

Pulmonary Perspectives

Settembre 2004 • Volume 21, No. 2

Migliorare il nostro approccio alla malattia tromboembolica

“*Ci sono pochi argomenti di Pneumologia in grado di stimolare al tempo stesso interesse, ansia, dubbio e confusione come accade per la malattia tromboembolica*”. Così, oltre 33 anni orsono, recitava l'introduzione di un simposio multidisciplinare sulla trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). A distanza di tanto tempo, è sorprendente come tali parole possano essere pronunciate tuttora. A dispetto dell'eccellente risposta alla terapia anticoagulante, la TVP e la EP sono tra le cause più comuni di mortalità e di morbilità (Douketis et al. JAMA 1998; 279: 458). Per questo motivo è necessario che la comunità medica si impegni a riconoscere tutte quelle condizioni in cui, nella pratica clinica, non è possibile effettuare una diagnosi di TVP o EP, oppure non la si riesca a gestire. Abbastanza recentemente è stato pubblicato un algoritmo diagnostico (Tapson et al. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 1043). Il presente articolo prenderà in considerazione aspetti importanti, ma spesso trascurati, che riguardano la valutazione diagnostica, e descriverà il percorso scelto dall'American College of Chest Physicians (ACCP) per il continuo miglioramento della gestione della malattia tromboembolica venosa, ottenuto attraverso la collaborazione dei suoi iscritti. Questo processo si focalizzerà su quelle situazioni in cui la diagnosi può risultare elusiva, nonostante l'uso delle tecniche diagnostiche più accurate. Tali situazioni possono costituire la migliore opportunità per la valutazione circa l'utilità delle nuove tecniche diagnostiche. Tale collaborazione verrà estesa a tutti i soci dell'ACCP, e verrà presentata durante il prossimo congresso CHEST 2004 che avrà luogo a Seattle.

Un iter diagnostico della malattia tromboembolica polmonare che si basi esclusivamente su un approccio *evidence-based*, assai frequentemente vedrà incongruenze tra i risultati degli

studi clinici pubblicati in letteratura ed i problemi riscontrati nei pazienti più difficili. Ad esempio, recenti pubblicazioni (Wells et al. J Intern Med 1998; 243: 15; Wells et al. Lancet 1995; 345: 1326; Wells et al. Ann Intern Med 2001; 135: 98) suggeriscono che, in caso di un basso punteggio clinico predittivo, la diagnosi di EP è così improbabile che persino un risultato relativamente non sensibile del test del D-dimero ne esclude la diagnosi. Viceversa, diversi lavori basati su riscontri autoptici indicano che molti pazienti con EP massiva muoiono in assenza di una diagnosi o persino del sospetto diagnostico (Rubinstein et al. Arch Intern Med 1988; 148:1425; Morgenthaler, Ryu. Mayo Clin Proc 1995; 70: 417; Karwinski, Svendsen. J Clin Pathol 1989; 42: 135; Stein, Henry. Chest 1995; 108: 978). Analogamente, recenti studi clinici sulla profilassi della tromboembo-

IN QUESTO NUMERO

How To Increase the Accuracy of the Diagnosis of Tuberculosis

Antonino Catanzaro, MD, FCCP

Migliorare il nostro approccio alla malattia tromboembolica

Timothy A. Morris, MD, FCCP

Targeting Comprehensive Outcomes in Intensive Care and Beyond: A Holistic Paradigm

Ravindra M. Mehta, MD
Alice Beal, MD, FCCP

BOARD EDITORIALE

Deborah Shure, MD, Master FCCP, Editor
Aymarah M. Robles, MD, FCCP, Deputy Editor
Alice Beal, MD, FCCP
Antonino Catanzaro, MD, FCCP
Paul Selecky, MD, FCCP
Jeanine Wiener-Kronish, MD, FCCP
Anthony Yim, MD, FCCP

STAFF EDITORIALE

Pamela Goorsky, Copy Editor
Kathy Jewett, Production

Publicazione dell'American College of Chest Physicians • 3300 Dundee Road • Northbrook, IL 60062 • phone 847-498-1400 • fax 847-498-5460
Web sites: www.chestnet.org and www.chestjournal.org
Copyright ©2004 American College of Chest Physicians
Copyright ©2004 per l'Edizione Italiana Midia srl

lia mettono in evidenza che il suo tasso di mortalità è talmente basso nei pazienti ospedalizzati che è quasi impossibile utilizzarlo come endpoint statistico (Samama et al. *N Engl J Med* 1999; 341: 793). Invece, è da ricordare che la malattia tromboembolica è responsabile (direttamente o indirettamente) del 5% della mortalità intraospedaliera (Stein, Henry. *Chest* 1995; 108: 793). Ed è per questi motivi che il miglior approccio globale deve tenere in debita considerazione sia i risultati degli studi clinici che l'esperienza del *mondo reale*.

Ancora oggi, epoca nella quale predominano tecniche radiologiche sofisticate e complessi test biochimici, l'aspetto diagnostico più importante per la tromboembolia è rappresentato dal clinico attento in grado di sospettare la presenza della malattia. Sebbene la valutazione clinica si dimostri insufficiente sia nel confermare che nell'escludere la malattia tromboembolica, riconoscere alcuni segni e sintomi suggestivi è il fattore singolo più importante nella diagnosi di malattia tromboembolica venosa. E ciò è confermato dall'osservazione (a dire il vero raggelante) che, nella gran maggioranza dei pazienti che muoiono per EP, gli esami diagnostici non erano stati praticati addirittura per l'assenza del sospetto clinico (Goldhaber et al. *Am J Med* 1982; 73: 822). Inoltre, sebbene solo una bassa percentuale di pazienti morti per EP presentava tutti i segni ed i sintomi clinici descritti nei testi di medicina, la quasi totalità di essi ne presentavano almeno uno (Morgenthaler, Ryu. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 417). Tra i sintomi maggiormente descritti: dispnea, sincope, delirio, ansia, dolore toracico, sudorazione, tosse, emottisi. Tra i segni clinici: tachipnea, tachicardia, rantoli, febbre, edema agli arti inferiori, ipotensione, cianosi, ritmo cardiaco di galoppo, sudorazione, flebite, accentuazione del secondo tono sul focolaio della polmonare.

Dal momento che i casi di malattia tromboembolica venosa più drammatici sono almeno teoricamente evitabili, è ragionevole ipotizzare che ogni caso mortale venga studiato ed analizzato nello stesso modo con il quale presso i principali centri clinici vengono studiati ed analizzati altri indicatori di qualità, come ad esempio le infezioni ospedaliere. L'analisi dovrebbe in particolare capire: (a) se l'evento non poteva essere

identificato correttamente al tempo in cui una terapia precoce avrebbe potuto portare vantaggi clinici; (b) se l'evento era stato sospettato, ma il processo diagnostico non aveva seguito un algoritmo diagnostico corretto; oppure (c) se l'evento era stato diagnosticato nei tempi e nei modi corretti, ma il trattamento non era stato ugualmente in grado di impedire la morte. Sulla scorta di queste informazioni, sarebbe possibile identificare le aree dove porre attenzione ed allocare risorse allo scopo di migliorare i risultati della terapia della malattia tromboembolica venosa.

Allo scopo di ridurre la pericolosità della malattia tromboembolica venosa, utilizzando miglioramenti sia delle procedure diagnostiche che delle strategie terapeutiche secondo un criterio di costo-efficacia, l'ACCP avvierà quest'anno un progetto intitolato "*Imparare da noi stessi: L'applicazione del modello di miglioramento continuo della qualità nel trattamento dell'embolia polmonare*". L'obiettivo di questo progetto è quello di creare una collaborazione continua tra i centri di assistenza sanitaria e l'ACCP, allo scopo di prevenire la mortalità secondaria alla malattia tromboembolica.

Ogni ospedale, grazie alla collaborazione dell'ACCP, potrà costituire delle unità locali (definite *team*), il cui leader sarà un membro del College, e fungerà da rappresentante nella costituenda Coalizione per il trattamento della EP. La Coalizione collaborerà con il Network ACCP per le malattie vascolari polmonari, nell'identificare percorsi di miglioramento continuo della qualità, i quali saranno poi applicati su più vasta scala sia nel sistema sanitario, sia tra i soci dell'ACCP.

Gli altri componenti del team ospedaliero, in numero variabile da 5 a 11, con spiccato interesse clinico per il trattamento della EP, rappresenteranno nel modo più ampio il numero maggiore di branche della pratica clinica, incluse: la medicina di base, la terapia intensiva, la pneumologia, la chirurgia, l'anatomia patologica, la radiologia, e la medicina d'urgenza. Inoltre l'amministrazione ospedaliera dovrà essere rappresentata all'interno dei gruppi, allo scopo di agevolare l'attuazione in pratica delle raccomandazioni elaborate dal gruppo di lavoro.

Il team dovrà prendere in considerazione tutti

casi fatali di EP verificatisi negli ultimi tre anni, grazie ai riscontri autoptici e ai codici diagnostici ICD-9. Le cartelle cliniche verranno valutate in accordo ad un algoritmo raccomandato dalla Coalizione. Caso per caso, il team deciderà se la diagnosi di EP era stata posta correttamente, e se il trattamento era stato iniziato prima della exitus. Inoltre, il team deciderà se il trattamento rispondeva ai criteri diagnostici e terapeutici stabiliti dalla Coalizione. Infine, al team verrà richiesto di esprimere un giudizio sulle ragioni che hanno condotto a morte il paziente colpito da EP.

Una copia dei Report valutativi verrà inviata presso una sede centrale per un'analisi globale. I dati, protetti da ogni possibilità di identificazione, saranno disponibili a tutti i membri della Coalizione, e verranno presentati a tutti i soci dell'ACCP in occasione dei congressi annuali. Basandosi sui dati provenienti sia dal team locale che dalla coalizione, al team verrà richiesto di identificare possibili strategie istituzionali, educazionali o pratiche per meglio affrontare il problema. Se del caso, il team potrà concludere il proprio Report affermando che la mortalità secondaria a EP può essere dovuta alle limitazioni nelle attrezzature tecnologiche o nelle conoscenze scientifiche.

La Coalizione ed il Network ACCP sulle malattie vascolari polmonari si riuniranno in occasione di ogni Congresso Annuale dell'ACCP, con lo scopo primario di valutare i dati pervenuti. Da questi incontri scaturirà la pubblicazione di documenti che analizzeranno le cause maggiori di mortalità per EP all'interno di ogni singolo ospedale.

La Coalizione collaborerà con il Network ACCP nell'identificare obiettivi di performance applicabili a livello locale. Tra questi, la eliminazione o la riduzione di almeno il 50% dei casi mortali di EP nei quali la diagnosi non era stata correttamente formulata prima dell'evento fatale, o per il quale il trattamento non seguì gli standard concordati. Il tempo richiesto per raggiungere questo obiettivo viene fissato in 30 mesi dall'arruolamento del team all'interno del progetto.

Il gruppo di collaborazione formulerà un elenco di interventi istituzionali dotati di ragionevole probabilità di raggiungere gli obiettivi di performance. Sarà compito di ogni team locale

quello di scegliere gli interventi localmente applicabili, e di mettere al corrente il gruppo collaborativo circa le raccomandazioni che non possono essere messe in pratica, dandone adeguata spiegazione.

Il passo successivo, ad opera delle istituzioni locali, sarà quello di selezionare gli interventi da mettere in atto sotto forma di programma pilota per un tempo di due mesi, dopo di che verranno redatti i rapporti conclusivi, messi a disposizione di tutti i Centri via Internet. Tutti i soci dell'ACCP avranno libero accesso al forum, con la possibilità di implementare le conoscenze a vantaggio della propria pratica clinica.

Dopo che tutte le procedure saranno state identificate, tutti i casi fatali di EP verranno studiati attraverso i riscontri autoptici ed i codici ICD-9. Sarà compito del team locale quello di rivedere i documenti a disposizione e spiegare le ragioni per le quali l'esito sia stato fatale. Inoltre, sarà compito dello stesso team locale quello di valutare la possibilità che il progetto di miglioramento della qualità possa raggiungere l'obiettivo entro i 30 mesi dall'arruolamento nella Coalizione.

Gli interventi o le strategie risultate più efficaci nel raggiungimento degli obiettivi prefissi verranno riferiti alla Coalizione e al Network per le malattie vascolari polmonari, così come a tutti i soci dell'ACCP. Inoltre, verrà preparato un documento scientifico che sarà inviato alla rivista CHEST per la pubblicazione.

Se, come si spera, questo tipo di lavoro collaborativo fra team locali, Coalizione, Network e membri dell'ACCP si dimostrerà utile, è auspicabile che il miglioramento continuo della qualità che ne scaturirà possa prolungarsi nel tempo. Il successo della collaborazione porterà indubbi vantaggi globali al sistema sanitario, anche in termini economici. Per tale motivo, questo progetto rappresenterà un forum produttivo per lo scambio di conoscenze e la divulgazione di importanti informazioni.

Ulteriori informazioni sul progetto saranno disponibili durante il congresso annuale ACCP 2004. La mia speranza è di incontrarvi a Seattle per darvi informazioni e per un possibile coinvolgimento nel progetto. Inoltre, il vostro parere ed i vostri commenti saranno estremamente utili per migliorare la pratica clinica.

I dati ottenuti, infine, saranno di grande aiuto per identificare molti aspetti clinici dei pazienti che muoiono a causa di EP, implementando le attuali linee guida diagnostiche e terapeutiche. Tutto ciò farà di questo progetto un'opportunità unica per i medici, guidandoli e aiutandoli nella soluzione di importanti quesiti clinici.

Timothy A. Morris, MD, FCCP
Associate Professor of Medicine
Department of Medicine, Division of
Pulmonary/Critical Care Medicine
University of California, San Diego Medical
Center
San Diego, CA

Come giustamente sottolineato da questa *Perspective*, la malattia tromboembolica anche se raramente quando ne rimane un campo per il quale sono ancora necessarie molte informazioni. Il progetto che viene qui descritto si prefigge principalmente l'obiettivo di rispondere a molte domande, principalmente se le linee guida possono essere migliorate e se questi miglioramenti risulteranno efficaci. Esso, parimenti si presenta come un modello per il miglioramento continuo delle terapie, oltre che una solida base per i futuri processi decisionali. Questo modello, se sarà coronato da successo, potrà rappresentare la base di un iter diagnostico-terapeutico anche per altre malattie.

Il dottor Timothy A. Morris, MD, FCCP è stato insignito del Sanofi-Synthelabo Distinguished Award in Thrombosis. Questo premio si è reso possibile grazie ad una partnership tra l'ACCP, la CHEST Foundation e la Sanofi-Synthelabo. La presentazione ufficiale del progetto del Dr. Morris, intitolata "Imparare da noi stessi: L'applicazione del modello di miglioramento continuo della qualità nel trattamento dell'embolia polmonare", che si terrà a Seattle nel corso del prossimo meeting ACCP CHEST 2004, si annuncia come un evento molto interessante.

—Editor

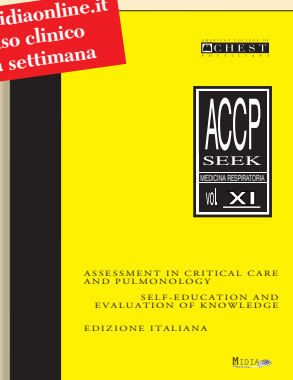
PNEUMORAMA offre ai suoi lettori un articolo tratto dal numero di giugno 2004 di *Pulmonary Perspectives*, una pubblicazione trimestrale dell'American College of Chest Physicians.

Traduzione a cura di Francesco de Blasio.

ACCP-SEEK EDIZIONE ITALIANA

Programma di aggiornamento
e autovalutazione
in Medicina Respiratoria

www.midiaonline.it
il caso clinico
della settimana



ACCP-SEEK è un programma di auto-apprendimento in Medicina Respiratoria. Ogni volume è suddiviso in due sezioni: la prima presenta 200 domande a risposta multipla ideate per verificare le capacità di memoria, interpretazione e soluzione dei problemi. Gran parte delle domande si basano su casi clinici e trattano l'anamnesi del paziente, le analisi di laboratorio e/o le immagini diagnostiche. La seconda parte contiene le soluzioni che in modo esauriente e completo spiegano l'argomento e motivano le risposte giuste e sbagliate. ACCP-SEEK è uno strumento indispensabile allo specializzando per la preparazione degli esami e al medico per l'aggiornamento e l'approfondimento di conoscenze e argomenti specifici. Questo volume viene utilizzato negli Stati Uniti per l'assegnazione di crediti formativi ECM.

Disponibile nelle migliori
librerie scientifiche

€ 140,00

Per informazioni:

MIDIA srl

Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442

midia@midiaonline.it

AMERICAN COLLEGE OF
CHEST
P H Y S I C I A N S