

## Caso clinico

Paziente di sesso femminile di 63 anni, peso 58 kg con anamnesi patologica remota positiva per ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, insufficienza venosa degli arti inferiori e pregresso intervento nel 2012 di quadrantectomia superiore esterna destra per carcinoma lobulare discretamente differenziato, con linfonodo sentinella negativo sottoposta a ciclo di radio-terapia. La paziente si presentava presso l'ambulatorio del medico di famiglia per comparsa da qualche giorno, dopo uno strappo muscolare durante attività fisica, di dolore all'arto inferiore destro, che si presentava caldo, arrossato ed edematoso. Il medico di famiglia ha eseguito un bendaggio con ossido di zinco e ha programmato un controllo dopo una settimana.

La paziente si è presentata dopo qualche giorno con persistenza della sintomatologia e comparsa di un cordone duro e arrossato sul decorso della vena grande safena (GS). Il medico di famiglia invia la paziente presso l'ambulatorio di tromboembolismo venoso per eseguire un eco-color-doppler venoso a compressione degli arti inferiori.

L'eco-color-doppler venoso a compressione degli arti inferiori evidenzia trombosi venosa superficiale (TVS) della GS destra a 5 cm dalla cross e lunga 5 cm. Restanti vasi venosi comprimibili. A sinistra non segni di trombosi venosa.

Valutata dal medico in ambulatorio, la paziente non riferiva dispnea, si presentava in buon compenso cardio-circolatorio con

parametri vitali stabili. Arto inferiore destro caldo e arrossato con cordone palpabile a livello della GS.

Veniva quindi impostata terapia con parnaparina 8500 UI una volta al giorno per 10 giorni secondo il protocollo dello studio Steflux<sup>1</sup>. Inoltre viene prescritta elastocompressione e controllo di emocromo ed eco-color-doppler dopo 10 giorni.

A 10 giorni la paziente si presenta al controllo con riscontro di parziale ricanalizzazione della TVS della GS e viene posta indicazione a proseguire la terapia con parnaparina 6400 UI 1 fiala al giorno sottocute per altre 20 giorni e successiva sospensione con controllo a 1 mese.

### Discussione del caso

La TVS è una patologia caratterizzata dalla patologica ostruzione di una vena superficiale da parte di materiale tromboembolico<sup>2</sup>.

La localizzazione più frequente è a carico delle vene safene e delle loro tributarie, seguita dalle vene cefalica e basilica negli arti superiori<sup>3</sup>.

In particolare la GS è interessata nel 60-80% dei casi e la vena piccola safena (PS) nel 10-20%<sup>2</sup>. La TVS è principalmente caratterizzata dalla presenza di cute arrossata e calda lungo il decorso di una vena superficiale con cordone palpabile e dolente.

La TVS condivide molti dei fattori di rischio legati al tromboembolismo venoso (TEV), come l'età avanzata, l'obesità, la presenza di neoplasie, precedenti episodi di TEV, gra-

vidanza, contraccettivi orali, chirurgia, patologie autoimmuni, mentre la presenza di varici è maggiormente associata alla TVS<sup>4</sup>. Più recentemente, il riconoscimento del rischio non trascurabile di complicanze tromboemboliche della TVS, diagnosticate tramite esame ultrasonografico, ha cambiato la percezione della TVS come malattia "benigna"<sup>3</sup>, rinnovando l'interesse e stimolando la ricerca in quest'ambito. La potenziale gravità è correlata al rilievo di uno stretto nesso tra TVS e TEV, la cui coesistenza può essere spiegata almeno in parte dall'estensione del materiale trombotico al sistema venoso profondo attraverso le vene perforanti e le giunzioni safeno-femorale e safeno-poplitea<sup>5</sup>.

In studi pregressi, una percentuale di pazienti affetti da TVS compresa tra il 6 e il 36% mostra all'analisi ecografica iniziale una TVP e una percentuale fino al 33% presenta una concomitante EP asintomatica dimostrabile con scintigrafia polmonare perfusionale<sup>6</sup>.

Nello studio POST il follow-up a 3 mesi di pazienti con TVS isolata dimostra che l'incidenza di eventi tromboembolici sintomatici (EP, TVP, ricorrenza di TVS ed estensione della TVS) è dell'8,3% nonostante la terapia farmacologica e l'elastocompressione fosse utilizzata in più del 90% dei pazienti<sup>7</sup>.

Le evidenze della letteratura ci confermano quindi che nei pazienti che si presentano all'attenzione del clinico per una TVS, in una percentuale non trascurabile, concomita un evento tromboembolico venoso maggiore.

Vista la differente storia clinica di queste due malattie appare quindi necessario distinguere sempre in maniera sicura tra queste due patologie, escludendo in tutti questi pazienti la presenza di TVP mediante l'utilizzo dell'ecografia venosa.

Ritornando quindi al nostro caso clinico la nostra paziente doveva eseguire alla comparsa dei sintomi un controllo ecografico che potesse escludere, visto la sua anamnesi patologica remota, un evento tromboembolico maggiore che potesse metterla a rischio di embolia polmonare.

Le linee guida suggeriscono un trattamento con eparina a basso peso molecolare o fondaparinux per un periodo di trattamento di circa 4-6 settimane<sup>8</sup>. Tale terapia deve essere comunque valutata caso per caso in base alle caratteristiche del paziente, ai fattori di rischio per tromboembolismo venoso profondo e in base alla sede ana-

tomica e all'estensione della trombosi superficiale.

### Bibliografia

- 1 Cosmi B, Filippini M, Tonti D, et al.; STEFLUX Investigators. *A randomized double-blind study of low-molecular-weight heparin (parnaparin) for superficial vein thrombosis: STEFLUX (Superficial ThromboEmbolism and Fluxum)*. *J Thromb Haemost* 2012;10:1026-35.
- 2 Di Minno G, Mannucci PM, Palareti G, et al; First Ambulatory Screening on Thromboembolism (FAST) Study Group. *The first ambulatory screening on thromboembolism: a multicentre, cross-sectional, observational study on risk factors for venous thromboembolism*. *J Thromb Haemost*. 2005;3:1459-66.
- 3 Decousus H, Epinat M, Guillot K, et al. *Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis and treatment*. *Curr Opin Pulm Med* 2003;9:393-7.
- 4 Decousus H, Frappé P, Accassat S, et al. *Epidemiology, diagnosis, treatment and management of superficial-vein thrombosis of the legs*. *Best Pract Res Clin Haematol* 2012;25:275-84.
- 5 Leon L, Giannoukas AD, Dodd D, et al. *Clinical significance of superficial vein thrombosis*. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;29:10-7.
- 6 Bertoletti L, Frappé P, Leizorovicz A, et al. *Epidemiologic and therapeutic advances in superficial venous thrombosis of the legs*. *Rev Prat* 2011;61:1244-8.
- 7 Decousus H, Quéré I, Presles E, et al. for the POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group. *Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism. A large, prospective epidemiologic study*. *Ann Intern Med* 2010;152:218-224.
- 8 Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al.; American College of Chest Physicians. *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;141(2 Suppl):e419S-94.

### Commento

La diagnosi clinica di tromboflebite superficiale non è rara in Medicina Generale. Il trattamento è mirato a limitare e controllare i sintomi e a evitare l'estensione al sistema venoso profondo. La terapia delle trombosi venose superficiali (TVS) non può essere attuata secondo uno schema univoco e generalizzato. L'approccio terapeutico infatti deve essere mirato e non può prescindere oltre che dal quadro clinico anche da quello etiopatogenetico. Per questo motivo l'esame doppler fornisce informazioni utili per una miglior gestione di questi pazienti, consentendo di valutare le dimensioni e l'estensione del trombo (la sola valutazione clinica tende a sottostimarle) e il rischio (o la presenza) di trombosi venosa profonda (TVP). Nella pratica reale non sempre è possibile ottenere l'esecuzione rapida di questo esame, anche con le diverse forme di "urgenza" previste dalle differenti Regioni. Nel caso l'esame non possa essere eseguito tempestivamente si ricorda la necessità d'iniziare in via precauzionale la terapia profilattica (o terapeutica se localizzazione prossima alla crosse). Un altro elemento da considerarsi è lo stato della vena prima della TVS: vena varicosa, vena sana, vena traumatizzata. In questo caso siamo di fronte a vena presumibilmente sana: le corrispondenti raccomandazioni delle linee guida SIAPAV sono:

- obiettivi:
  - prevenire l'estensione e la possibile embolizzazione;
  - risolvere la flogosi e il quadro clinico;
- trattamento:
  - FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) per via orale e/o topica;
  - EBPM (eparine a basso peso molecolare) o ENF (eparine non frazionate) a dosi profilattiche o intermedie per una durata variabile in funzione del quadro clinico (in media 4 settimane) (Grado A);
  - fondaparinux a dosi profilattiche (2,5 mg/die) per 45 giorni (Grado A);
  - in alternativa TAO (terapia anticoagulante orale) (INR 2-3) per 4 settimane (Grado B);
  - compressione graduata (Grado B);
- note:
  - forme estese al sistema profondo o a 2-3 cm dalle crosse = trattare come TVP;
  - valutare rischio di EP.

Alessandro Filippi<sup>†</sup>  
Responsabile Area Cardiovascolare SIMG