

Firenze
4-5-6 dicembre 2017
Palazzo dei Congressi



Convegno internazionale
organizzato da GAVeCeLT
Gruppo Aperto 'Gli Accessi Venosi
Centrali a Lungo Termine'

GAVeCeLT 2017

X Congresso
GAVeCeLT
XI PICC Day

PICC , PORT E TROMBOSI CATETERE CORRELATA COME E QUANDO TRATTARE

Sergio Bertoglio
Dipartimento Scienze Chirurgiche –UNIGe
Ospedale Policlinico San Martino - Genova

DISCLOSURES:

Lecturer and/or Consultancy agreements for:

Bard

Baxter

Becton Dickinson

BMR-Brazil

DEKRA

Plan 1 Health



CR-TVP

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

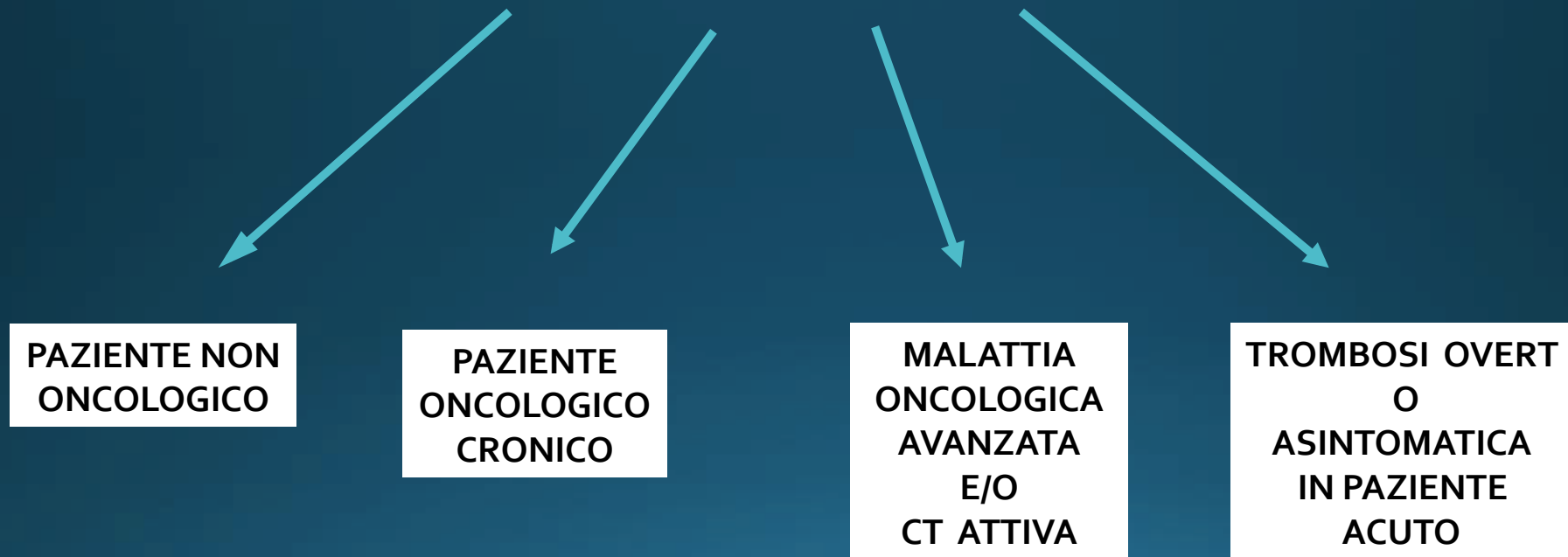
- **Migliorare la sintomatologia se DVT overt**
- **Prevenire l'evoluzione del processo trombotico**
- **Prevenire la recidiva del tromboembolismo venoso**
- **Prevenire l'occlusione venosa cronica**
- **Mantenere il presidio in funzione se possibile/indicato**

CR-TVP OPZIONI TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE

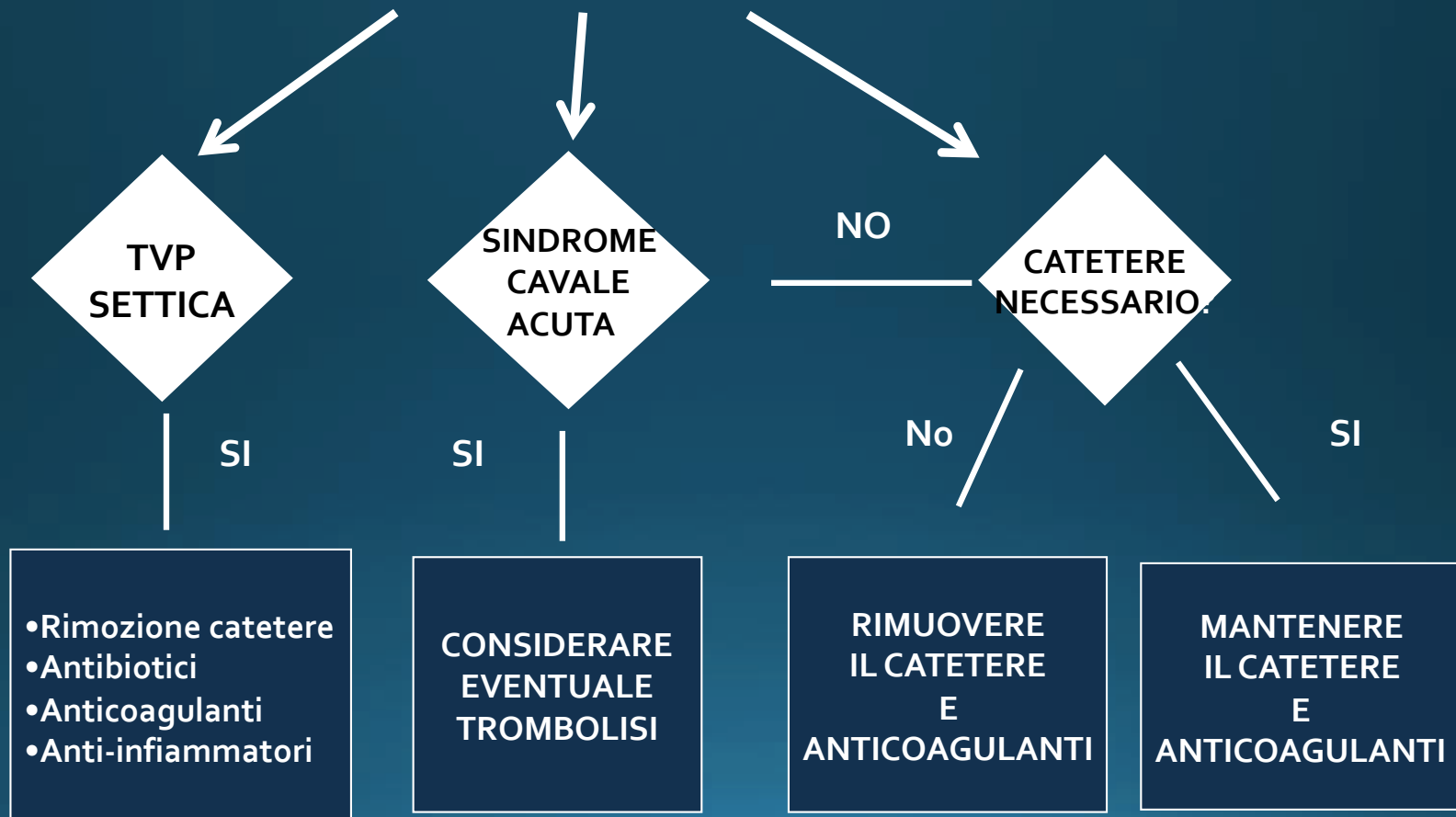
Le opzioni terapeutiche sono sostanzialmente simili a quelle per la malattia tromboembolica e si basano sull'uso di anticoagulanti e/o fibrinolitici

- 1. UFH**
- 2. LWMH**
- 3. VKA**
- 4. NOA (anti-Xa o inibitori della trombina)**
- 5. r-TPA**

CR-TVP POSSIBILI SCENARI CLINICI



ALGORITMO TERAPEUTICO DELLA CR-TVP SINTOMATICA



Modified from Teretola – PENN. University

Algoritmo per le CR-TVP incidentali asintomatiche



Modified from Teretola – PENN. University

APPROCCIO TERAPEUTICO INIZIALE PER CR-VTE (modificato da ESMO 2015 guidelines)

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.)	LMWH is recommended for the initial 5–10 days of treatment of DVT and PE in patients with a CrCl >30 ml/min	Initial treatment with UFH, LMWH or fondaparinux rather than VKA ↓ Adj. March 2016	LMWH for a minimum of 3 months VKA can be considered
<u>Non Cancer Patients</u> - NOA over VKA - VKA over LWMH (Grade 2B) <u>Cancer Patients</u> - LWMH over NOA and VKA (Grade 2B)			

Impiego della UFH in infusione continua
solo in casi di grave insuff. renale

TERAPIA DI MANTENIMENTO IN CASO DI CR-VTE Guidelines Position

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 I	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)

DURATA DELLA TERAPIA DI MANTENIMENTO

Principali linee guida

NCCN	ASCO	ACCP	SOR
As long as the catheter is in place	Extended therapy with LMWH or VKA beyond 6 months if:	Extended therapy is preferred to 3 months of treatment	As long as the catheter is in place, active chemotherapy, active cancer
1-3 months after catheter removal	Metastatic disease		
	Active chemotherapy		
Indefinite anticoagulant if active cancer or persistent risk factors	Recurrent thrombosis		

RIMOZIONE DEL CATETERE

If symptoms or thrombosis persist.	Not described	If unfavourable clinical evolution under anticoagulation	If non functional
If catheter is not required			Distal catheter tip not in the right position

DURATA DELLA TERAPIA DI MANTENIMENTO

Linee guida ESMO per il Paziente Oncologico

Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v152–v168, 2015

- CR -TVP è a basso rischio di recidiva e sindromi post-trombotiche; si suggerisce se possibile un trattamento conservativo
- La rimozione del catetere è necessaria in caso di concomitante VCS-DVT , sepsi da catetere, malposizionamento del catetere, catetere mal funzionante o non più necessario
- **Il trattamento con la sola LWMH o LWMH iniziale seguita da dicumarolici deve essere protratto per almeno 3-6 mesi**
- **Ad oggi non siamo ancora in possesso di dati certi sull'efficacia e la sicurezza terapeutica dei NOA nel paz oncologico**

ASPETTI TERAPEUTICI FONTE DI DISCUSSIONE E CONTROVERSIE

- **OVERLAPPING DA LWMH AD ANTAGONISTI VIT. K PER TRATTAMENTI PROLUNGATI**
- **ALGORITMO PER EVENTUALE RIMOZIONE DEL PRESIDIO**
- **STRATEGIA TERAPEUTICA PER LE DVT ASINTOMATICHE**
- **RUOLO DEI NOA (Anti Xa - Inibitori trombina)**

OVERLAPPING DA LWMH AD ANTAGONISTI VIT. K PER TRATTAMENTI PROLUNGATI

TRIAL (year)	DRUG	RECURRENT DVT %	BLEEDING	SIGNIFICANCE (p)
CANTHANOX (2002)*	Enoxaparin Overlap to VKA	10.5 21.5	No differences	0.09
ONCENOX (2006)*	Enoxparin Overlap to VKA	6.4 6.7	No differences	n.s
LITE (2006)	Tinzaparin Overlap to VKA	7 16	No differences	0.044
CATCH RCT (2015)	Tinzaparin Overlap to VKA	7.2 10.5	No differences	0.07

* Early trial stop

OVERLAPPING DA LWMH AD ANTAGONISTI VIT. K PER TRATTAMENTI PROLUNGATI

OVERLAPPING DA LWMH A VKA E' FATTIBILE E SICURO

**TUTTAVIA ESISTE UN TREND FAVOREVOLE PER LA RIDUZIONE DELLE
RECIDIVE DI CR-VTE PER LWMH (in particolare per Tinzaparina)**

**L'USO DI VKA E' QUASI SEMPRE CONTROINDICATO PER I PAZIENTI
ONCOLOGICI IN PARTICOLARE SE TRATTAMENTO ATTIVO E
COMPROMISSIONE EPATICA**

**TIMING PER LA RIMOZIONE DI UN DISPOSITIVO
INTRAVASCOLARE IN CASO DI CR-TVP
(se indicato) DOPO INIZIO TERAPIA
ANTICOAGULANTE**

ESMO

3-5 giorni

ASCO

5-10 giorni

ACCP

3-5 giorni

INS 2016

non specificato

SOR

non specificato

Canadian Guidelines 2015

non specificato

TRATTAMENTO DELLA CR-TVP ASINTOMATICA/ INCIDENTALE

**L'IMPIGO ESAUSTIVO E SERIATO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO DELLA TC SPIRALE
HA EVIDENZIATO UNA ELEVATA INCIDENZA DI CR-TVP ED E.P. ASINTOMATICHE**

**LA DECISIONE SE TRATTARE O MENO UNA CR-TVP ASINTOMATICA E' UN
ASPETTO CLINICO DI PARTICOLAR RILIEVO PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO**

**TALE MAGGIOR RILIEVO DIVENTA PARTICOLARMENTE IMPORTANTE
NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO ATTIVO E CON MALATTIA
BULKY O METASTATICA**

TRATTAMENTO DI VTE ASINTOMATICA NEI PAZIENTI PORTATORI DI CVC

The management of a sub-segmental pulmonary embolism:
a cross-sectional survey of Canadian thrombosis physicians

M. CARRIER,*† M. KIMPTON,*† G. LE GAL,‡ S. R. KAHN,§ M. J. KOVACS,¶ P. S. WELLS,*†
D. R. ANDERSON** and M. A. RODGER*†

J Thromb Haemost 2011; 9: 1412–5.

**NO EVIDENCE TO SUPPORT
ROUTINARY TREATMENT**

- No fatal recurrent VTE
- Costs allocation
- Inconvenience for Patients
- 5% risk hemorrhage

**ANTICOAGULATION HAS TO BE
WARRANTED FOR HIGH RISK CANCER
PATIENTS**

TRATTAMENTO DELLE TVP ASINTOMATICHE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

144

CURRENT ONCOLOGY—VOLUME 22, NUMBER 2, APRIL 2015

Copyright © 2015 Multimed Inc. Following publication in *Current Oncology*, the

PRACTICE GUIDELINE



Canadian consensus recommendations
on the management of venous
thromboembolism in patients
with cancer. Part 2: treatment

4.4 Incidental VTE

ated with mortality⁴⁰. The risk for recurrent VTE in asymptomatic and symptomatic patients is equally high; therefore, although data are limited, clinical management is typically the same for incidental and symptomatic VTE. Patients with incidental VTE should receive anticoagulation therapy.

NECESSARI TRIALS CLINICI PER VALUTARE IL RAPPORTO
COSTO/BENEFICIO DEL TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE PROTRATTO
NEL PAZIENTE ASINTOMATICO



**GRAZIE PER
LA VOSTRA
ATTENZIONE**



**Thank
You!!!**

sergio.bertoglio@unige.it