

## La trombosi venosa profonda nella pratica del Medico di Medicina Generale

**Alessandro Filippi**

Responsabile Area Cardiovascolare, SIMG

### Le dimensioni del problema

La Trombosi Venosa Profonda (TVP) degli arti inferiori è la più frequente espressione di trombosi venosa e l'embolia polmonare (EP) ne è la conseguenza più temibile, spesso mortale. In totale (casi intra ed extraospedalieri) si stima che l'incidenza del tromboembolismo venoso (TVP + EP) sia di 117 casi/100.000; la mortalità della EP è elevata, raggiungendo il 15% entro i tre mesi dall'evento acuto (in un quarto dei casi si manifesta come morte improvvisa) <sup>1</sup>.

Un'importante complicanza della TVP è la sindrome post-trombotica, che può causare dolori ed edema persistente a carico dell'arto. Il tromboembolismo venoso ricorre in media nel 20% circa dei casi nei 5 anni successivi all'evento acuto, ma questa percentuale varia notevolmente in base alla presenza di fattori di rischio per le recidive (vedi paragrafo successivo). L'incidenza nell'ambito della Medicina Generale, secondo i dati estratti da un importante database britannico, è di 74,5 casi per 100.000 <sup>2</sup>. Questo dato è molto simile a quello rilevato analizzando il database *Health Search*: 84 casi per 100.000. L'incidenza aumenta con l'età, come evidenziato nella Figura 1, passando da un minimo di 11 casi per 100.000 tra i 20 e i 29 anni ai 293 casi per 100.000 tra gli 80 e gli 89 anni. Per ogni fascia d'età l'incidenza risulta superiore nel sesso femminile.

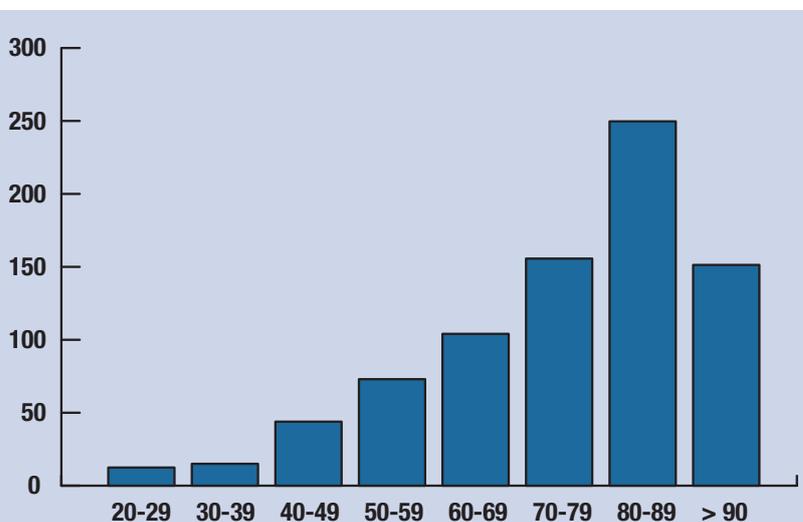
Il Medico di Medicina Generale (MMG) si trova quindi di fronte a un problema che si presenta poche volte alla sua attenzione (1-2 pazienti l'anno), ma che può comportare gravi conseguenze per il paziente. È quindi una situazione che richiede costante e competente attenzione. In realtà, se consideriamo globalmente l'attività nei confronti della TVP (sospetto diagnostico, terapia e profilassi primaria e secondaria, vedi prossimo paragrafo) ci rendiamo conto che il problema si pone con frequenza molto maggiore.

### I compiti del MMG

La diagnosi clinica di TVP è scarsamente accurata e necessita sempre di verifica strumentale; si stima che solo un caso sospetto su tre venga poi confermato. D'altra parte il

mancato riconoscimento della TVP può avere gravi conseguenze, per cui è opportuno mantenere un alto livello di sospetto clinico. La comparsa di TVP richiede inoltre un inizio tempestivo della terapia anticoagulante, per cui il sospetto clinico di TVP richiede una conferma strumentale in tempi brevi. È quindi necessario che ogni MMG conosca i criteri di sospetto clinico ed elabori la propria strategia personale, anche in relazione alla realtà locale, per identificare i casi sospetti e avviarli all'iter diagnostico conseguente. Una volta confermata la diagnosi di TVP, il MMG deve affrontare la terapia, sia pur con livelli di coinvolgimento differente da caso a caso e da medico a medico (in base al livello di competenza individuale). Si può infatti passare da una gestione totale (paziente non ospedalizzato nella fase acuta e terapia anticoagulante orale [TAO] condotta interamente dal MMG) a un supporto allo specialista (paziente ospedalizzato in fase acuta e TAO instaurata presso un centro ospedaliero).

Un altro compito fondamentale è rappresentato dalla prevenzione della TVP. L'aspetto più noto è rappresentato dalla profilassi dopo dimissione per intervento chirurgico o ortopedico; in questo caso si tratta semplicemente di proseguire e sorvegliare una terapia già iniziata dallo specialista. Esiste però anche la prevenzione nel paziente "medico" ad alto rischio di TVP in presenza di alletta-



**Figura 1**

Incidenza di TVP per fasce d'età (anno 2004, dati *Health Search*).

**TABELLA I**  
**Compiti del MMG.**

**Diagnosi e terapia della TVP**

- Sospetto diagnostico e invio al centro per conferma diagnostica
- Gestione della terapia acuta, da solo o con lo specialista, nei pazienti che non necessitano ospedalizzazione
- Gestione della terapia cronica, da solo o con lo specialista

**Profilassi della TVP**

- Identificazione dei pazienti "medici" meritevoli di profilassi a domicilio
- Impostazione e gestione della profilassi in questi pazienti
- Gestione, da solo o con lo specialista, della profilassi in pazienti dimessi dall'ospedale

mento e/o ipomobilità. In questo campo esistono ormai diversi studi che mostrano, in pazienti medici ospedalizzati, il vantaggio della profilassi, farmacologica e non. In particolare, per quanto riguarda la terapia farmacologica, sono state formulate precise raccomandazioni da parte di autorevoli linee guida internazionali. A fronte di queste evidenze il MMG è coinvolto non solo nella prosecuzione domiciliare della profilassi iniziata in ospedale, ma anche nella valutazione dell'opportunità di profilassi in pazienti domiciliari che presentano le stesse caratteristiche dei soggetti per i quali, in ospedale, è raccomandata la terapia preventiva. Purtroppo, in assenza di studi realizzati nell'ambito delle cure primarie, il MMG deve fare affidamento sull'uso intelligente delle evidenze ospedaliere e sulla valutazione personalizzata di ogni singolo paziente. Il problema è comunque molto rilevante sia a

livello di popolazione assistita sia a livello di popolazione nazionale (in Inghilterra è intervenuta addirittura la Camera dei Comuni, sollecitando linee guida in questo settore). È pertanto necessario che ogni medico elabori un approccio sistematico e razionale alla profilassi della TVP (Tab. I).

### Approfondire le proprie conoscenze

Quanto sopra riportato si limita a delineare il campo d'azione del MMG, senza entrare in quello dell'operatività quotidiana. È pertanto possibile che ci si renda conto di dover migliorare/aggiornare le proprie conoscenze personali. Le fonti d'informazione in questo campo sono molteplici e autorevoli. A fronte di compiti ben definiti a carico della Medicina Generale, SIMG non poteva esimersi dal fornire strumenti pratici e mirati alle esigenze del MMG italiano. Si segnalano due iniziative che riteniamo particolarmente utili: *La guida alla terapia anticoagulante orale* (scaricabile dal sito della FCSA e dal sito SIMG e inserito nei supporti professionali del programma Millewin) e, più specificatamente, il manuale *La gestione della trombosi venosa profonda in Medicina Generale* (Collana Disease Management – SIMG, Pacini Editore, distribuito da Sanofi Aventis).

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Heit JA. *The epidemiology of venous thromboembolism in the community: implications for prevention and management.* J Thromb Thrombolysis 2006;21:23-9.
- <sup>2</sup> Huerta C, Johansson S, Wallander MA, García Rodríguez LA. *Risk factors and short-term mortality of venous thromboembolism diagnosed in the primary care setting in the United Kingdom.* Arch Intern Med 2007;167:935-43.

