

COMMISSIONE TERAPEUTICA PROVINCIALE DI MODENA

LINEA GUIDA DI PROFILASSI DELLA TROMBOSI VENOSA PROFONDA

IN

CHIRURGIA GENERALE

Metodologia applicata	pag.	2
Bibliografia	pag.	3
Tipologia di interventi e rischio di TVP	pag.	4
Linea Guida		<i>inserto</i>

Documento elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare
con il coordinamento del CeVEAS

Gruppo di lavoro

Borelli (MMG), Camparini (Az. USL), Colucci – Chirurgia (Vignola), De Bernardinis – Chirurgia II (Az. Policlinico), Domeniconi – Chirurgia (Pavullo), Gavioli – Chirurgia D'Urgenza (Pol), Gibertini – Chirurgia Sassuolo (Az. USL), Gottardi (Az USL), Grandi M. (Az. USL), Longo (Pol), Marinelli (Pol), Melotti – Chirurgia (Modena), Morandi – Chirurgia toracica (Az. Policlinico), Natalini – Chirurgia d'Urgenza (Az. Policlinico), Pinelli G. (Az. USL), Saviano – Chirurgia I (Az. Policlinico), Tamborrino – Chirurgia (Mirandola), Tessari – Chirurgia (Carpì), Zenezini, Chiossi – Chirurgia (Castelfranco)

Coordinamento: Marata (CeVEAS), Marietta (Pol), Campomori (CeVEAS), Magrini (CeVEAS)

Anno di realizzazione: 2003

IL PERCHÉ DI UN PROGETTO

Molti Colleghi, di fronte a questa scheda, diranno: "Altra carta da riempire!".

Non è (ovviamente!) il senso di questo lavoro. L'obiettivo è, al contrario, quello di migliorare e semplificare la pratica clinica attraverso uno strumento di semplice utilizzo che possa rispondere ad alcune esigenze:

- aiutare il medico ad identificare i pazienti chirurgici a rischio tromboembolico
- rendere uniforme ed esplicito il processo di stratificazione del rischio di tromboembolismo venoso nel singolo paziente
- razionalizzare e standardizzare i protocolli di profilassi,

il tutto in adesione ai principi della medicina basata sulle prove di efficacia.

ASPETTI METODOLOGICI

Nell'aprile 2002 la Commissione Terapeutico Provinciale ha nominato un gruppo di lavoro costituito da Internisti, Chirurghi, Farmacologi Clinici e da un Esperto della coagulazione in rappresentanza dell'Azienda Policlinico e dell'Azienda USL di Modena. Compito di questo gruppo di lavoro è stato quello di analizzare la letteratura esistente sul tema della profilassi del tromboembolismo venoso al fine di identificare le principali raccomandazioni sulla valutazione del rischio tromboembolico e le conseguenti decisioni sulla profilassi da adottare.

Una analisi delle linee guida esistenti dal punto di vista metodologico ha portato alla identificazione di 2 documenti:

- La Consensus Conference dell'American College of Chest Physicians (ACCP) pubblicate nel 2001 su Chest¹,
- la linea-guida dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera Giovanni Battista di Torino.

Poco prima di licenziare questo documento sono state pubblicate on-line le Linee-Guida SIGN², delle quali si è tenuto conto nella stesura finale.

La decisione del gruppo di lavoro è stata quella di:

- ⇒ analizzare i documenti scelti
- ⇒ individuare quelli con livelli di evidenza elevati rispetto al tipo di grading utilizzato; in tale modo non si rendeva necessaria la esplicitazione del livello di evidenza nel documento di implementazione
- ⇒ implementare a livello locale le raccomandazioni adattandole alle singole realtà chirurgiche, pur nella omogeneità dei principi di fondo e della metodologia.

Altro requisito del documento di implementazione doveva essere la semplicità di applicazione e la condivisione delle raccomandazioni contenute.

I Responsabili di tutte le UO di Chirurgia Generale della Provincia di Modena sono stati attivamente coinvolti nel processo decisionale, attraverso la produzione di documenti e numerose riunioni di confronto.

Il documento finale è costituito da 2 pagine:

Nella prima pagina si propone di assegnare un punteggio che consenta la **stratificazione del rischio**.

Nella seconda viene proposta la **tipologia e durata dello schema di profilassi**.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

La scheda individuale di definizione del rischio trae lo spunto da analoghe esperienze proposte dall'Angiologia del Policlinico S. Orsola di Bologna e dall'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Essa rappresenta un'interpretazione e visualizzazione grafica della stratificazione proposta dalla Consensus Conference ACCP che suddivide i pazienti in quattro livelli di rischio, identificati in base a fattori legati al tipo di intervento e alle caratteristiche del paziente.

Uno dei problemi più impegnativi è stato quello di identificare il rischio tromboembolico inerente all'atto operatorio in sé.

E' infatti ben noto che si distinguono interventi chirurgici gravati di un rischio di Malattia Tromboembolica venosa (MTEV) basso, ed interventi chirurgici che sono gravati da un rischio di MTEV elevato. Purtroppo su questo punto la Consensus Conference dell'ACCP è piuttosto vaga e non fornisce una lista degli interventi a minore o maggior rischio. Il documento del THRIFT e le linee-guida SIGN definiscono a minor rischio gli interventi di durata inferiore ai 30 minuti, mentre le Linee Guida dell'Assistance Publique Hopitaux de Paris propongono una lista di interventi a minor rischio specificando però che se l'intervento dura più di 30-45 minuti o è associato a cospicui sanguinamenti o importanti dissezioni, il rischio deve considerarsi aumentato. Non essendovi chiarezza su questo importante punto, il gruppo ha deciso di lasciare alle singole UO Chirurgiche la definizione del rischio di MTEV per ogni singola tipologia di intervento, definizione che deve però tener conto delle indicazioni dell'Assistance Publique Hopitaux di Parigi, in quanto ritenute per consenso maggiormente rappresentative della pratica clinica, che ben raramente vede interventi di durata inferiore ai 30 min.

Questo processo deve essere svolto in modo esplicito e a priori, attraverso la compilazione una tantum di un elenco delle procedure chirurgiche effettuate dall'équipe (All. 1) suddivise per rischio tromboembolico; tale elenco dovrà essere allegato alla Linea guida a disposizione di ogni UO.

TIPOLOGIA E DURATA DELLA PROFILASSI

Le indicazioni sulla modalità pratiche di profilassi rappresentano anch'esse un tentativo di tradurre in semplici regole di comportamento, facilmente applicabili nella pratica clinica quotidiana, le raccomandazioni della letteratura. Si è scelto di fornire, accanto alle opzioni ritenute equivalenti sulla base dei dati disponibili, anche le indicazioni pratiche sui dosaggi dei farmaci (scegliendo quelli disponibili nelle farmacie ospedaliere delle due Aziende modenesi) e (ove possibile) sulla durata indicativa della profilassi.

Fra i metodi di profilassi sono stati inseriti anche i mezzi fisici (compressione pneumatica intermittente e compressione elastica) in considerazione delle indicazioni della Consensus Conference ACCP e delle Linee Guida SIGN, anche allo scopo di promuoverne l'impiego.

Per quanto riguarda l'uso dell'aspirina a scopo di prevenire la MTEV nell'ambito della Chirurgia Generale, il gruppo di lavoro ha ritenuto di adottare le raccomandazioni della Linea Guida SIGN che ne limita l'impiego in alternativa all'eparina non frazionata o a quella a basso peso molecolare solo qualora queste ultime siano controindicate. Poiché tali situazioni sono da ritenere assolutamente eccezionali si è ritenuto di non inserire la raccomandazione nella scheda.

VALUTAZIONE DI IMPATTO

Come indicatori di risultato al primo anno di applicazione, si propongono i seguenti:

- ⇒ numero di schede compilate per UO di chirurgia rispetto al numero totale di pazienti operati;
- ⇒ numero di calze antitrombo richieste alla Farmacia Interna
- ⇒ aderenza alla linea guida tramite un progetto di Audit & Feedback

BIBLIOGRAFIA

- Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy . Chest 2001 Jan; 119 (Suppl) : 1S-370S.
- Linee Guida Aziendali per la Profilassi della Malattia Tromboembolica Venosa - A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino "Molinette" aprile 2001.
- Thromboembolic Risk Factors (THRIFT) consensus Group. Risk of and prophylaxis for VTE in hospital patients. BMJ 1992;304:567-574.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prophylaxis of venous thromboembolism. October 2002. www.sign.ac.uk
- Recommendations pour la pratique clinique. Prophylaxie de la maladie thromboembolique post-operatoire. Janvier 1995. Assistance Publique Hopitaux de Paris

ALGORITMO PER LA DEFINIZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO IN CHIRURGIA GENERALE

NOME _____ COGNOME _____

MOTIVO DELL'INTERVENTO _____

< 40 anni = 0

> 40 anni = 1

CLASSIFICAZIONE DELL'INTERVENTO RISPETTO AL RISCHIO DI TVP

CHIRURGIA A RISCHIO MINORE = 0

Nella individuazione del rischio di TVP legato al tipo di chirurgia il criterio principale, ma non unico, da utilizzare è la durata presunta dell'intervento (se la durata è > 45 min sulla base di una valutazione globale del tipo di chirurgia si dovrà decidere se definire l'intervento a rischio maggiore)

Ogni unità Operativa sulla base della propria casistica operatoria dovrà classificare gli interventi rispetto al rischio di TVP (vedi allegato 1).

Di seguito, a scopo esemplificativo, sono elencati alcuni interventi definiti come minori da tutti i componenti del gruppo di lavoro

Mammella

- Nodulesctomia
- Quadrantectomia senza cavo ascellare
- Ginecomastia

Sistema arterioso

- TEA carotide.
- Ernie**
- Ernioplastica
- Colon**
- Appendicectomia

Chirurgia plastica

- Innesti dermo-epidermici
- Lembi del volto
- Neoformazioni del volto
- Otoplastica

CHIRURGIA A RISCHIO MAGGIORE = 1

FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI PER MALATTIA TROMBOEMBOLICA

DA Sixth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. Chest 2001; 119:132S-175S. (modificato)

A

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uso di estro/progestinici o inibitori ormonali # | <input type="checkbox"/> malattia infiammatoria cronica dell'intestino |
| <input type="checkbox"/> gravidanza e post partum (< 30 gg) | <input type="checkbox"/> obesità grave (Indice di massa corporea = $\text{peso}^2/\text{altezza}$: F >28, M >30) |
| <input type="checkbox"/> prolungata immobilità (>= 3 gg) | <input type="checkbox"/> paralisi di uno o più arti |
| <input type="checkbox"/> presenza di catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> sindrome nefrosica |
| <input type="checkbox"/> infezioni gravi | <input type="checkbox"/> vene varicose |
| <input type="checkbox"/> insuff. respiratoria o cardiaca cronica | # il rischio si annulla dopo un mese dalla sospensione del trattamento con estrogeni, o progesterone ad alta dose |

A=1

B

- Pregressa TVP o fenomeno tromboembolico
- Diatesi trombofiliica (deficit di proteina C o S o AT III, resistenza alla proteina C attivata/fattore V Leiden, ecc.)
- Neoplasie addomino pevice o metastatizzate (soprattutto se associate a chemioterapia da meno di 1 mese e/o causa di immobilità)

B=2

C

- Trauma grave (soprattutto con fratture di: colonna vertebrale, pelvi, arti inferiori)

C=3

CALCOLO PER LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO

per calcolare il rischio globale, è necessario sommare i punteggi dei singoli box

- PUNTEGGIO 0 = BASSO
- PUNTEGGIO 1 = MODERATO
- PUNTEGGIO 2 = ELEVATO
- PUNTEGGIO >= 3 = ELEVATISSIMO

Rischio Globale

ALLEGATO 1 - TIPOLOGIE DI INTERVENTI E RISCHIO DI TVP IN CHIRURGIA GENERALE

(Da condividere in ogni Unità Operativa perché possa essere consultato alla compilazione della scheda)

TIPO DI INTERVENTO	A Rischio Maggior e di TVP	A Rischio Minore di TVP
TIROIDE		
Tiroidectomia totale o parziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodulesctomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAMMELLA		
Nodulesctomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadrantectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadrantectomia + cavo ascellare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastoplastica riduttiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastoplastica additiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impianto di espansore o protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecomastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA VENOSO/ARTERIOSO		
FOGARTY		
Safenectomia, altri interventi su varici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangliectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEA carotide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERNIE/LAPAROCALI		
Ernioplastica per ernia primitiva in anestesia locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernioplastica per ernia primitiva in anestesia spinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernioplastica per ernia secondaria in anestesia locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernioplastica per ernia secondaria in anestesia spinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernioplastica con utilizzo di protesi in anestesia locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernioplastica con utilizzo di protesi in anestesia spinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparoceli senza protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparoceli con protesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addominoplastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STOMACO		
Gastrectomia totale e/o allargata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroresezione segmentaria subtotale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenteroanastomosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroplastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia duodenale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emorragia gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emorragia duodenale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perforazione gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIPO DI INTERVENTO	A Rischio Maggior e di TVP	A Rischio Minore di TVP
VIE BILIARI		
Colecistectomia elettiva videolaparoscopica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colecistectomia elettiva per via addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colecistectomia complicata (empiema o colecistite acuta, pregressi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colecistectomia complicata (empiema o colecistite acuta in atto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colecisti perforata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcolosi della via biliare principale con ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcolosi della via biliare principale senza ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papillosfinterotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coledocoduodenostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia epato-bilio-pancreatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisti da echinococco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLON		
Colectomia totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emicolectomia semplice o allargata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colectomia del trasverso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sezione segmentaria del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia per ca. del retto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appendicectomia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appendicectomia elettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricanalizzazione intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticolite/diverticolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIRURGIA PLASTICA		
Innesti dermo-epidermici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lembi del volto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoformazioni del volto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossi lembi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoplastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLMONE		
Pneumectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lobectomia, Bilobectomia, Segmentectomia,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videotoracoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRI INTERVENTI		
Lisi di aderenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splenectomia non complicata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splenectomia post traumatica complicata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splenectomia nell'ambito di neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipomi/ematomi/linfonodi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasia delle parti molli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asportazione di neoformazioni cutanee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onicoplastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seno pilomidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi proctologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>