



Società Italiana di
Medicina d'Emergenza-Urgenza

sezione Emilia-Romagna

Novità in Urgenza

analisi della letteratura, divulgazione scientifica e organizzazione

Redattore Capo:

Mauro Fallani ✉, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Redazione:

Andrea Fabbri ✉, DEA AUSL di Forlì

Paolo Groff ✉, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Paolo Mulè ✉, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Supervisore:

Alberto Vandelli ✉, DEA AUSL di Forlì

n° 29, maggio 2004

tutti i numeri usciti sono reperibili su internet al sito della Simeu al seguente

indirizzo: <http://www.simeu.it/regioni/EmiliaRomagna/index.html>

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

Riviste recensite sistematicamente: Ann of Emerg Med, Arch Intern Med, BMJ, Chest, Circulation, Eur J of Emerg Med, JAMA, Lancet, N England J Med, Thorax

- **Reviews ed Editoriali**

Pericarditis Lancet 2004; 363: 717-27

La diagnosi di pericardite si fonda sulla presenza di dolore toracico, sfregamenti e alterazioni ECGrafiche (sottoslivellamento del PR, sopraelevazione dell'ST). Per le sue caratteristiche entra frequentemente in diagnosi differenziale con le sindromi coronariche acute con notevoli problemi per il Medico dell'Urgenza; viene calcolato che ben il 5% dei dolori toracici non coronarici possa essere ascritto ad una pericardite. Molteplici le cause di pericardite (tab 1) anche se la forma idiopatica è quella più frequentemente chiamata in causa; sono in aumento le forme secondarie a terapia radiante, interventi cardiaci per via percutanea o cardiocirurgia. Inoltre le forme secondarie a infezione da *mycobacterium tuberculosis* rimangono frequenti nei paesi sottosviluppati e nei soggetti immunocompromessi.

Tab 1 Cause di pericardite

idiopatica	
infettiva	batterica, TBC, virale (coxsackie, influenza, HIV, etc ..)
vasculiti e connettiviti	AR, LES, sclerodermia, etc ..
patologie delle strutture contigue	IMA, dissezione aortica, embolia polmonare, polmonite etc ..
disordini metabolici	uremia, mixedema, gotta, etc ..
neoplasie	primitive o secondarie
traumi	diretti o indiretti (comprese le radiazioni ionizzanti)
in associazione ad altre sindromi	Sd di Dressler, IBD, Loffler, Stevens-Johnson

Il quadro clinico può essere molto variabile ed arrivare fino al tamponamento cardiaco, situazione di reale emergenza che richiede il drenaggio pericardio.

La terapia medica delle forme non complicate deve essere condotta con i FANS o nei Pz intolleranti con colchicina. L'associazione FANS + colchicina è raccomandata nelle forme recidivanti. L'uso degli steroidi è indicato solo nelle forme severe non responder a FANS + colchicina o, in associazione alla opportuna terapia antibatterica, nelle forme effusive da *mycobacterium tuberculosis* per ridurre le sequele costrittive.

Commento di Mauro Fallani

Holding chambers versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma (Cochrane Review) *Annals of Emergency Medicine* 2004; 43:413-415.

E' un'analisi sistematica della letteratura internazionale sull'impiego di dispositivi per la somministrazione di farmaci β -agonisti nell'asma nei bambini. Sono stati messi a confronto gli studi clinici randomizzati e controllati in cui venivano somministrati B2-agonisti attraverso dispositivi di nebulizzazione umida tradizionali (aerosol) e dispositivi tipo camere di espansione e/o distanziatori. Gli studi selezionati da 2 revisori in modo indipendente, sono stati giudicati secondo criteri riconosciuti. Considerati gli studi pubblicati fino alla fine del 2003, in totale 22 studi eseguiti nei DEA e nel territorio con l'inclusione di 1.076 bambini. Sono stati considerati ulteriori 5 studi misti per un totale di 128 bambini e 28 adulti. Il metodo di somministrazione del farmaco non sembra influenzare l'outcome principale considerato (indice di ospedalizzazione). La probabilità di ospedalizzazione dopo uso delle camere di espansione è risultato significativamente inferiore 0.65 (95%CI 0.4-1.06) rispetto ai casi che prevedevano l'impiego di aerosol. L'uso delle camere di espansione si associava ad una durata della degenza nel DEA inferiore in media - 0.47 ore (95%CI da - 0.58 a 0.37 ore) . Il picco di flusso e il volume espiratorio forzato (FEV1) risultavano senza differenze. La frequenza cardiaca risultava inferiore se impiegata la camera di espansione (differenza media -7.6% di base, 95%CI da - 9.9% a -5.3%).

Commento e Implicazioni Cliniche

Martin Osmond, MD, CM, FRCPC

Department of Pediatrics, University of Ottawa

Sfortunatamente l'ampia variabilità dei tempi di somministrazione nei vari studi impedisce un confronto affidabile e l'errore sistematico metodologico generato dall'esiguo numero di studi (5/19) in doppio-cieco riduce molto l'importanza del risultato. Inoltre i risultati della review non possono essere considerati validi per i bambini di età <2 anni, nei casi di male asmatico, nei casi con necessità di ossigenoterapia in quanto questo tipo di pazienti vengono esclusi dalla maggior parte degli studi. Ad oggi infatti nell' unico studio su bambini di età 2 – 24 mesi, si dimostra che dosi ripetute di β -agonisti attraverso camere di espansione o distanziatori risultano efficaci quanto l'aerosol. In particolare nei casi con asma severa tale metodica produceva minor ospedalizzazione e minor effetti collaterali (tachicardia). Altri recenti studi inoltre indicherebbero una maggiore soddisfazione e che la procedura risulterebbe più accettata in quanto più semplice e più rapida da eseguire.

Conclusioni: La somministrazione di β -agonisti nella crisi di asma del bambino mediante camere di espansione produce risultati quantomeno analoghi a quelli ottenuti con il metodo

tradizionale con aerosol. Le camere di espansione possono presentare alcuni vantaggi in termini di minor durata di degenza, minor durata dell'ipossia, minor numero di effetti collaterali (es. tachicardia).

Commento di Andrea Fabbri

British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary BMJ 2004; 328:634-640

Sempre più evidenze emergono sull'importanza dell'ipertensione come fattore di rischio cardiovascolare specie se in Pz con altre patologie a rischio (es diabete). Le linee guida della British Hypertension Society ([disponibili anche su internet](#)) escono con lo slogan *più bassa è meglio* e con la classificazione sottoriportata equivalente a quella della European Society of Hypertension:

Categoria	PAS mmHg	PAD mmHg
non patologico		
<i>ottimale</i>	< 120	< 80
<i>normale</i>	<130	< 85
<i>normale alta</i>	130-139	85-89
ipertensione		
<i>lieve</i>	140-159	90-99
<i>moderata</i>	160-179	100-109
<i>severa</i>	≥ 180	≥ 110
ipertensione sistolica isolata		
<i>grado 1</i>	140-159	< 90
<i>grado 2</i>	≥ 160	< 90

Sul sito della [British Hypertension Society](#) è disponibile anche un regolo per calcolare il rischio cardiovascolare globale.

Commento di Mauro Fallani

- **Lavori**

When measurements are misleading: modelling the effects of blood pressure misclassification in the English population BMJ 2004 328:933

Linee guida internazionali danno indicazioni sui criteri di misurazione della pressione arteriosa (PA). In realtà questi rappresentano solo la stima del valore reale e le decisioni cliniche prese sulla base di una media delle misurazioni. La misurazione è poco affidabile in quanto la pressione subisce ampie variazioni cicliche legate a variazioni biologiche. Causa tale variabilità certi pazienti possono essere giudicati ipertesi pur non essendo al di sopra della soglia di normalità. Come ogni test diagnostico, la stima della PA è soggetta a falsi positivi e a falsi negativi. Il rapporto fra test positivi che risultano poi positivi per la patologia rappresenta il valore predittivo positivo (VPP) del test: in pratica un indice della sua precisione. In questo articolo viene calcolato il VPP e il valore predittivo negativo (VPN) della misurazione della PA. Il database è stato ottenuto attraverso la combinazione dei test eseguiti su singoli pazienti facenti parte di studi clinici randomizzati e controllati nella popolazione inglese. Il coefficiente variazione (intra-assay) è risultato del 9.9% per la sistolica e del 9.2% per la diastolica. Il coefficiente di variazione rilevato sulla media di 3 misurazioni è risultato 5.7% per la sistolica e 5.3% per la diastolica. I dati sono stati ricavati da un database di 13.284 record ottenuto negli anni 98-99-00 per il calcolo del rischio coronarico (Framingham). Nel caso specifico i pazienti venivano considerati veri positivi in caso di valori di PA >160/100 (sistolica o diastolica), oppure >140/90 con un rischio di malattia coronarica a 10 anni >15%. I pazienti venivano giudicati veri positivi nel caso di giudizio positivo per PA e rischio

coronarico stimato al di sopra della soglia di trattamento. Il VPP è risultato maggiore nei soggetti anziani rispetto alle fasce di età inferiore. In 36 soggetti di età fra 16-34 anni con stima di PA indicativa di trattamento solo 11 sono risultati i veri positivi (PPV 31%; 95% CI 16% - 46%). Su 19 donne di età fra 16 e 34 anni solo 5 sono risultate veri positivi (26% 95%CI 7% - 46%). Il VPP globale (uomini e donne) della PA in una fascia di età fra 16 e 35 anni è risultato del 29% (17% - 41%).

Età (anni)	Veri Positivi (%)		Valore Predittivo Positivo	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
16 – 34	0.9	0.3	31	26
35 – 44	4.4	1.4	62	60
45 – 54	17.0	8.3	86	79
55 – 64	38.6	22.4	93	83
65 – 74	45.2	35.6	94	83
>74	45.3	36.4	87	94

Conclusioni: Nei casi < 35 anni la stima della PA ha più probabilità di fallire nel diagnosticare un'ipertensione arteriosa. Così come il rischio coronarico a 10 anni nei soggetti di età < 35 anni raramente supera il 5%, anche la diagnosi di ipertensione arteriosa dovrebbe essere fatta con molta cautela, considerando magari livelli di soglia maggiori di quelli attuali. La misurazione della PA risulta invece assai affidabile nei soggetti con indicazioni specifiche, specie se in presenza di fattori di rischio coronarico.

Commento di Andrea Fabbri

Clopidogrel-Associated TTP: An Update of Pharmacovigilance Efforts Conducted by Independent Researchers, Pharmaceutical Suppliers, and the Food and Drug Administration Stroke 2004; 35: 533 - 537

La trombocitopenia trombotica associata al clopidogrel (CATTP) è una situazione rara, che insorge generalmente nelle prime settimane del trattamento (65% dei Paz nella casistica riportata di 50 casi), e che presenta una elevata percentuale di mortalità: 27% nella stessa casistica). La CATTP si caratterizza per piastrinopenia (100%), anemia emolitica microangiopatica (100%), danni neurologici (47.4%) tali da simulare uno stroke, insufficienza renale (28.8%) e febbre (26.3%). Pare che la plasmateresi eseguita precocemente (ed eventualmente ripetuta più volte – addirittura 20 in un caso) sia associata ad una riduzione di mortalità rispetto ai casi portati alla plasmateresi tardivamente.

Commento di Mauro Fallani

Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes e l'editoriale Intensive Statin Therapy - A Sea Change in Cardiovascular Prevention Published at www.nejm.org March 8, 2004 (10.1056/NEJMoa040583)

Lavoro su 4.162 Paz ricoverati per sindrome coronarica acuta (SCA) e trattati con 40 mg/die di pravastatina (PRAV), (terapia standard), versus 80 mg/die di atorvastatina (ATORV) (terapia intensiva) per verificare il livello ottimale di riduzione del colesterolo LDL (LDL-col) nelle SCA. L'end point primario era composito e comprendeva morte per ogni causa, IMA, angina instabile con necessità di ricovero, rivascolarizzazione (30 gg almeno dopo la randomizzazione) e stroke. Lo studio era disegnato per verificare la non inferiorità della pravastatina ed il follow-up è

stato di 18-36 mesi (media 24). Il valore mediano di LDL-col durante terapia con PRAV è risultato di 95 mg/dl e 62 mg/dl con ATORV ($P<0.001$). La stima della frequenza dell'end point primario è stata del 26.3% nel gruppo PRAV e del 22.4% nel gruppo ATORV, con una riduzione del 16% dell'hazard ratio in favore della ATORV ($P=0.005$; 95% confidence interval, 5-26%). In conclusione nei Paz con recente SCA un terapia intensiva di riduzione del LDL-col sembra fornire una maggior protezione rispetto ad una terapia standard.

Commento di Mauro Fallani

Time Delay to Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute Myocardial infarction: Every Minute of Delay Counts *Circulation* 2004; 109: 1223-1225

Studio condotto per verificare se, nei Paz con IMA a sopraelevazione dell'ST (STEMI), il ritardo prima dell'angioplastica primaria sia correlato alla mortalità così come è già documentato per il ritardo della terapia trombolitica. La popolazione studiata era di 1.791 Paz con STEMI trattati con angioplastica primaria di cui è stata studiata la relazione fra tempo di ischemia e mortalità a 1 anno. I dati ottenuti sono stati corretti per età, sesso, presenza di diabete o precedente rivascularizzazione. Il dato ottenuto documenta che per ogni 30 min di ritardo il rischio relativo di morte ad un anno è di 1,075 (95% intervallo di confidenza, 1,008-1,15; $P=0,041$). La conclusione degli Autori è che il ritardo sulla rivascularizzazione peggiora la prognosi ad 1 anno, come per la trombolisi, e che si deve tentare di ridurre ulteriormente i tempi di intervento.

Commento di Mauro Fallani

Transient Ischemic Attacks in Patients With Atrial Fibrillation Implications for Secondary Prevention: The European Atrial Fibrillation Trial and Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III Trial *Stroke* 2004; 35: 948-951

Analisi da 2 studi randomizzati (European Atrial Fibrillation Trial and the Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III Trial) per valutare la incidenza degli attacchi ischemici transitori (AIT) nei soggetti con fibrillazione atriale (FA) e la risposta alla terapia antitrombotica. Fra gli 834 Paz con FA 222 avevano già avuto un AIT, 551 uno stroke e 61 entrambi i problemi. La percentuale/anno di stroke ischemico, durante terapia con ASA, è risultata del 7% nel gruppo con pregresso AIT e dell'11% nel gruppo con pregresso stroke ($P=0.08$ per differenza %). La terapia anticoagulante riduce le percentuali annue di stroke rispettivamente del 56% ($P=0.09$) e 63% ($P<0.001$) nei 2 gruppi. In conclusione il rischio di stroke nei Paz con FA è maggiore in quelli con pregresso stroke rispetto a quelli che hanno presentato un AIT ed è comunque elevato anche durante terapia con ASA; la prevenzione secondaria in questa popolazione con FA e precedente di evento ischemico cerebrale dovrebbe essere condotta con terapia anticoagulante orale per ottenere una riduzione di stroke ischemici.

Commento di Mauro Fallani

Motorcycle rider conspicuity and crash related injury: case-control study *BMJ* 2004; 328:857-62

Ogni giorno nel mondo muoiono circa 3.000 persone e 30.000 circa vengono seriamente ferite da incidenti stradali. Nei paesi sviluppati il problema principale è rappresentato dalle categorie di persone a maggior rischio es. pedoni, ciclisti, motociclisti / scooteristi. Si stima che nel 2020 gli incidenti stradali diventeranno la terza causa assoluta di morte e/o invalidità permanente nel mondo.

Un'insufficiente visibilità per i motociclisti o l'impossibilità di essere visibili agli altri rappresenta un importante fattore di rischio per incidente stradale. Tale problema potrebbe peraltro dipendere da altri fattori come la dimensione del motociclo, l'irregolarità del profilo della sagoma del veicolo, la

scarsa luminosità o contrasto del mezzo, la capacità del veicolo di presentarsi in modo inaspettato nelle varie situazioni di traffico. Provvedimenti semplici e a basso costo, tipo sorgenti luminose, o materiali colorati, riflettenti e fosforescenti, potrebbero migliorare notevolmente la visibilità del veicolo e del motociclista. La maggior parte degli studi pubblicati circa 20 anni fa, si limitava però solo a confronti fra aspetti precedenti e successivi all'entrata in vigore di leggi che prevedevano l'utilizzo delle luci nelle ore diurne. Nonostante un limitato numero di studi alcuni paesi (USA, Malaysia, Austria e anche altri paesi della comunità europea, Italia compresa) hanno reso obbligatorio l'uso delle luci diurne. Il presente studio riporta l'associazione fra il rischio di incidente stradale e misure atte a rendere il motociclista più visibile. In Nuova Zelanda, negli anni 1993-1996, è stato eseguito un confronto fra il rischio di incidente in presenza o meno di dispositivi che aumentano la visibilità del motociclista come l'impiego di abbigliamento riflettente o fluorescente, luci frontali supplementari, caschi, abbigliamento e moto con colori evidenti. I risultati documentano che gli incidenti si verificavano in aree urbane con il limite di 50 km/ora (66% dei casi), nelle ore diurne (63%), in condizioni meteo buone (72%). Dopo normalizzazione per i vari fattori di confondimento, l'uso di abbigliamento riflettente o fluorescente produceva una riduzione del rischio d'incidente del 37% (OR 0.63; 95% CI 0.42 – 0.94). L'uso di caschi colorati rispetto a caschi neri riducevano il rischio del 24% (OR 0.76; 0.57 – 0.99). L'uso delle luci anche durante le ore del giorno da parte di 3/4 dei motociclisti produceva un'ulteriore riduzione del rischio del 27% (0.73, 0.53-1.00).

Conclusioni: la scarsa visibilità può aumentare il rischio di incidente. L'uso di abiti riflettenti la luce, o fluorescenti, di caschi bianchi o colorati, l'impiego delle luci anche nelle ore diurne sono provvedimenti semplici e privi di costo che potrebbero ridurre in modo significativo il rischio di trauma e di morte da incidente stradale di moto.

Commento di Andrea Fabbri

- **in breve** a cura di Mauro Fallani e Paolo Mulè

Brachial artery endothelial function in residents and fellows working night shifts Am J Cardiol 2004; 93: 947-949

Questo studio israeliano documenta nei medici in turno di notte una disfunzione endoteliale (DE) studiata sull'arteria radiale; essendo la DE uno dei primi reperti dell'aterosclerosi è legittimo chiedersi l'impatto sulla nostra salute dei turni di guardia (che in Italia risultano scarsamente tutelati a livelli economico e giuridico).

Non-absorbable disaccharides for hepatic encephalopathy: systematic review of randomised trials BMJ, doi:10.1136/bmj.38048.506134.EE (published 30 March 2004)

Analisi da 22 trials per verificare l'efficacia (end points: non modifica dell'encefalopatia e morte per ogni causa) dei disaccaridi non riassorbibili (NAD: lattulosio e lattitolo) nei Paz con encefalopatia epatica. Complessivamente i NAD sembrano ridurre il rischio di non miglioramento rispetto a placebo o nessun intervento (anche se nei due trial più qualificati tale dato non è confermato), ma sembrano meno efficaci rispetto agli antibiotici. Rispetto agli antibiotici i NAD riducono meno le concentrazioni di ammonio ma non vi è differenza sulla mortalità fra le due terapie.

C-Reactive Protein and Other Circulating Markers of Inflammation in the Prediction of Coronary Heart Disease N Engl J Med 350:1387-1397

Studio su 2.459 Paz con IMA non fatale o morti per coronaropatia e 3.969 controlli senza patologia coronarica per arrivare alla conclusione che la proteina C reattiva è solo un moderato predittore di cardiopatia ischemica.

D-Dimers in the Emergency Department Evaluation of Aortic Dissection Acad Emerg Med 2004; 11: 397-400

Conferma della aspecificità della determinazione del D-dimero che è risultato positivo nel 100% dei casi di dissezione aortica in questa piccola casistica (7 Paz). Serve molta cautela nel valutare la positività di questo esame.

The effects of nonselective non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory medications on the risk of nonfatal myocardial infarction and their interaction with aspirin Am J Coll Cardiol 2004; 43: 985-993.

L'uso dei FANS sembra ridurre il rischio di IMA nei soggetti che non assumono ASA a scopo profilattico, ma l'uso contemporaneo non sembra aggiungere benefici alla sola terapia con ASA che rimane il farmaco di scelta nella prevenzione dell'IMA.

Prospective evaluation of carotid bruit as a predictor of first stroke in type II diabetes: The Fremantle Study J Vasc Surg 2004; 39: 694

Il riscontro di soffio carotideo nei Paz con diabete tipo II è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di stroke (hazard ratio 6.7 vs assenza di soffi). Altri predittori di stroke nei 2 anni successivi sono risultati l'età e la diastolica. Gli Autori concludono che i Paz diabetici con soffio carotideo potrebbero giovare della endoarteriectomia carotidea profilattica.

Noninvasive tests adequate for majority of PE diagnoses Am J Med 2004; 116: 291-299

Un corretto protocollo di esami non invasivi, fra loro integrati, permettere di diagnosticare il 99% dei casi di sospetta embolia polmonare. Nei 965 casi l'integrazione fra giudizio clinico, D-dimero, ecografia agli AAIL e TC spirale polmonare non è risultata conclusiva in 8 Paz con alta probabilità clinica e US e TC negativi nei quali però è stata eseguita angiografia polmonare con riscontro di 2 casi positivi.

Time Dependence of Mortality Risk and Defibrillator Benefit After Myocardial Infarction Circulation 2004; 109: 1082-1084

Lavoro che documenta un aumentato rischio di morte in funzione del tempo trascorso da un IMA in Paz con ridotta frazione di eiezione (FE; < 30%); il rischio viene ridotto nei Paz con cardiopatia ischemica post IMA con ridotta FE dall'impianto di defibrillatore (ICD) e in questa popolazione il trascorrere del tempo non comporta un aumento del rischio.

- **Aggiornamento**

Dolore toracico - valutazione iniziale

Paolo Mulè

Prendendo lo spunto da una pubblicazione, ormai non recentissima, ma di assoluto interesse¹, si prova a tracciare qualche linea che possa essere di aiuto soprattutto ai colleghi che si trovano ad operare in strutture di secondo livello.

La valutazione di un paziente che si presenta ad un DEA lamentando dolore toracico rappresenta indubbiamente un problema serio per il medico che è chiamato a visitarlo. Spesso la sintomatologia si presenta in modo non chiaro, polimorfo, aspecifico, ma anche in questi casi può essere espressione di una condizione ad alto rischio per la vita del paziente. Ci limiteremo a considerare brevemente le tre condizioni più critiche: le Sindromi Coronariche Acute (SCA), la Dissezione Aortica e l'Embolia Polmonare.

Il medico di PS si trova spesso in difficoltà, di fronte ad un paziente con dolore toracico, ad identificarne la causa. Solo limitandoci alle SCA, nonostante il proliferare di Chest Pain Unit e la sempre più capillare disponibilità di markers di miocitonecrosi sensibili e specifici, vari studi segnalano ancora come oscilli tra l'1 ed il 4% la percentuale di pazienti presentatisi ad un DEA e da questo dimessi con un infarto miocardico acuto in atto. Queste percentuali si innalzano pericolosamente se consideriamo i pazienti con "angina instabile", situazione nella quale i markers sono di minore aiuto.

Consideriamo le tre condizioni:

- **Sindromi Coronariche Acute**

La valutazione della probabilità pre-test può indirizzare nel porre il sospetto, ma non dobbiamo dimenticare che tutti i vari "risk score" presentati sono validati come indicatori di rischio a sviluppare una SCA, non a quantificare il rischio che quel paziente presenta di avere una SCA in quel momento!

D'altro canto la caratterizzazione del dolore, e tanto è stato scritto su presentazioni "tipiche", "atipiche" o "aspecifiche", offre poco aiuto "di per se". Numerosi studi sono concordi nel quantificare in circa il 35% i pazienti con IMA e presentazione "tipica" a fronte di circa il 40% con presentazione "atipica"; addirittura alcuni lavori considerano il dolore toracico assente in circa il 50% dei pazienti presentatisi ad un DEA per altri disturbi, in cui poi fu posta diagnosi di IMA. Questi quadri di presentazione "aspecifici" sono ancora più insidiosi nella popolazione a rischio intermedio di SCA.

- **Dissezione aortica**

I principali fattori di rischio sono noti a tutti (ipertensione, aneurisma aortico, s. di Marfan, arteriosclerosi polidistrettuale...) così come le caratteristiche del dolore: esordio improvviso, dolore trafittivo, intensità massima all'esordio, irradiazione posteriore (40%), ma anche anteriore (35%), dolore migrante, deficit neurologici.... Da non dimenticare che una dissezione aortica nell' 8% dei casi può causare un IMA coinvolgendo un'ostio coronarico (la corretta diagnosi diventa cruciale ai fini del trattamento !).

- **Embolia polmonare**

La presentazione clinica dell'EP è presa a paradigma per la sua eterogeneità; a volte il paziente lamenta solo sintomi bizzarri, per di più presenti in maniera intermittente da più giorni. Verificare la presenza di una TVP può aiutare nel porre il sospetto di EP, ma i classici sintomi descritti (tachipnea, tachicardia, dolore toracico, dispnea, ipotensione, desaturazione in O₂, differenza alveolo-arteriosa O₂, S1Q3T3,) sono scarsamente specifici.

Provando a delineare uno schema di valutazione iniziale di un paziente con dolore toracico partiamo da elementi forniti dall'esame clinico o da indagini disponibili in qualunque DEA: ECG, Rx torace, PA, enzimi cardiaci.

E' ovviamente una schematizzazione di minima sulla quale dobbiamo inserire le nostre osservazioni per avvalorare un sospetto, ma non per escluderlo, anche solo in presenza di uno dei segni considerati. L'ulteriore approfondimento diagnostico per giungere alla diagnosi è lasciato ai vari protocolli relativi alle singole patologie.

Bibliografia essenziale:

- 1) Chest pain: diagnostic strategies to save lives, time and money in the ED. Emergency Medicine Practice 2003; vol. 5: n.6.

2) Triage of patients with acute chest pain and possible cardiac ischemia: the elusive search for diagnostic perfection.

Ann. Intern. Med 2003; 139: 987-995.

3) Chest pain – the ABC of community emergency care-

Emerg. Med. J 2004; 21: 226-232.

flowchart

