

Uno strano edema da sospetta trombosi venosa profonda: solo l'ecografia può permettere una corretta diagnosi differenziale

F. Bononi*, M. Mazzone*, G. Portale*, F. Di Gregorio^o, N. Gentiloni Silveri*

*Medicina d'urgenza - Dipartimento di Emergenza e Accettazione, ^oDipartimento di Radiodiagnostica Policlinico "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

Parole chiave: Trombosi venosa profonda; D-Dimero; Eco-color-Doppler

Il caso clinico presentato sottolinea la necessità di integrare la valutazione clinica con l'ecografia per confermare la diagnosi di trombosi venosa profonda, anche in presenza di rilievi anamnestici, clinici e laboratoristici altamente predittivi di malattia.

La presentazione clinica (edema dell'arto inferiore destro in paziente con storia di neoplasia polmonare maligna con metastasi mediastiniche e positività del D-Dimero) appariva compatibile con un'ostruzione del circolo venoso profondo da possibile sindrome paraneoplastica. L'esame ecografico ha invece rivelato una pertinenza muscolo-tendinea dell'edema ed ha permesso così di impostare un trattamento adeguato.

Unusual edema in suspected deep-vein thrombosis: Only ultrasonography can allow correct diagnosis

Key words: Deep-vein thrombosis; D-dimer; Ultrasonography, Doppler, Color

We present a case of suspected deep-vein thromboembolism in which ultrasonography (US) was necessary to allow to the correct diagnosis. The clinical presentation (right leg edema in patient with a history of malignant lung cancer and mediastinal metastasis and concomitant elevation of D-dimer value) was indicative of deep vein thromboembolism as a consequence of a possible paraneoplastic syndrome. Instead, color Doppler US showed venous patency and revealed a musculoskeletal lesion as the cause of the edema, thus allowing us to prescribe appropriate therapy.

Introduzione

Il caso clinico presentato evidenzia la necessità di integrare la valutazione clinica con l'ecografia per confermare una diagnosi di trombosi venosa profonda, anche in presenza di rilievi obiettivi, laboratoristici e anamnestici fortemente predittivi della patologia.

Caso clinico

Paziente (GF) di 76 anni, maschio, affetto da fibrillazione atriale cronica in terapia con anticoagulanti orali (warfarin), con storia di adenocarcinoma polmonare nel 1997 trattato con intervento chirurgico senza ripresa di malattia primitiva e con due cicli di chemioterapia per diffusione metastatica ai linfonodi mediastinici.

Il paziente giunge in Pronto Soccorso per la comparsa, da circa una settimana, di edema della gamba destra non dolente, non accompagnato da altri sintomi di rilievo, né da limitazione della deambulazione. Non vengono riferiti inoltre recenti traumi dell'arto, né immobilizzazione prolungata. Il paziente è vigile, orientato, eupoico a riposo; l'arto inferiore destro presenta un edema duro, non dolente, esteso dalla caviglia al terzo inferiore della coscia; il segno di Homans non è evocabile; i polsi periferici femorale, popliteo e pedico sono normoisofemici bilateralmente e non sono apprezzabili differenze significative del termotatto e del colorito cutaneo tra gli arti.

L'obiettività cardiorespiratoria è nella norma (pressione arteriosa 130/80 mmHg, frequenza cardiaca 80 bpm aritmica come per fibrillazione atriale, saturazione dell'ossigeno 97% in aria ambiente).

Gli esami ematochimici di base (glicemia, azotemia, elettroliti, sodio, potassio, cloro, transaminasi SGOT e SGPT, LDH, creatinasi) e l'esame emocromocitometrico non presentano alterazioni. L'INR è 2.50, con tempo di protrombina di 32.70 sec (21.5%) e APTT 44.70 sec. Vengono inoltre dosati fibrinogeno (776 mg/dl, v.n. 200-400 mg/dl) e D-Dimero (505 ng/ml, v.n. < 278 ng/ml). Il quadro clinico appare compatibile in prima ipotesi con una trombosi venosa profonda, di possibile origine paraneoplastica. Per confermare la diagnosi il paziente viene sottoposto ad eco-color-Doppler venoso dell'arto inferiore destro, che evidenzia pervietà dell'asse iliaco-femoropopliteo di destra, delle vene gemellari, della tibiale anteriore e della grande safena.

L'ecografia mostra, invece, un versamento interfasciale a livello della gamba, associato a lesione "da strappamento" muscolare a livello della giunzione emitendinea distale del capo mediale del gastrocnemio.

Il paziente viene perciò sottoposto a bendaggio all'ossido di zinco e dimesso con l'indicazione a riposo domiciliare e a successiva rivalutazione ortopedica.

Discussione

Il nostro caso clinico permette di sottolineare come, di fronte ad un edema dell'arto inferiore insorto acutamente, la diagnosi di trombosi venosa profonda deve essere il risultato dell'integrazione tra anamnesi, esame obiettivo, dati laboratoristici ed indagine ecografica.

I rilievi clinici ed il dosaggio del D-Dimero possono essere, infatti, di per sé poco specifici e di scarsa sensibilità, offrendo così solo una stima della probabilità del

tromboembolismo venoso.

Anche di fronte ad un'alta predittività clinica di malattia, soltanto la conferma ecografica nel nostro caso ha permesso di ottenere la diagnosi corretta e di impostare un trattamento appropriato. Per l'edema dell'arto inferiore di recente insorgenza, la diagnosi differenziale (1) deve essere posta tra patologie del comparto vascolare (occlusione del distretto venoso profondo, ma anche ischemia acuta dell'arto, linfedema, tromboflebite superficiale) e di quello muscolo-scheletrico (ematomi muscolari, cisti di Baker, emartro, fratture, artriti). Nel caso riportato, il paziente presentava in anamnesi alcuni fattori di rischio per il tromboembolismo (2) (età superiore ai 40 anni, storia di pregressa neoplasia polmonare maligna con persistenza di malattia a livello linfonodale correlabile ad una possibile sindrome paraneoplastica (3,4), presenza di una patologia potenzialmente emboligena come la fibrillazione atriale cronica anche se in trattamento profilattico anticoagulante), mentre non vi era alcun riferimento a recenti traumatismi a carico dell'arto inferiore edematoso. La valutazione obiettiva escludeva la pertinenza ischemica acuta dell'edema per la presenza bilaterale di polsi periferici normoisofimici, di un trofismo cutaneo e del termotatto nella norma; non era evidenziabile un cordone venoso superficiale dolente alla palpazione, che avrebbe potuto indirizzarci verso una tromboflebite superficiale, sebbene in assenza di segni di flogosi cutanea.

L'assenza di cianosi, di pallore dell'arto e del dolore evocabile alla dorsiflessione della caviglia non esclude, in una percentuale elevata di casi (quasi il 30%), la presenza di un'ostruzione del circolo venoso profondo.

Non erano inoltre presenti segni di raccolte emorragiche a livello cutaneo, né limitazione funzionale significativa alla motilità dell'arto, indicativi degli effetti di un trauma muscolare o articolare significativi.

Il dosaggio del D-Dimero circolante risultava elevato; l'interpretazione di tale dato resta ancora controversa in Letteratura (5,6), data l'aspecificità dell'attivazione trombinica intravasale, e il valore ha fondamentalmente una predittività negativa di esclusione di tromboembolismo venoso. Sulla base di tali considerazioni clinico-laboratoristiche, veniva formulata un'ipotesi diagnostica compatibile con un'ostruzione del circolo venoso profondo da sindrome paraneoplastica secondaria a ripresa di malattia a livello linfonodale mediastinico.

L'ecografia è la sola modalità diagnostica di conferma di un'eventuale trombosi venosa profonda suggerita dal ragionamento clinico (7), universalmente accettata per la semplicità d'esecuzione (a fronte però di un'esperienza consolidata), non invasiva ed accurata; in una recentissima revisione della Letteratura (8) le differenti tecniche esaminate (B-mode, duplex ultrasound, eco-color-Doppler) presentano sensibilità e specificità elevate, rispettivamente 97% e 94%. L'esame ecografico di conferma ha rivelato nel nostro caso clinico la pervietà degli assi venosi dell'arto, ed identificato una pertinenza muscolo-tendinea dell'edema: la distrazione del muscolo gastrocnemio era difficilmente ipotizzabile vista la storia clinica negativa per traumatismi a carico dell'arto inferiore destro.

Il trattamento anticoagulante preventivo per l'aritmia cronica del paziente, seppure con INR nel corretto range terapeutico, può in prima ipotesi avere incrementato l'entità del versamento interfasciale concomitante evidenziato dagli ultrasuoni, e conseguentemente supportato lo sviluppo di un edema importante. Anche nell'ambito delle cause non vascolari di edema dell'arto inferiore, quindi, in mani esperte l'ecografia diventa uno strumento di diagnostica differenziale fondamentale per le patologie muscolo-tendinee, come evidente in Letteratura (9,10) ed ha permesso il corretto trattamento del nostro paziente.

Bibliografia

References

- 1) Gorman PW, Davis KR, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Swollen lower limb-1: general assessment and deep vein thrombosis. *BMJ* 2000; 320(7247): 1453-1456
- 2) Second Thromboembolic Risk Factors (Thrift II) Consensus Group. Risk and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *Phlebology* 1998; 13: 87-97
- 3) Naschitz JE, Yeshurun D, Eldar S, Lev LM. Diagnosis of cancer-associated vascular disorders. *Cancer* 1996; 77(9): 1759-1767
- 4) Lee AY, Levine MN. Venous thromboembolism and cancer: risks and outcomes. *Circulation* 2003; 107(23 Suppl 1): I17-I21
- 5) Caprini JA, Glase CJ, Anderson CB, Hathaway K. Laboratory markers in the diagnosis of venous thromboembolism. *Circulation* 2004; 109 (Suppl 1): I4-I8
- 6) Wells PS, Anderson DR, Rodger M et Al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003; 349(13): 1227-1235
- 7) Glover JL, Bendick PJ. Appropriate indications for venous duplex ultrasonographic examinations. *Surgery* 1996; 120(4): 725-730
- 8) Zierler BK. Ultrasonography and diagnosis of venous thromboembolism. *Circulation* 2004; 109(12 Suppl 1): I9-I14
- 9) Jamadar DA, Jacobson JA, Theisen SE, Marcantonio DR, Fessell DP, Patel SV, Hayes CW. Sonography of the painful calf: differential considerations. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179(3): 709-716
- 10) Bucklen W, Vollert K, Wolgemuth WA, Bohndorf K. Ultrasonography of acute musculoskeletal disease. *Eur Radiol* 2000; 10(2): 290-296

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Marinella Mazzone
Medicina d'Urgenza, Università Cattolica
del Sacro Cuore Policlinico "A. Gemelli"
Largo A. Gemelli, 8 - 00168 Roma
E-mail: marinellamazzone@yahoo.it