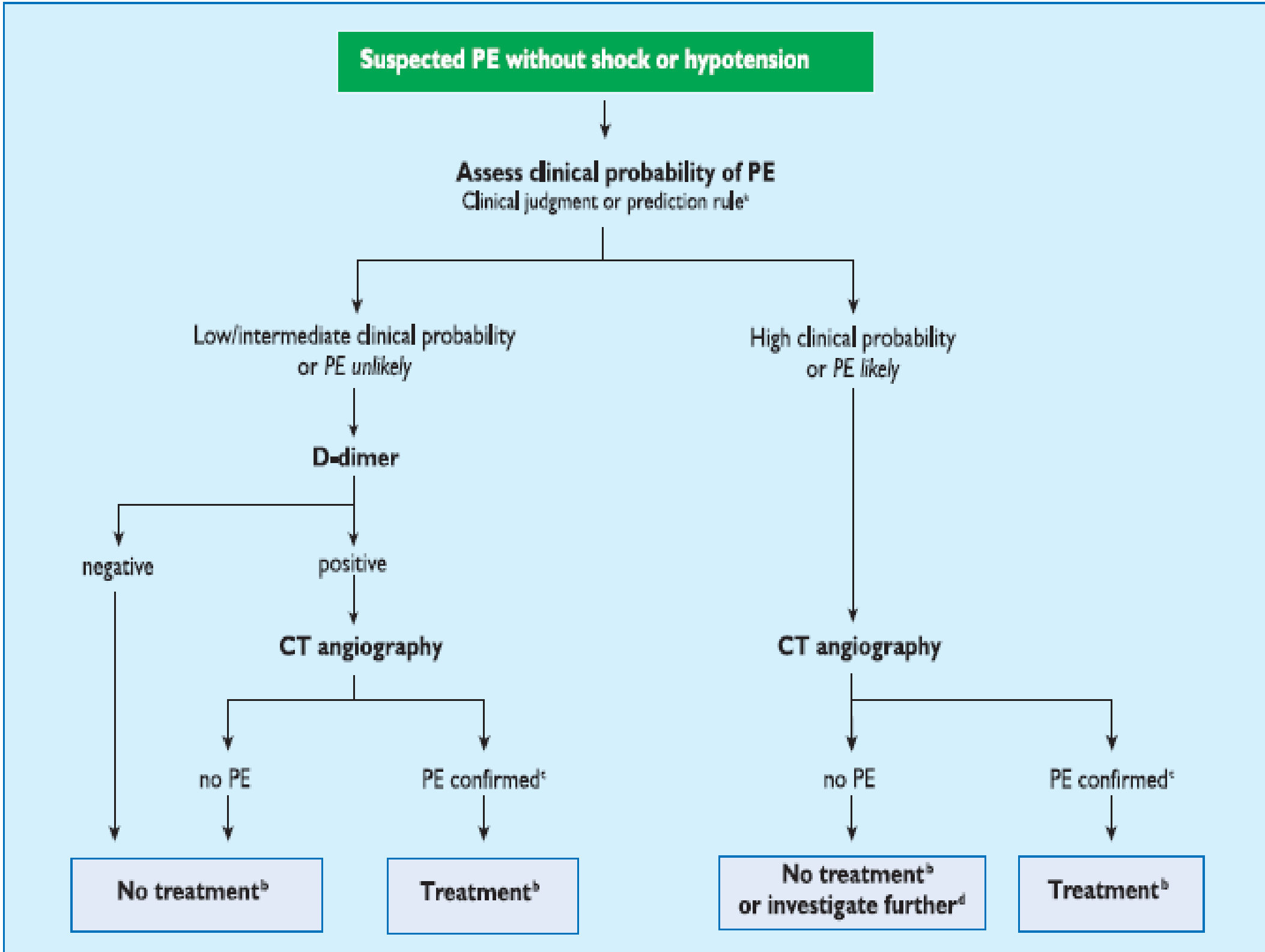
Geneva Score

Punteggio di Ginevra riveduto

Punteggio di Ginevra riveduto	*Vers. originale*	*Vers. semplificata*
Precedente EP o TVP	3	1
FC		
75-94/m'	3	1
≥95/m'	5	2
Chirurgia o frattura entro il mese precedente	2	1
Emottisi	2	1
Cancro attivo	2	1
Dolore monolaterale arto inferiore	3	1
Dolore alla palpazione di una vena profonda e edema unilaterale	4	1
Età > 65 anni	1	1
Probabilità Clinica		
Punteggio a tre livelli		
basso	0-3	0-1
intermedio	4-10	2-4
alto	≥11	≥5
Punteggio a due livelli		
EP improbabile	0-5	0-2
EP probabile	≥6	≥3

Come proseguire?

- Esami urgenti ematochimici (emocromo, urea, creatinina, elettroliti, PT/INR, PCR)
- Ecocardiogramma
- Dosaggio D-Dimero
- Pro-calcitonina
- Coronarografia
- Angio-TC polmonare


Suspected PE without shock or hypotension
Assess clinical probability of PE
Clinical judgment or prediction rule[a]
Low/intermediate clinical probability or PE unlikely
High clinical probability or PE likely
D-dimer
negative
positive
CT angiography
CT angiography
no PE
PE confirmed[c]
no PE
PE confirmed[c]
No treatment[b]
Treatment[b]
No treatment[b] or investigate further[d]
Treatment[b]

Il medico di PS

Richiede D-Dimero, che risulta pari a 2160 U/L.

Angio-TC polmonare: numerosi estesi difetti embolici bilateralmente, in corrispondenza delle diramazioni primarie e più distali.

Come procedere?

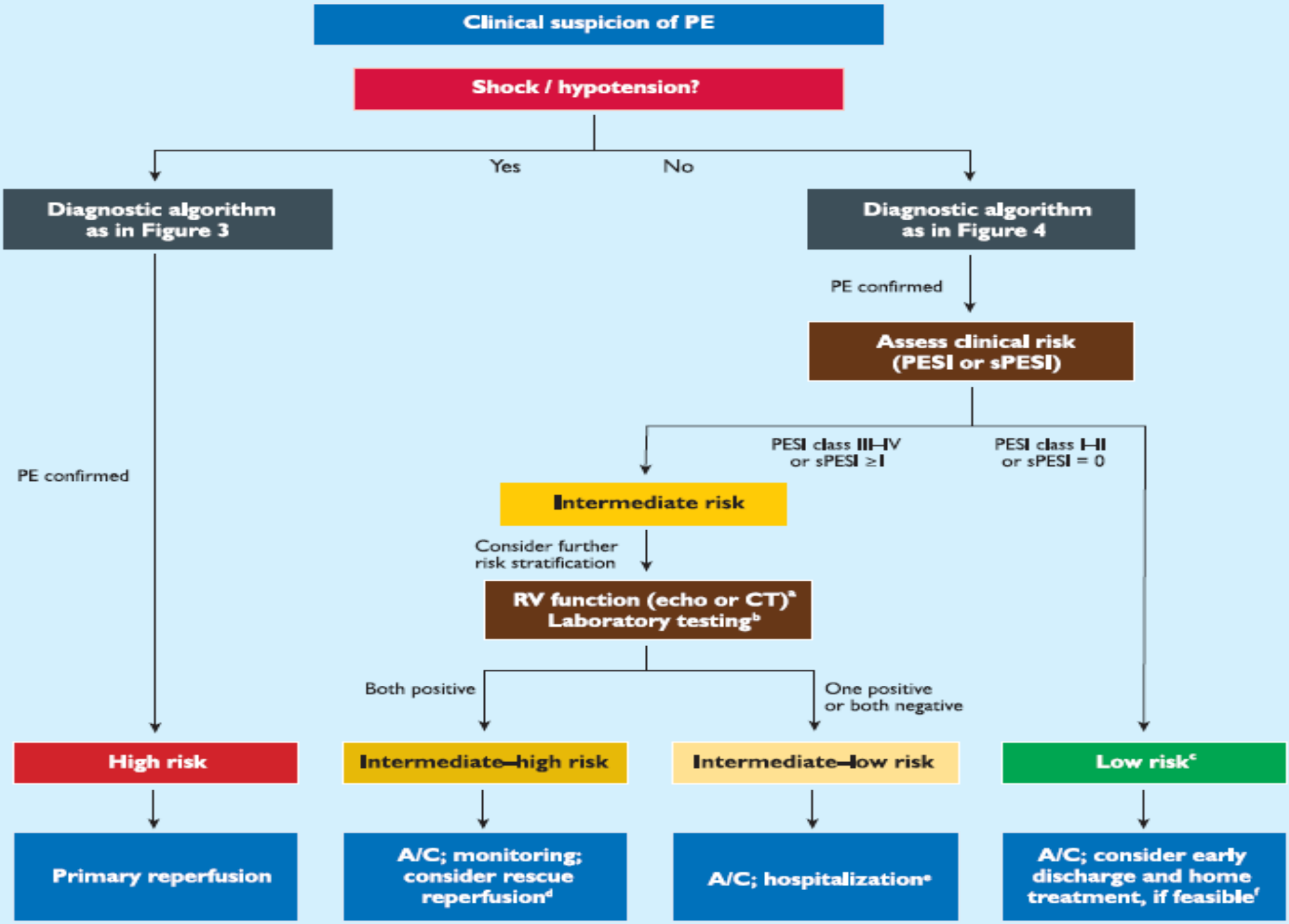
- Prescrivere eparina non frazionata e rTPA
- Prescrivere eparina non frazionata e ricoverare in UTIC
- Prescrivere EBPM e ricoverare in Medicina d'Urgenza
- Prescrivere apixaban 10 mg x 2 e ricoverare in Medicina
- Prescrivere apixaban 10 mg x 2 e dimettere a domicilio
- Prescrivere una dose di enoxaparina a dosi aggiustate sul peso e stratificare il rischio di morte precoce prima di decidere l'ulteriore gestione del caso

Recommendations for prognostic assessment

Recommendations	Class[a]	Level[b]	Ref[c]
Initial risk stratification of suspected or confirmed PE—based on the presence of shock or persistent hypotension—is recommended to identify patients at high risk of early mortality.	I	B	47, 48
In patients not at high risk, use of a validated clinical risk prediction score, preferably the PESI or sPESI, should be considered to distinguish between low- and intermediate-risk PE.	IIa	B	214, 218
In patients at intermediate risk, assessment of the right ventricle with echocardiography or CT, and of myocardial injury using a laboratory biomarker, should be considered for further risk stratification.	IIa	B	253

Table 7 Original and simplified PESI

Parameter	Original version[214]	Simplified version[218]
Age	Age in years	1 point (if age >80 years)
Male sex	+10 points	–
Cancer	+30 points	1 point
Chronic heart failure	+10 points	1 point
Chronic pulmonary disease	+10 points	
Pulse rate ≥110 b.p.m.	+20 points	1 point
Systolic blood pressure <100 mm Hg	+30 points	1 point
Respiratory rate >30 breaths per minute	+20 points	–
Temperature <36 °C	+20 points	–
Altered mental status	+60 points	–
Arterial oxyhaemoglobin saturation <90%	+20 points	1 point
	Risk strata[a]	
	Class I:≤65 points very low 30-day mortality risk (0–1.6%) **Class II: 66–85 points** low mortality risk (1.7–3.5%) **Class III: 86–105 points** moderate mortality risk (3.2–7.1%) **Class IV: 106–125 points** hi	


Clinical suspicion of PE
Shock / hypotension?
Yes
No
Diagnostic algorithm as in Figure 3
Diagnostic algorithm as in Figure 4
PE confirmed
Assess clinical risk (PESI or sPESI)
PE confirmed
PESI class III–IV or sPESI ≥ I
PESI class I–II or sPESI = 0
Intermediate risk
Consider further risk stratification
RV function (echo or CT)[a]
Laboratory testing[b]
Both positive
One positive or both negative
High risk
Intermediate–high risk
Intermediate–low risk
Low risk[c]
Primary reperfusion
A/C; monitoring; consider rescue reperfusion[d]
A/C; hospitalization[e]
A/C; consider early discharge and home treatment, if feasible[f]

La decisione finale

- Lo score PESI risulta inizialmente uguale a III.
- Troponina: 0,053 ng/L (v.n. 0-0,045)
- NT-pro-BNP: 2050 ng/L (v.n. 450-900)
- Immagini TC: rapporto VD/VS pari a 0,78

Il paziente viene classificato a rischio intermedio-basso, trattato con una dose di enoxaparina 10.000 UI sc, trasferito in area monitorizzata della Medicina d'Urgenza, dove la terapia viene sospesa e sostituita con apixaban 10 mg x 2 al giorno.

Viste le condizioni di stabilità clinico/emodinamiche, il paziente viene dimesso in V giornata con consiglio a proseguire la terapia (10x2) fino al 7° giorno per poi continuare al dosaggio 5 mg x 2.

Dopo 3 MESI

- Al colloquio non emergono sospetti di fatti emorragici, buona aderenza alla terapia. Produce in visione esami ematici che risultano nella norma (emocromo, creatinina, AST, ALT).

Come proseguire?

- Sospendere il trattamento
- Proseguire il trattamento previo switch con warfarin
- Sospendere il trattamento e sostituirlo con ASA a basso dosaggio
- Proseguire il trattamento a tempo indefinito, con un controllo emocromo, GFR, AST, ALT dopo 6 mesi

Linee guida CHEST

10. In patients with a second unprovoked VTE and who have a (i) low bleeding risk (see text), we recommend extended anticoagulant therapy (no scheduled stop date) over 3 months (Grade 1B); (ii) moderate bleeding risk (see text), we suggest extended anticoagulant therapy over 3 months of therapy (Grade 2B); or (iii) high bleeding risk (see text), we suggest 3 months of anticoagulant therapy over extended therapy (no scheduled stop date) (Grade 2B).

Remarks: In all patients who receive extended anticoagulant therapy, the continuing use of treatment should be reassessed at periodic intervals (eg, annually).

…e se avessimo utilizzato il TEVere score al primo accesso di PS?

- In anamnesi pregresso episodio di TVP
- Riposo e divieto di carico
- BMI: 37
- Età: 71 aa

...e se avessimo utilizzato il TEVere score al primo accesso?

The TEVere Score: Thromboprophylaxis would be indicated from a score of 4 points or more

Cancer	YES	NO
Previous VTE	YES	NO
Thrombophilia	YES	NO
Major Surgery (< 60 days)	YES	NO
Drug That Stimulate hematopoiesis, CVC	YES	NO
BMI > 30KG/M2	YES	NO
Immobilization (<30 Minutes/Day Of Walking For 3 Or More Days)	YES	NO
Hormone replacement E/P therapy	YES	NO
Age > 70Aa	YES	NO
Recent Hospitalization (>=2 days in the preceding 90 days)	YES	NO
Varicose veins	YES	NO
Respiratory Faiure	YES	NO