

Il punto di vista del Medico di Medicina Generale (MMG)

P. Marin

Una patologia così “specialistica” quale è il tromboembolismo ha un suo spazio anche nelle cure primarie? Il Medico di Medicina Generale (MMG) viene coinvolto nella problematica? E quale deve essere il suo ruolo corretto?

Il più importante data base della medicina generale italiana, HEALTH SEARCH, indica in 84 casi su centomila pazienti l'incidenza in cure primarie del tromboembolismo venoso, dato omogeneo con l'omologo britannico che ferma l'incidenza a 74,5 casi per 100.000 pazienti.

Quindi un MMG con una popolazione di assistiti di 1500 persone vedrà in un anno da uno a due pazienti con trombosi venosa profonda (TVP) (extra ospedalieri), ma il numero di volte in cui sospetterà una TVP sarà almeno il triplo.

Se riassumiamo i compiti delle cure primarie in:

1. 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 di ospedalizzazione
- Gestione della terapia cronica, da solo o con lo specialista

e per la prevenzione

2. Profilassi della TVP

- Identificazione dei pazienti “medici” meritevoli di profilassi a domicilio
- Impostazione e gestione della profilassi in questi pazienti

capiremo come nell'ambito della Medicina Generale il problema non è giungere ad una diagnosi di certezza, ma selezionare i pazienti da inviare con urgenza in ospedale per eseguire gli accertamenti necessari.

Uno strumento utile in questa selezione è certamente lo SCORE DI WELLS (Tab. 1).

Lo strumento proposto da Wells è stato validato per stabilire la probabilità “pre-test” di TVP (Tab. 2). Le sue capacità predittive sono migliori nei soggetti giovani, senza comorbilità e senza precedenti episodi di TVP.

Per questo motivo, il medico deve utilizzare il suo giudizio clinico in presenza di soggetti anziani con più patologie e con una maggior durata dei sintomi.

Sfortunatamente sono proprio questi i casi più frequenti in Medicina Generale. E spesso questi pazienti anziani sono cronicamente allettati.

Tab. 1: Score di Wells

Caratteristiche cliniche	Punteggio
• Presenza di neoplasia attiva (chemioterapia attiva o nei precedenti sei mesi o cure palliative)	1
• Paralisi o paresi o recente ingessatura degli arti inferiori	1
• Allettamento recente > 3 gg o intervento chirurgico maggiore nelle ultime 4 settimane	1
• Dolorabilità localizzata in corrispondenza del sistema venoso profondo	1
• Edema di un intero arto inferiore	1
• Edema del polpaccio con circonferenza (misurata 10 cm sotto la tuberosità tibiale) > 3 cm rispetto al contro laterale	1
• Edema improntabile (comprimendo con un dito, si mantiene a lungo l'impronta), maggiore nell'arto sintomatico	1
• Vene superficiali collaterali (non varicose)	1
• Diagnosi alternativa almeno altrettanto probabile a quella di TVP (<i>Test di Wells originale: Wells PS et al, 1997</i>)	- 2
• Pregressa documentata TVP * (<i>*Test di Wells modificato: Wells PS et al, 2003</i>)	1 *

Tab. 2: interpretazione dello score di Wells

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Punteggio totale ≥ 3: alta probabilità di TVP- Punteggio totale tra 1 e 2: probabilità intermedia di TVP- Punteggio totale ≤ 0: bassa probabilità di TVP |
|--|

Fare profilassi in questi casi è difficile, anche perché non è attualmente noto il reale profilo rischio/beneficio di un'anticoagulazione a lungo termine

Lo studio EXCLAIM rappresenta ad oggi l'unico trial clinico randomizzato che ha confrontato l'impiego prolungato di enoxaparina in 6.085 soggetti con età ≥ 40 anni ricoverati in reparti di Medicina Interna per una patologia acuta (es. scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, polmonite).

Alla luce delle evidenze disponibili, nella profilassi del TEV nel paziente cronicamente allettato a domicilio o in casa di riposo, le linee guida ACCP si esprimono contrariamente all'utilizzo routinario di una tromboprofilassi con anticoagulanti (Grado 2C).

Per i soggetti allettati a domicilio o in casa di riposo, frequentemente rappresentati da anziani con elevato grado di fragilità, si auspica la realizzazione di specifici RCTs al fine di consentire una corretta valutazione dei benefici e dei rischi correlati ad una anticoagulazione a lungo termine.

L'invecchiamento della popolazione e l'inevitabile esplosione delle cronicità comporterà per le cure primarie una rivalutazione degli impegni da assumere.

Molti saranno, e in realtà già sono, i compiti che impegneranno il medico del territorio nel gestire una terapia anticoagulante.

Li possiamo riassumere in:

- proposta del MMG allo specialista di iniziare una terapia con i nuovi anticoagulanti orali (NAO) o di passare dagli anti vitamina K (AVK) ai NAO;

- informazione ed educazione del paziente;

- monitoraggio di possibili interazioni dei NAO con altri farmaci contemporaneamente assunti, compresi i farmaci da banco, in particolare i FANS, l'iperico (interazioni comunque decisamente inferiori rispetto ai vecchi anticoagulanti orali);

- periodico controllo della funzionalità epatica e renale, visto che possibili loro variazioni possono riflettersi soprattutto sulla tossicità dei NAO;

- coinvolgimento in caso di sospensioni della terapia in occasione di interventi invasivi maggiori o minori; gestione degli inconvenienti che di routine possono presentarsi nel paziente in trattamento con NAO: mancata assunzione di una dose, insorgenza di vomito, diarrea, piccole emorragie, ecc.

Alla luce di quanto detto, il prossimo futuro sarà affrontabile solo se riuscirà a costruire un solido protocollo di lavoro tra cure primarie e secondarie, con una precisa e controllabile identificazione degli atti appropriati e del percorso globale di cura.

Dott. Paolo Marin, Medico di Medicina Generale, Geriatra, Consigliere Alzheimer Uniti Onlus, Roma

Per la corrispondenza: antignanipl@gmail.com