



XII PICC Day

LA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA TROMBOSI DA PICC

**Dott.ssa Cristina Garrino
Ospedale Cottolengo - Torino**



DIAGNOSI

- ◎ Paziente sintomatico oppure riscontro incidentale in corso di TAC
- ◎ Sintomi:
 - edema dell'arto o del collo
 - senso di peso o dolore braccio, collo, spalla
 - comparsa di collaterali evidenti sul torace
 - fuoriuscita di liquido skin exit o WO

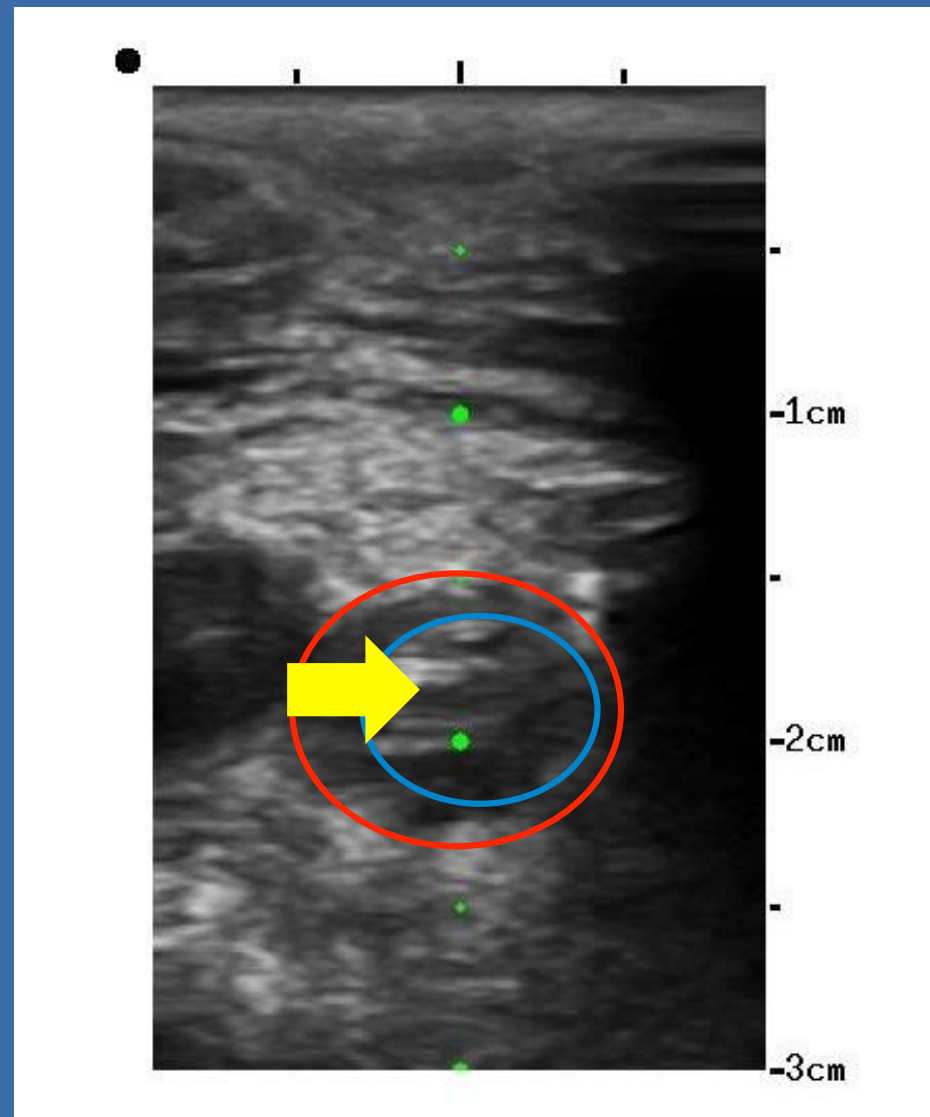




DIAGNOSI

- Paziente sintomatico oppure riscontro incidentale in corso di TAC
- Ecografia compressiva: esame rapido, non invasivo, di semplice esecuzione, a disposizione del PICC team
- Eco compressiva combinata con doppler o colordoppler: maggiore accuratezza per gli arti superiori
- TAC o RMN in caso di dubbio (sintomi suggestivi con eco non dirimente)





LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

- ✓ ACCP 2012 + ACCP 2016
- ✓ ESMO 2015
- ✓ ASCO 2014
- ✓ SOR 2013
- ✓ NCCN 2015

REVIEWS UTILI

- ✓ Lancet 2009 «Management of occlusion and thrombosis associated with long-term indwelling central venous catheters» Baskin et al
- ✓ American Society of Hematology 2014 «Central venous catheter-related thrombosis» Geerts
- ✓ JICS 2016 «Catheter-related thrombosis: a practical approach» Wall et al
- ✓ Canadian consensus recommendations on the management of venous thromboembolism in patients with cancer. Part 2: treatment. Easaw et al 2015



**KEEP
CALM
AND
TAKE**

ANTICOAGULANTS

FINALITA' DELLA TERAPIA

- Migliorare la sintomatologia
- Limitare l'estensione della trombosi
- Evitare il rischio di embolia polmonare, di sindrome della vena cava e di recidive
- Prevenire l'insorgenza di sindrome post-flebitica
- Consentire al paziente di conservare un accesso venoso necessario



PARTICOLARITA' DELLE TROMBOSI PICC-CORRELATE

- ◎ Basso rischio di embolia polmonare (nella gran parte dei casi la trombosi è innescata distalmente; trombosi rapidamente sintomatiche per cui diagnosi precoce; trombo stabilizzato dalla presenza del catetere)
- ◎ Bassa incidenza di sindrome post-flebitica
- ◎ Relativa scarsità di studi mirati

SCELTA DELLA TERAPIA - 1

◎ VALUTAZIONE PRELIMINARE

1. Sospetto di infezione del PICC/trombo
2. Sindrome della vena cava o embolia polmonare
3. Necessità di mantenere un accesso venoso
4. Funzionalità del PICC
5. Corretto posizionamento del PICC
6. Eventuali controindicazioni all'assunzione di anticoagulanti

SCELTA DELLA TERAPIA - 2

In caso di
CATETERE NECESSARIO

- Il PICC può (e deve) essere mantenuto in sede previa valutazione della funzionalità, del corretto posizionamento, della presenza di complicanze quali infezione, SVC e EP.

PERCHE'?



- Non esistono evidenze che la rimozione del PICC migliori l'outcome
- Una volta rimosso il PICC, deve in ogni caso essere prescritta terapia anticoagulante
- Sarebbe comunque necessario posizionare un nuovo accesso venoso (considerare difficoltà in pazienti con un solo arto disponibile o altre controindicazioni di tipo anatomico)

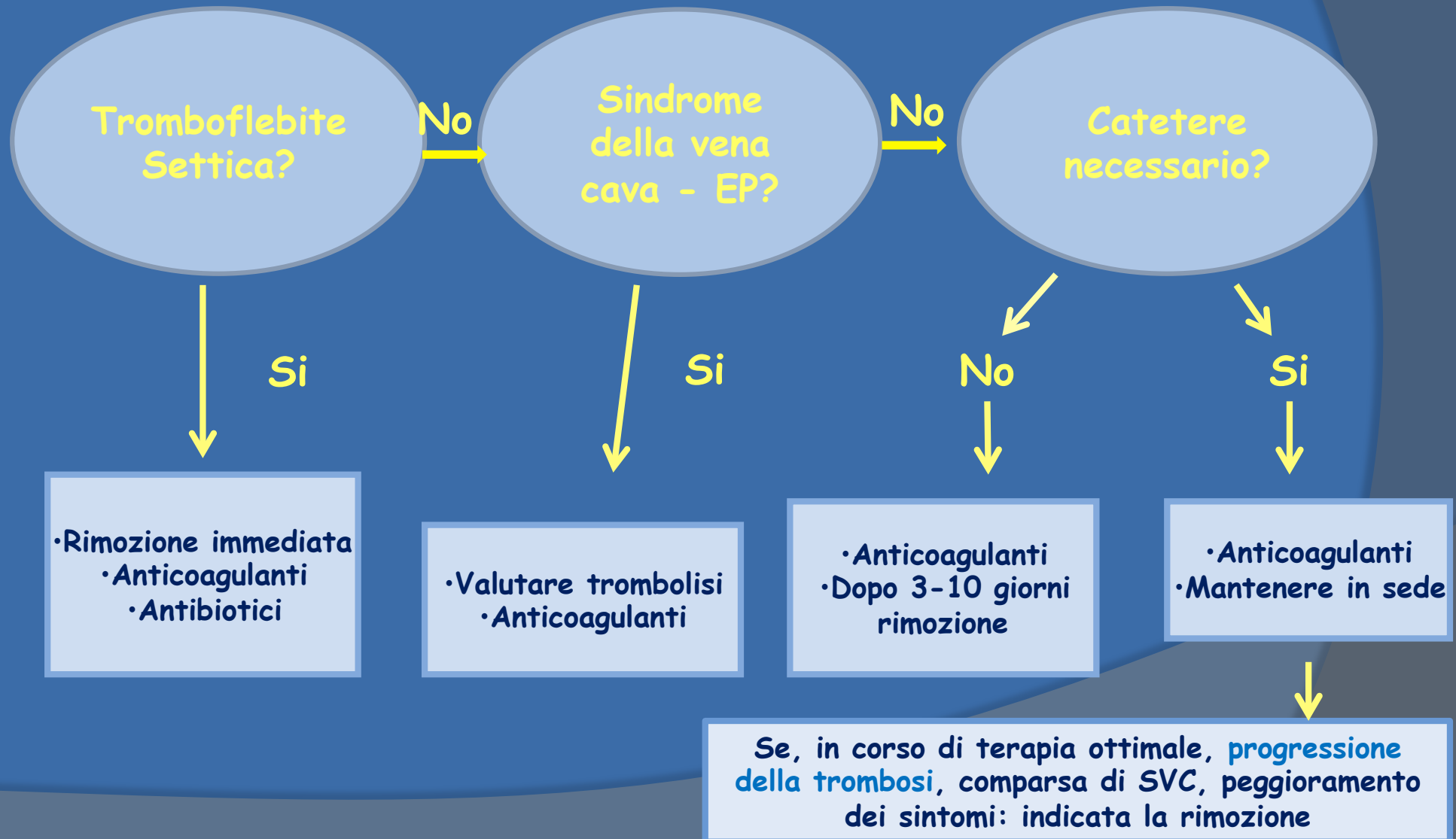
SCELTA DELLA TERAPIA - 3

In caso di
CATETERE NON PIU' NECESSARIO

- ⦿ Può essere rimosso, precauzionalmente dopo 3-10 giorni di terapia anticoagulante efficace
- ⦿ In caso di trombosi infetta è giustificata la rimozione immediata
- ⦿ In caso di SVC o EP valutare trombolisi

Algoritmo per la gestione della trombosi venosa PICC - correlata

Modif. da Teretola - Penn. University



QUALE DURATA DELLA TERAPIA?

- La trombosi asintomatica va trattata come quella sintomatica (ACCP 2012, ASCO 2013, Canadian Consensus 2015; evidenze insufficienti)
- In caso di **rimozione** del catetere: 3 mesi di anticoagulanti a dosaggio terapeutico (accettabili periodi più brevi in casi selezionati)
- In caso di **catetere in sede**: terapia protratta per tutta la permanenza del PICC; in casi selezionati: dosaggio terapeutico per i primi 3 mesi, dosaggio profilattico per il resto del periodo di permanenza in sede del catetere



QUALI ANTICOAGULANTI?

- ◎ **Fase iniziale** della terapia (primi 5-10 giorni) se non controindicata: eparina frazionata o fondaparinux a dosaggi terapeutici
- ◎ Fase di **mantenimento** (3 mesi → extended in caso di catetere in sede): indicazioni differenti per pazienti oncologici e non oncologici
- ◎ Pazienti con insufficienza renale: preferibile eparina non frazionata
- ◎ Pazienti piastrinopenici: dosaggi profilattici LMWH accettabili e sicuri



FASE INIZIALE

NCCN	ASCO	ACCP	SOR
LMWH: Dalteparin 200 U/kg o.d. Enoxaparin 1 mg/kg b.i.d. Tinzaparin 175 U/kg o.d. Fondaparinux 5 mg (<50 kg); 7.5 mg (50–100 kg); 10 mg (>100 kg o.d.) APTT-adjusted UFH infusion	LMWH is recommended for the initial 5–10 days of treatment of DVT and PE in patients with a CrCl >30 ml/min Installation of 2-mg-t-PA is recommended to restore patency and preserve catheter function	Initial treatment with UFH, LMWH or fondaparinux rather than VKA	LMWH for a minimum of 3 months VKA can be considered

ENOXAPARIN	100UI/kg 150 UI/kg	b.i.d. u.i.d.
DALTEPARIN	100 U/kg 200 U /kg	b.i.d. u.i.d.
NADROPARIN	2850-7600 IU	b.i.d. Body weight adjusted
TINZAPARIN	175 U/Kg	u.i.d.
FUNDAPARINUX	5-10 mg	u.i.d. Body weight adjusted

FASE DI MANTENIMENTO

NCCN	ASCO	ACCP	SOR
LMWH is recommended for first 6 months as monotherapy without warfarin in patients with proximal DVT or PE and metastatic or advanced cancer	LMWH is recommended VKAs are acceptable (INR 2-3) if LMWH is not available 3-6 months of anticoagulation therapy with LMWH or LMWH followed by warfarin (INR 2-3) is recommended for treatment of symptomatic CVC thrombosis	LMWH preferred to VKA In patients not treated with LMWH, VKA therapy is preferred to dabigatran or rivaroxaban	Insufficient evidence to support extended therapy
Warfarin 2.5-5 mg every day initially (INR value target 2-3)			

Adj. March 2016

Non Cancer Patients

- NOA over VKA
- VKA over LWMH (Grade 2B)

Cancer Patients

- LWMH over NOA and VKA (Grade 2B)

FASE DI MANTENIMENTO

WARFARIN	INR 2-3
DABIGATRAN	150 mg b.i.d
RIVAROXABAN *	15 mg b.i.d. per 21gg, poi 20mg u.i.d.
APIXABAN	5 mg b.i.d.
EDOXYABAN *	60 mg u.i.d.

- Pazienti con insufficienza renale: dosaggi dimezzati per NAO
- In caso di non risposta o di recidiva sotto NAO o VKA: sostituire con LMWH (ACCP 2016, ESMO 2015)
- * **Pazienti oncologici**: recente dimostrazione di efficacia sovrapponibile a LMWH per edoxaban e rivaroxaban; valutare anche rischio di sanguinamento, interazioni con chemioterapici e possibilità di non assorbimento causa iperemesi nei paz. in terapia attiva (International Society on Thrombosis and Hemostasis 2018)

