

## Le linee guida europee 2008 su diagnosi e trattamento dell'embolia polmonare: una nuova classificazione per una più organica valutazione clinica

Carlo D'Agostino<sup>1</sup>, Carmine Dario Vizza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. di Cardiologia, Ospedale di Venere, ASL, Bari, <sup>2</sup>Centro Ipertensione Polmonare Primitiva e Forme Associate, Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie e Morfologiche, Sapienza Università di Roma, Roma

(G Ital Cardiol 2009; 10 (5): 348-349)

© 2009 AIM Publishing Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Dr. Carlo D'Agostino

U.O.C. di Cardiologia  
Ospedale di Venere, ASL  
Via Ospedale di Venere, 1  
70012 Bari  
E-mail: carlod@tin.it

Dr. Carmine Dario Vizza

Centro Ipertensione  
Polmonare Primitiva  
e Forme Associate  
Dipartimento di  
Scienze Cardiovascolari,  
Respiratorie  
e Morfologiche  
Sapienza Università  
di Roma  
Policlinico Umberto I  
Viale del Policlinico, 155  
00161 Roma  
E-mail:  
dario.vizza@uniroma1.it

Ad 8 anni dalla precedente edizione sono state elaborate le nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) riguardanti la diagnosi e il trattamento dell'embolia polmonare (EP)<sup>1</sup>. Come affermato dagli estensori, le precedenti linee guida sono state fra quelle più frequentemente consultate e scaricate dal sito dell'ESC. Questa notazione non è indifferente in quanto sottolinea la grande attenzione per una patologia che interessa trasversalmente tutte le specialità della medicina. Consultare le linee guida vuol dire spesso cercare conforto e conferma dalla letteratura e dal giudizio degli esperti circa decisioni critiche che vengono quotidianamente adottate. Questo ha ancora più valore in un settore della medicina quale quello della malattia tromboembolica polmonare in cui le aree di incertezza e di problematica irrisolte sono tuttora ampie; nel corso degli ultimi anni si sono peraltro affermati comportamenti ed indirizzi diagnostico-terapeutici più evoluti rispetto al recente passato. Vi è da ritenere, dunque, che anche l'attuale aggiornamento rappresenterà per molti un riferimento per la pratica clinica quotidiana e per la ricerca.

Rispetto alle precedenti edizioni, le attuali linee guida appaiono più organiche, meglio organizzate e quindi maggiormente fruibili per la consultazione clinica.

Il primo aspetto che viene sollevato in maniera incisiva nell'attuale formulazione delle linee guida è l'abbandono della precedente nosografia che catalogava le forme di EP come "massive" e "non massive" in base ad una classificazione di derivazione anatomico-angiografica piuttosto che clinica; questo implicava che nell'ambito delle forme cosiddette submassive venisse considerato un numero non indifferente di pazienti in cui non era ben

chiaro se il riferimento dovesse essere correlato all'estensione del coinvolgimento dell'albero arterioso polmonare o alla compromissione clinica. La difficoltà di rapportare il dato anatomico a quello funzionale e clinico ingenerava difficoltà nella comunicazione e di conseguenza nella corretta identificazione dell'indirizzo terapeutico e prognostico. In Italia questa difficoltà era stata prontamente evidenziata in un commento alle linee guida ESC del 2000<sup>2</sup> curato da una commissione ANMCO-SIC pubblicato subito dopo la presentazione di queste. In tale commento veniva proposta una classificazione in grado di inquadrare la condizione del paziente all'atto della presentazione come "critica" o "non critica", identificando fra i pazienti con condizioni non critiche una gradualità di gravità in funzione di indicatori clinici e strumentali.

Gran parte della classe medica italiana ha recepito questi suggerimenti trovando vantaggio nell'identificazione dei propri pazienti con questo tipo di inquadramento clinico. Le linee guida ESC 2008 accolgono questa istanza e suggeriscono di sostituire "tutti quei termini potenzialmente fuorvianti come 'EP massiva', 'EP submassiva' e 'EP non massiva' con il livello stimato di rischio di mortalità precoce correlato all'EP". Il suggerimento è quindi di individuare i pazienti già all'atto della prima presentazione come affetti da EP "a rischio elevato" o "a rischio non elevato"; questo dato contiene in sé già un'identificazione prognostica per il paziente orientando le conseguenti decisioni diagnostiche e terapeutiche. Come si vede il paziente "a rischio elevato" coincide con il paziente "critico" della proposta della commissione italiana e simmetricamente per il "rischio non elevato/non critico". Rimane peraltro estremamente ampia la quantità di pazienti

che rientrano nell'area grigia del "rischio non elevato" ma che possono avere una prognosi negativa: il "rischio intermedio", cioè l'area delle decisioni difficili, è del resto gravata da una mortalità precoce estremamente variabile tra il 3% e il 15%. La task force europea evidenzia quelli che oggi sono adottati come validi predittori di evoluzione negativa: la disfunzione ventricolare destra e il rilascio di marcatori di danno miocardico, riprendendo le argomentazioni che nel corso degli ultimi anni sono state proposte per stratificare la popolazione ed identificare i pazienti che potrebbero giovare di una strategia terapeutica più aggressiva. In questi pazienti, in aiuto agli algoritmi decisionali proposti nelle linee guida, sarà essenziale applicare il "giudizio clinico". Giudizio clinico che viene più volte richiamato dagli estensori di queste linee guida quasi a sottolinearne l'aspetto meno tecnicistico rispetto ad altre e più vicino alla pratica medica, anche se viene ritenuto "non standardizzabile ed impossibile da insegnare". Anche la più rassicurante delle flow-chart, quale quella suggerita da Wells per valutare la probabilità di EP e che viene richiamata nelle linee guida, inserisce il giudizio clinico di "scarsa probabilità di diagnosi alternative all'EP" come l'elemento che pesa maggiormente nel calcolo dello score finale.

Ci sembra utile rilevare l'approccio alla terapia evidenziato nelle linee guida soprattutto riguardo alle forme ad elevato rischio ed a quelle più critiche del rischio intermedio: viene ribadita l'efficacia del trattamento trombolitico effettuato con le molecole tradizionali e viene fatto un cenno alla possibilità di un utilizzo alternativo del tenecteplase. L'annotazione non può essere marginale visto che nelle terapie intensive coronariche è sempre meno presente l'attivatore tissutale del plasminogeno a favore del tenecteplase per il trattamento dell'infarto con soprassollamento del tratto ST e potrebbe essere utile, qualora avalato da un giudizio di esperti, la diffusione di tale trattamento anche nelle forme critiche di EP. Ancora in tema di trattamento dei pazienti a maggior rischio un breve paragrafo viene dedicato all'embolectomia percutanea. I dati della letteratura sono al momento piuttosto scarsi e dunque non si poteva nelle linee guida trattare con maggiore incisività una procedura terapeutica in cui diffusione ed evidenze scientifiche sono tuttora scarse. Si tratta però di una realtà non priva di prospettive e che sta focalizzando l'attenzione di alcuni gruppi cardiologici per i quali sono

attesi sviluppi che potrebbero essere interessanti per la gestione dei pazienti più complessi.

Viene invece stigmatizzato l'uso dei filtri cavali, il cui limitato successo indica la necessità del loro utilizzo solo in pochissime applicazioni.

Le linee guida ESC 2008 ancora una volta rivolgono la massima attenzione alla fase acuta dell'EP. Pochi cenni e non ben definiti sono dedicati al comportamento nella fase di follow-up ed in particolare alla possibilità di evoluzione verso l'ipertensione polmonare cronica tromboembolica<sup>3</sup>. La ridotta attenzione a questo problema è in parte dovuta alla scarsità della letteratura scientifica e rispecchia ciò che purtroppo avviene anche nella realtà clinica dove il paziente, dopo un evento acuto, è raramente affidato a strutture specialistiche del settore. È questo un punto che meriterà senz'altro ulteriori approfondimenti per i quali ci si potrà anche avvalere di dati quali quelli del registro IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry) promosso dall'ANMCO, che sta fotografando la realtà delle nostre strutture ospedaliere con una forte attenzione all'andamento post-acuto ([www.anmco.it](http://www.anmco.it), [www.registroep.org](http://www.registroep.org)).

Le linee guida ESC 2008 su diagnosi e trattamento dell'EP meritano la massima diffusione per la puntualità con cui vengono trattati i vari aspetti di questa patologia. Le osservazioni accennate in questa presentazione saranno oggetto di un maggior approfondimento e di una più estesa trattazione nell'immediato futuro.

## Bibliografia

1. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2008; 29: 2276-315.
2. Zonin P, Agnelli G, Casazza F, et al, a nome della Commissione ANMCO-SIC per le Linee Guida su Profilassi, Diagnosi e Terapia della Tromboembolia Polmonare. Commento alle linee guida della Task Force sull'Embolia Polmonare della Società Europea di Cardiologia. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 1342-56.
3. Zonin P, Vizza CD, Favretto G, a nome della Commissione ANMCO-SIC per le Linee Guida su Profilassi, Diagnosi e Terapia della Tromboembolia Polmonare. Ipertensione polmonare cronica tromboembolica. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 814-24.