53°
CONGRESSO NAZIONALE SIE
Società Italiana di Ematologia



ROMA, 20 settembre 2026
Hilton EUR La Lama

L'urgenza nel paziente con leucemia acuta: la gestione critica delle prime 72 ore

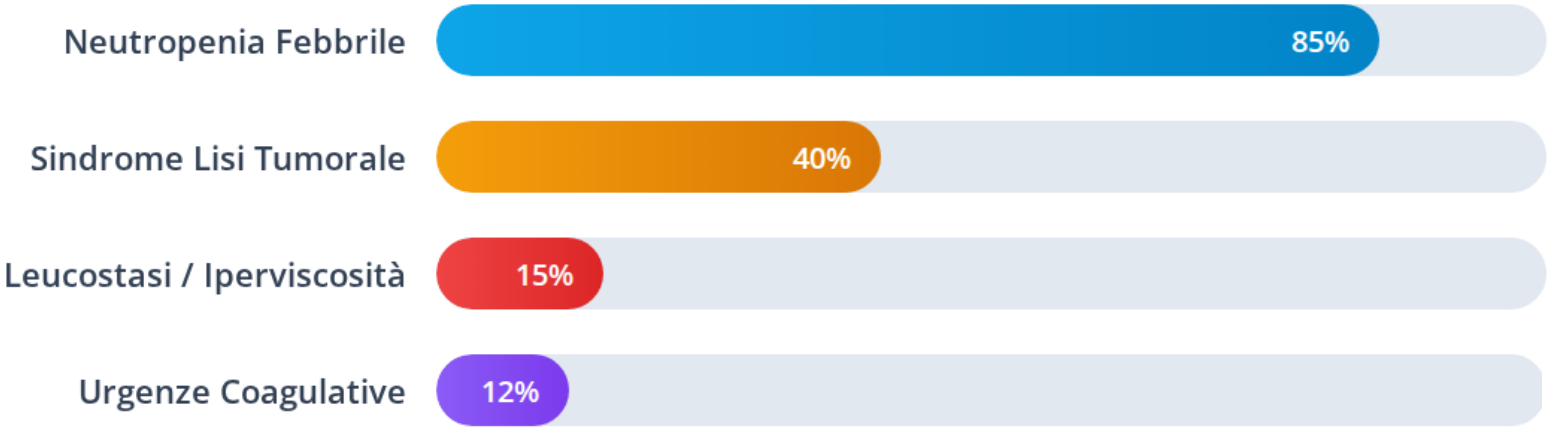
Dott.ssa Paola Cannata

Sessione Infermieristica

Disclosures of Paola Cannata

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other

FREQUENZA DELLE URGENZE IN REPARTO





Dati indicativi sulla frequenza di presentazione delle complicanze ematologiche acute nei primi giorni di ricovero.

Urgenza	Caratteristiche principali	Intervento iniziale
Leucostasi	Iperleucocitosi (tipicamente leucemie acute), dispnea, deficit neurologici, alterazioni visive	Idratazione, citoreduzione (idrossiurea ± leucaferesi in casi selezionati), terapia della leucemia
Sindrome da lisi tumorale	Iperuricemia, iperkaliemia, iperfosfatemia, ipocalcemia, insufficienza renale	Idratazione vigorosa, rasburicase/allopurinolo, correzione degli elettroliti
Coagulazione intravascolare disseminata (CID)	Emorragie e trombosi, frequente nella leucemia promielocitica acuta	Trattamento della causa, supporto trasfusionale, plasma/crioprecipitato se indicati
Leucemia promielocitica acuta (APL)	Grave rischio emorragico per CID	Iniziare immediatamente ATRA appena sospettata, senza attendere conferma definitiva
Neutropenia febbrile	Febbre ≥38,3°C (o ≥38°C persistente) con neutrofili <500/µL	Antibiotici ad ampio spettro entro 60 minuti, emocolture, supporto
Emorragia grave da trombocitopenia	Emorragie mucose, gastrointestinali o intracraniche	Trasfusione piastrinica urgente, correzione della coagulopatia
Anemia severa sintomatica	Angina, scompenso cardiaco, sincope, ipossia	Trasfusione di emazie, trattamento della causa
Compressione midollare o midollare extramidollare	Dolore vertebrale, deficit neurologici	RM urgente, corticosteroidi se indicati, radioterapia/chirurgia secondo causa
Sindrome della vena cava superiore	Edema cervico-facciale, dispnea, turgore giugulare	Stabilizzazione, diagnosi rapida, terapia specifica (chemioterapia/radioterapia/stent secondo eziologia)
Iperviscosità	Più comune in macroglobulinemia di Waldenström o mieloma, con cefalea, disturbi visivi, sanguinamento	Plasmaferesi urgente e trattamento della malattia di base
Crisi falcemica grave	Acute chest syndrome, ictus, sequestro splenico	Ossigeno, analgesia, antibiotici se necessari, trasfusione semplice o eritroaferesi
Porpora trombotica trombocitopenica (TTP)	Trombocitopenia, anemia emolitica microangiopatica, sintomi neurologici/renali	Plasma-exchange urgente e corticosteroidi; caplacizumab nei casi appropriati

L'Infermiere Sentinella



Competenze avanzate nel riconoscimento dei "Red Flags" per garantire la sicurezza del paziente onco-ematologico.

Neutropenia Febbrile: La Golden Hour

Tempismo

Garantire il prelievo per emocolture e l'avvio della terapia antibiotica entro 60 minuti dall'esordio della febbre.

Asepsi

Gestione rigorosa degli accessi venosi centrali e applicazione delle precauzioni da isolamento protettivo.

Vigilanza

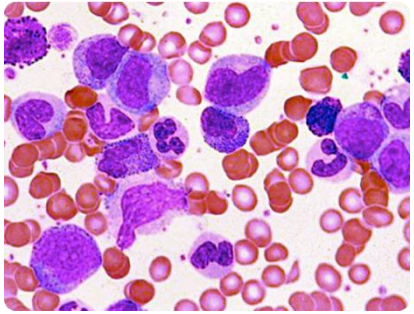
Monitoraggio dei parametri vitali per l'individuazione precoce dello shock settico imminente.





Leucostasi

Emergenza Blastica



→ Definita solitamente da una conta leucocitaria > 100.000/µL.

Segni clinici: Ipossiemia, deficit neurologici, emorragie retiniche.

Prevenire l'Iperviscosità

L'infermiere deve monitorare costantemente lo stato di coscienza e la funzione respiratoria:

→**Assessment:** Valutazione stato di coscienza ogni 4-6 ore con ausilio di scale validate
→**Ossigenazione:** Monitoraggio saturazione e segni di distress respiratorio.
→**Postura:** Mantenere la testata del letto a 30° per ridurre la pressione endocranica.
→**Management:** Idratazione aggressiva, citoriduzione immediata (Idrossiurea o chemioterapia) ed eventuale leucoaferesi.

Macroglobulinemia di Waldenström:
La triade classica: disturbi visivi, neurologici e sanguinamento mucoso.
Trattamento d'elezione: Plasmaferesi urgente per ridurre la componente IgM.

>4.0 Viscosità Relativa (cP)

Rischio Emorragico: APL e CID

Intervento Infermieristico	Razionale Clinico	Segni di Allerta
Ispezione Mucose e Cute	Rilevazione porpora o petecchie	Epistassi, sanguinamento gengivale
Gestione Farmaci (ATRA)	Inizio immediato nel sospetto APL	Cefalea intensa (differenziazione)
Supporto Trasfusionale	Mantenimento PLT > 30-50.000	Prolungamento tempi di coagulazione
Protezione dai Traumi	Evitare prelievi IM o manovre invasive	Ematomi spontanei

Fase	Parametri Critici	Intervento Immediato
Sospetto	Morfologia / Coagulopatia	Inizio ATRA immediato
Coagulopatia	Fibrinogeno < 150 mg/dL	Plasma e Crioprecipitati
Monitoraggio	Conta Piastrinica < 50k	Trasfusione profilattica

La **Leucemia Acuta Promielocitica (M3)** rappresenta la massima emergenza medica in ematologia.

Trasfusione d'Urgenza e Sicurezza

Double Check: Identificazione del paziente e verifica del gruppo ematico al letto del paziente (fondamentale in urgenza).

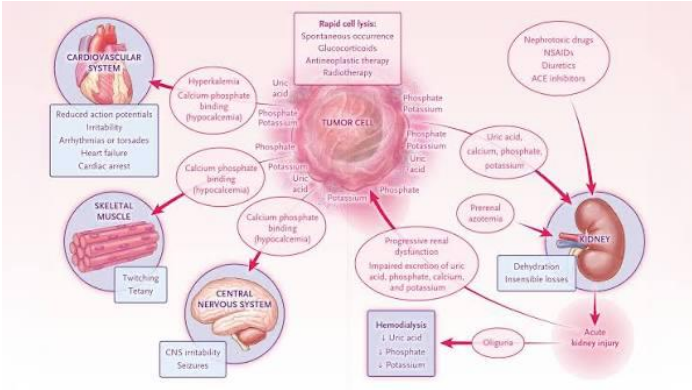
Monitoraggio Reazioni: Sorveglianza stretta nei primi 15 minuti (TRALI, TACO, reazioni emolitiche acute).

Gestione Accessi: Utilizzo di aghi di grosso calibro (18-20G) per evitare l'emolisi meccanica durante flussi rapidi.



Sindrome da Lisi Tumorale (TLS): Monitoraggio Globale

⚠️ **Condizione Potenzialmente Fatale:** Tipica delle leucemie acute ad alto carico proliferativo e turnover cellulare accelerato.



💧 **Idratazione Vigorosa:** Protezione renale aggressiva con fluidoterapia controllata per mantenere un'alta diuresi (>100-150 ml/h).

🧪 **Monitoraggio Metabolico:** Controllo stretto di potassio, acido urico, fosforo, calcio e creatininemia ogni 6-12 ore.

💊 **Terapia Farmacologica:** Somministrazione tempestiva di Allopurinolo o Rasburicase su prescrizione medica.

Accessi Venosi e Gestione della Multiterapia

Accessi Venosi & Prevenzione CRBSI

- **Scelta del Device:** Utilizzo precoce di PICC o CVC dedicati per infusione di chemioterapici, nutrizione e multiterapia complessa.
- **Bundle di Inserimento e Medicazione:** Asepsi rigorosa, medicazioni trasparenti in poliuretano con clorexidina e gestione con tecnica no-touch.
- **Monitoraggio Sito di Exit:** Ispezione quotidiana per segni precoci di flogosi o infezione locale.

Gestione della Multiterapia e CHT

- **Compatibilità Infusionali:** Gestione simultanea e sicura di antibiotici ad ampio spettro, idratazione e farmaci di supporto.
- **Chemioterapia in Urgenza:** Avvio rapido della citoriduzione (es. Idrossiurea) per prevenire complicanze gravissime da iperleucocitosi.
- **Sicurezza Infusionale:** Uso di pompe volumetriche con allarmi di pressione occlusiva attiva.

Scale Cliniche e di Performance

1. Performance Status (Stato Funzionale)

- **Scala ECOG:** Classifica l'autonomia del paziente da 0 (piena attività) a 5 (decesso). Standard clinico per la tolleranza ai trattamenti intensivi.
- **Indice di Karnofsky (KPS):** Percentuale da 100% (salute perfetta) a 0% (morte) per definire il livello di assistenza richiesto.

2. Qualità della Vita (QoL) e Sintomi

- **EORTC QLQ-C30:** Questionario validato per misurare le funzioni fisiche, sociali ed emotive nel tumore ematologico.
- **ESAS (Edmonton Symptom Assessment System):** Valutazione visiva o numerica di 9 sintomi chiave (dolore, nausea, ansia, dispnea).

Tossicità, Dolore e Valutazione Infermieristica

3. Tossicità e Complicanze

- **Scala WHO Mucosite:** Gradazione da 0 a 4 di eritema, ulcere e impatto funzionale del cavo orale post-trattamento.
- **Criteri CTCAE:** Standard internazionale per la gradazione (1-5) di eventi avversi e tossicità d'organo da farmaci.

4. Gestione del Dolore e Rischio Lesioni

- **NRS / VAS:** Scale standard validate per la misurazione quantitativa dell'intensità del dolore (0-10 o 0-100 mm).
- **NCPMCS & Braden/Norton:** Mappatura delle competenze infermieristiche sul dolore e stratificazione del rischio di lesioni da pressione.

Supporto Psicologico, Relazione e Umanizzazione

Comunicazione Empatica

Ascolto attivo e trasparente per accogliere la paura e l'angoscia del paziente e dei familiari di fronte a una diagnosi improvvisa e complessa.

Umanizzazione delle Cure

Rimettere la persona al centro dell'assistenza intensiva, riducendo l'impatto psicologico dell'isolamento e della degenza prolungata.

Supporto Multidisciplinare

Integrazione precoce della figura psico-oncologica per sostenere il coping del paziente durante l'intero percorso di cura critico.



Riferimenti Bibliografici

Sanz MA, Grimwade D, Tallman MS, et al. "Management of acute promyelocytic leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European LeukemiaNet." *Blood* 2009;113(9):1875-91.

Vallisa D, Moroni CF. "Le urgenze ematologiche." *Italian Journal of Medicine* 2011; 5:247-262.

Neunert C, Lim W, Crowther M, et al. "The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia." *Blood* 2011;117(16):4190-207.

Rickles FR, Falanga A, Montesinos P, et al. "Bleeding and thrombosis in acute leukemia: what does the future of therapy look like?" *Thromb Res.* 2007;120(2):S99-S106.

Zojer N, Ludwig H. "Hematological emergencies." *Ann Oncol* 2007;18(Suppl 1):i45-8.

Sadler JE. "Von Willebrand factor, ADAMTS13, and thrombotic thrombocytopenic purpura." *Blood* 2008;112(1):11-8.

Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al. "Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer." *Clinical Infectious Diseases* 2011.



Domande… Dubbi.. Perplessità?