



Società Italiana di
Medicina d'Emergenza-Urgenza

sezione Emilia-Romagna

Novità in Urgenza

analisi della letteratura, divulgazione scientifica e
organizzazione

Redattore Capo:

Mauro Fallani mfallani@orsola-malpighi.med.unibo.it, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna,

Direttore: F.Miglio

Collaboratori di redazione:

Andrea Fabbri andfabbri@libero.it, DEA AUSL di Forlì, Direttore: A.Vandelli

Paolo Mulè mulepaolo@orsola-malpighi.med.unibo.it, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna,

Direttore: F.Miglio

n° 10 ottobre 2002

Invitiamo i lettori a segnalarci tutto quanto riguarda il mondo dell'urgenza/emergenza e che possa essere d'interesse agli altri Colleghi (recensioni di materiale pubblicato, aggiornamenti su specifici argomenti, siti web d'interesse, corsi o convegni ...) inviando il materiale ad una delle e-mail soprariportate

• **Lavori**

Impact of community-wide Police car deployment of automated external defibrillators on survival from out-of-hospital cardiac arrest (Circulation 2002; 106:1058-1064), Tripling survival from sudden cardiac arrest via early defibrillation without traditional education in cardiopulmonary resuscitation (Circulation 2002; 106:1065-1070) e l'editoriale associato Automated external defibrillator use by Police responders (Circulation 2002; 106:1030-1033)

La morte cardiaca improvvisa rimane uno dei maggiori problemi della sanità pubblica, anche se negli ultimi anni è stata intrapresa la corretta strada per combattere in maniera efficace il problema: la diffusione dei defibrillatori semiautomatici (AED o DAE). A conforto della strategia intrapresa sono stati pubblicati articoli con risultati incoraggianti negli ultimi anni, quali l'esperienza sugli aerei (100% di sensibilità e specificità dei defibrillatori automatici) o in ambienti monitorati quali i casinò (53% di sopravvivenza per la FV con tempi di erogazione dello shock di 4.4 min, ed addirittura il 74% se lo shock veniva erogato in < 3 min). Nei 2 lavori pubblicati su *Circulation* vengono riferiti risultati molto incoraggianti in aree diverse del mondo (Miami in Florida USA e Piacenza in Italia) mettendo a disposizione della polizia e di laici volontari (nel Lavoro di Capucci et al.) apparecchi automatici previo addestramento di sole 4 ore. I dati [riduzione significativa del tempo di risposta quando sia il sistema di emergenza-EMS che la polizia siano dotati di AED con aumento della sopravvivenza da 9% a 17.2% $P=0.047$ per FV/TV nello studio di Miami; tempi di intervento dei laici più rapidi rispetto all'EMS 4.8 ± 1.2 vs 6.2 ± 2.3 $P=0.05$ con

sopravvivenza che aumenta al 15.6% vs 4.3% ($P=0.002$) e con percentuale di sopravvissuti senza reliquati neurologici di 8.4% vs 2.4 ($P=0.009$) nel Progetto Vita di Piacenza] ci mostrano nuovamente quale sia la strada da percorrere.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Potential impact of public access defibrillators on survival after out of hospital cardio-pulmonary arrest: retrospective cohort study (BMJ 2002; 325: 515-509) e l'editoriale associato Outcome after cardiac arrest outside hospital (BMJ 2002; 325:503-504)

Gli autori hanno raccolto in sette anni i dati relativi a 15189 casi di arresto cardiaco extraospedaliero gestiti dallo Scottish Ambulance Service. Hanno poi utilizzato un modello statistico per tentare una stima dell'impatto che la possibilità di usufruire in loco di un defibrillatore automatico avrebbe avuto sulla % di sopravvivenza dei soggetti. Prima di applicare tale modello statistico è stata costituita una commissione allo scopo di determinare quali fossero i luoghi ove il posizionamento di un defibrillatore automatico fosse rispettivamente: utile, possibilmente utile e non utile. L'analisi retrospettiva dei casi ha fornito queste indicazioni:

il 79% dei casi di arresto cardiaco si è verificato in luoghi dove la commissione ha considerato **non utile** il posizionamento di un defibrillatore di pubblico accesso (il 62.5% in abitazione privata e il 13.6% in strada). Il 3% si è verificato in luoghi ove era considerato forse utile e il 18% in luoghi ove era considerato utile. Inoltre hanno valutato cosa sarebbe cambiato se fosse stato presente un defibrillatore nei casi in cui l'arrivo dell'ambulanza si è fatto attendere per un tempo > 3 min., considerando il fattore tempo un elemento fondamentale per il successo dell'intervento. I messaggi tratti dall'analisi statistica paiono chiari:

- La maggioranza dei casi di arresto cardiaco avviene in luoghi ove non è consigliabile posizionare un defibrillatore di pubblico accesso.
- I luoghi ove risulta utile avere un defibrillatore godono già di un rapido accesso dei mezzi di soccorso.
- Più che aumentare il numero di postazioni automatiche pare utile fornire un adeguato training ai soggetti che stazionano nei luoghi considerati idonei al posizionamento di un defibrillatore automatico.

P.Mulè DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Effect of treatment for chlamidia pneumoniae and helicobacter pylori on markers of inflammation and cardiac events in Patients with acute coronary syndromes (Circulation 2002; 106: 1219-1223)

In 325 Pz ricoverati per IMA o angina instabile sono stati comparati 3 regimi terapeutici per una settimana: 1. placebo, 2. amoxicillina 500 mg x 2 + metronidazolo 400 mg x 2 + omeprazolo 20 mg/die, 3. azitromicina 500 mg x 1 + metronidazolo 400 mg x 2 + omeprazolo 20 mg/die. I Pz sono stati studiati per fibrinogeno, PCR e globuli bianchi all'ingresso e a 1-3-12 mesi; gli end points clinici valutati sono stati la morte cardiaca e le riammissioni per sindrome coronarica. Ambedue i regimi terapeutici hanno prodotto una riduzione di angina instabile con ricovero e del fibrinogeno e, nel gruppo che aveva assunto amoxicillina, una riduzione della PCR. Per quanto lo studio non permetta alcuna ipotesi sul meccanismo che riduce gli eventi (effetto antibatterico? antinfiammatorio?) i risultati ottenuti con il trattamento di soli 7 gg e mantenuti a 1 aa sono molto interessanti. La speranza è che nuovi studi chiariscano ulteriormente la patogenesi delle sindromi coronariche acute e quale ruolo possano giocare gli antibiotici (o l'omeprazolo?)

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Use of irbesartan to maintain sinus rhythm in patients with long-lasting persistent atrial fibrillation (Circulation 2002; 106:331-336)

I Pz sottoposti a cardioversione elettrica in elezione per FA presentano una percentuale di recidiva dell'aritmia; per tale motivo tali Pz vengono spesso trattati con antiaritmici. In questo

studio la cardioversione è stata effettuata in Pz in trattamento con solo amiodarone (A) o amiodarone e irbesartan (A+I). A 2 mesi di follow-up erano rimasti liberi da aritmia il 79.52% dei soggetti in A+I vs il 55.91% in A, $p=0.007$). Gli Autori concludono che il maggior costo della terapia è controbilanciato dalla maggior efficacia del trattamento.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

- **In breve**

Eparine a basso peso molecolare nella prevenzione del tromboembolismo venoso in Pz neoplastici

Le eparine a basso peso molecolare sono risultate altrettante efficaci rispetto al warfarin nella prevenzione secondaria del tromboembolismo venoso; rispetto alla terapia anticoagulante orale hanno dimostrato una minor incidenza di sanguinamenti, tanto da porsi complessivamente come il trattamento di scelta nei Pz neoplastici **Arch Intern Med 2002; 162: 1729-1735**

Anche nei Pz con UA_UNSTEMI a rischio moderato l'approccio invasivo paga

Benché alcuni studi non avessero evidenziato vantaggi per l'approccio aggressivo nei Pz a moderato rischio i dati del FRISC II e del TACTICS-TIMI 18 avevano documentato una superiorità rispetto al trattamento conservativo. I dati del trial RITA 3 (**R**andomized **I**nterventional **T**rial of unstable Angina) documentano la superiorità del trattamento aggressivo (coronarografia di routine + rivascolarizzazione) per morte + IMA + angina refrattaria a 4 mesi $P=0.001$, angina refrattaria a 4 mesi $P<0.0001$, angina refrattaria entro 1 anno $P=0.0002$

<http://image.thelancet.com/extras/02art8090web.pdf>

Revaparin nella prevenzione della TVP

Si segnala questo studio non solo per i risultati (significativa prevenzione della TVP nei traumi distali agli AAIL con eparina a basso peso molecolare) quanto per essere stato condotto contro placebo in una condizione clinica in cui era prevedibile un'elevata incidenza di TVP; il risultato è che dei 188 trattati con placebo 35 vs 17 hanno fatto la TVP ed addirittura 2 vs 0 la embolia polmonare; è comunque il primo studio pubblicato nello specifico (e speriamo che resti l'unico visti i risultati!) **NEJM 2002; 347: 726-730**

Le troponine sono indici di gravità anche nell'embolia polmonare

E' noto come sia possibile trovare un'elevazione delle troponine nell'embolia polmonare(**Arch Intern Med 2002; 162: 79-81, JAMA 2001; 286: 2461-2462**); questo lavoro ne documenta la correlazione con la gravità della patologia (verosimilmente come indice dell'impegno cardiaco) **Circulation 2002; 106: 1263-1268**

Il metadone ad alte dosi può indurre torsade de pointes

Sono descritti 17 casi di TdP in pz USA in terapia con altissime dosi di metadone (>300 mg), di fatto non utilizzate in Italia; eventualmente il dato, anche in considerazione del ritiro dal mercato europeo di derivati del metadone per analogo problema, potrebbe suggerire di non associare il metadone ad altri farmaci potenzialmente proaritmici **Ann Intern Med 2002; 137: 501-504**

Maggior efficacia della fondaparinux vs enoxaparin nel prevenire la TVP nella chirurgia ortopedica maggiore

Su 7344 pazienti inseriti nel trial randomizzato a doppio cieco la somministrazione di 2.5 mg sc/die di fondaparina sodica, un inibitore specifico di sintesi del fattore Xa, 6 ore dopo l'intervento chirurgico si è dimostrata più efficace della somministrazione s.c. di enoxaparin

(0.4/die o 0.3 x 2/die) nel prevenire eventi tromboembolici venosi (6.8% vs 13.7% con una riduzione del 55%). Il prezzo da pagare è stato una maggiore presenza di sanguinamenti maggiori (2.7% vs 1.7%) pur senza significative differenze in termini di morte o reinterventi secondari ai sanguinamenti, o emorragie in organi critici **Arch. Int. Med. 2002; 162: 1833-40** e l'editoriale a pag 1806).

Peggiora la prognosi delle sincopi cardiogene

Gli 822 episodi sincopali verificatisi sui 7814 partecipanti allo studio di Framingham hanno confermato quello che già si sapeva sulla prognosi degli eventi sincopali. Le sincopi sono state classificate come cardiogene, neurologiche, neuromediate e non determinate. L'analisi ha mostrato un aumentato rischio di mortalità e di eventi cardiaci maggiori nei soggetti che hanno presentato sincopi classificate come cardiogene, un aumentato tasso di mortalità nei soggetti con sincopi di origine non determinata, mentre ha confermato che l'evenienza di sincope neuromediata non costituisce alcun fattore di rischio **NEJM 2002; 347: 878-885**.

• **Aggiornamenti**

Schema della profilassi dell'endocardite batterica

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Condizioni cardiache associate all'endocardite infettiva-EB

a rischio elevato:

protesi valvolari, comprese le biologiche e homografts

precedente endocardite batterica

cardiopatie congenite complesse cianogene, shunts o condotti sistemico-polmonari ricostruiti per via chirurgica

a rischio moderato:

altre malformazione congenite

disfunzioni valvolari acquisite (malattia reumatica)

cardiopatía ipertrofica

prolasso valvolare mitralico con rigurgito valvolare e/o ispessimento delle cuspidi

a rischio trascurabile (profilassi non raccomandata):

DIA secundum isolato

esiti chirurgici per DIA, DIV, dotto arterioso pervio, by pass aorto-coronarico

prolasso mitralico senza rigurgito

PM e ICD

Manovre con indicazione alla profilassi dell'EB

manovre odontoiatriche:

estrazioni dentarie, procedure periodontali compresa detartrasi, impianti dentari, procedure a livello endodontico, posizionamento di bande ortodontiche, anestesia locale intralegamentaria (periossee)

manovre non odontoiatriche:

tratto respiratorio: tonsillectomia, adenoidectomia, procedure sulla mucosa respiratoria, broncoscopia con broncoscopio rigido

tratto gastrointestinale (opzionale nei Pz a rischio moderato): scleroterapia per varici esofagee, dilatazione di stenosi esofagea, ERCP, chirurgia biliare e intestinale

tratto genito-urinario: procedure chirurgiche, cistoscopia, dilatazione uretrale

Regimi per procedure odontoiatriche o a livello dell'apparato respiratorio e dell'esofago

standard: 1 ora prima della procedura amoxicillina 2 gr per os (50 mg/kg nei bambini)

impossibile terapia per os: 30 min prima della procedura ampicillina 2 gr im o ev (50 mg/kg nei bambini)

allergia alle penicilline: 1 ora prima della procedura clindamicina 600 mg per os (20 mg/kg nei bambini) oppure cefalexina/cefadroxil (non nei Pz con anamnesi di orticaria, angioedema o anafilassi) 2 gr per os (50 mg/kg nei bambini) oppure azitromicina/claritromicina 500 mg per os (15 mg/kg nei bambini)

allergia alle penicilline, impossibile terapia per os: 30 min prima della procedura clindamicina 600 mg ev (20 mg/kg nei bambini) oppure cefazolina (non nei Pz con anamnesi di orticaria, angioedema o anafilassi) 1 gr im o ev (25 mg/kg nei bambini)

Regimi per procedure a livello dell'apparato genito-urinario e gastrointestinale

Pz ad alto rischio: 30 min prima della procedura ampicillina 2 gr im o ev (50 mg/kg nei bambini) + gentamicina 1.5 mg/kg (max 120 mg) im o ev, *seguite 6 ore dopo* da ampicillina 1 gr im o ev (25 mg/kg nei bambini) o amoxicillina 1 gr per os (25 mg/kg nei bambini)

Pz ad alto rischio allergici all'amoxicillina e ampicillina: 30 min prima della procedura *aver infuso in 1-2 ore* vancomicina 1 gr ev (20 mg/kg nei bambini) + gentamicina 1.5 mg/kg (max 120 mg) im o ev

Pz a rischio moderato: 1 ora prima della procedura amoxicillina 2 gr per os (50 mg/kg nei bambini) oppure 30 min prima della procedura ampicillina 2 gr im o ev (50 mg/kg nei bambini)

Pz a rischio moderato allergici all'amoxicillina e ampicillina: 30 min prima della procedura *aver infuso in 1-2 ore* vancomicina 1 gr ev (20 mg/kg nei bambini)

Bibliografia: JAMA 1997; 277: 1794-1801 oppure Circulation 1997; 96: 358-366

- **Prossimi convegni, corsi**

Congresso nazionale SIMEU, Catania 3-7 dicembre 2002, Segreteria Organizzativa M&S Palazzo S.Demetrio, via Etnea 55 - 95124 Catania Tel. 095.25.00.192 / 225 Fax 095.25.01.441, e-mail: info@emmessecongress.com