

n° 55 luglio 2006

indice

Review ed editoriali

- Management of Antiphospholipid Antibody Syndrome. A Systematic Review. JAMA. 2006; 295: 1050-1057.

Lavori

- Acute Traumatic Intra-Parenchymal Haemorrhage: Risk Factors for Progression in the Early Post-Injury Period. Neurosurgery 2006;58:647-656.
- Aminophylline in bradycardiac arrest: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2006; 367: 1577-84.
- What Percentages of Patients are Suitable for Pre-hospital Thrombolysis? Emerg Med J 2006;23:444-445.
- Preventable Deaths in Patients Admitted from Emergency Department. Emerg Med J 2006;23:444-445.
- Effect of Population Ageing on Emergency Department Speed and Efficiency: a Historical Perspective from a District General Hospital in the UK. Emerg Med J 2006;23:379-383.

In breve

- Initial Q waves accompanying ST-segment elevation at presentation of acute myocardial infarction and 30-day mortality in patients given streptokinase therapy: an analysis from HERO-2 Lancet 2006; 367: 2061-2067
- Helmet Use and Risk of Head Injuries in Alpine Skiers and Snowboarders JAMA 2006; 295: 919-924.
- Treatment of Excessive Anticoagulation With Phytonadione (Vitamin K) A Meta-analysis Arch Intern Med. 2006;166:391-397.
- Efficacy and safety of ertapenem versus piperacillin-tazobactam for the treatment of intra-abdominal infections requiring surgical intervention. J Gastrointest Surg. 2006; 10(4): 567-74.

Recensioni

- Handbook dell'urgenza in Medicina 2^a edizione

Aggiornamenti

- Prevenzione della nefropatia da mezzo di contrasto a cura di Mauro Fallani

Ricordo di Sandro Bartoccioni

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ mauro.fallani@asl3.marche.it **Redazione:** Andrea Fabbri² andrea.fabbri@formulate.it Paolo Groff³ p.groff@virgilio.it Luca Iaboli⁴ liaboli@hotmail.com Paolo Mulè³ mulepaolo@aosp.bo.it **Supervisore:** Alberto Vandelli² a.vandelli@ausl.fo.it

¹U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, ²DEA AUSL di Forlì, ³DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna, ⁴DEA Policlinico di Modena

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo <http://www.simeu.it/emiliaromagna/index.html>

• Review ed editoriali

Management of Antiphospholipid Antibody Syndrome. A Systematic Review. JAMA. 2006; 295: 1050-1057.

Gli anticorpi antifosfolipidi (APA) hanno come bersaglio le proteine che si legano ai fosfolipidi. La sindrome da anticorpi antifosfolipidi (APS) è definita dalla associazione fra positività per gli anticorpi antifosfolipidi, rischio trombotico e morbilità in gravidanza. I Pazienti con APS hanno un aumentato rischio di eventi trombotici, arteriosi o venosi, e di perdita della gravidanza nelle donne in età fertile. Da questa sistematica review emergono alcuni dati interessanti:

- Nei Pz con APA, senza precedenti, il rischio assoluto di presentare un primo evento trombotico è basso (<1% anno)
- Nelle donne con APA e storia di aborto ricorrente il rischio assoluto di presentare un primo evento trombotico è moderato (fino a 10% anno)
- In Pz con APA e precedente storia di trombosi il rischio assoluto di presentare un altro evento trombotico è alto (> 10% anno)
- Il warfarin con INR fra 2-3 riduce il rischio di trombosi venoso e, forse, arteriosa rispetto al placebo o al non trattamento; la terapia ad alta intensità (INR > 3) non si è dimostrata maggiormente efficace
- Nei Pz con positività per APA e pregresso stroke warfarin e ASA sono egualmente efficaci nel prevenire la recidiva di stroke
- Non ci sono dati definitivi per il trattamento dei Pz con APA:
 - senza precedente trombotico
 - con trombosi arteriose non cerebrali
 - con recidive trombotiche nonostante la terapia con warfarin
 - (donne) con ripetuti aborti.

Commento di Mauro Fallani

• Lavori

Acute Traumatic Intra-Parenchymal Haemorrhage: Risk Factors for Progression in the Early Post-Injury Period. Neurosurgery 2006;58:647-656.

A volte nei soggetti con trauma cranico lieve dopo il riscontro di una lesione emorragica di grado lieve si verifica un inaspettato peggioramento, nonostante le caratteristiche non particolarmente a rischio delle lesioni documentate ad una TC in urgenza. In questi soggetti, data la scarsa espressione clinica, può risultare difficile cogliere precocemente segni e sintomi di evoluzione in senso peggiorativo.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di identificare le caratteristiche ed i fattori predittivi di evoluzione dei soggetti con trauma cranico e TC cerebrale positiva per lesioni emorragiche intra-parenchimali. Da un'analisi retrospettiva di un database organizzato in maniera prospettica su 113 soggetti con TC positiva per focolai emorragici cerebrali intra-parenchimali, senza indicazione all'evacuazione neurochirurgica, sono stati valutati i fattori predittivi di evoluzione.

I risultati documentano che 10 casi (4%) presentavano elementi di regressione, 133 (58%) risultavano con aspetti indicativi di quadro sovrapponibile al precedente, mentre 86 casi (38%) presentava elementi di significativo peggioramento. I fattori associati alla progressione delle lesioni erano rappresentati dalla coesistenza di emorragia subaracnoidea (OR 1.6; 95%CI 1.12 – 2.30), ematoma subdurale (OR 1.94, 95%CI 1.10 – 3.43), dimensione iniziale delle lesioni (OR 1.11, 95%CI 1.02 – 1.21 per ogni cm³ di lesione). La dimensione iniziale del focolaio lacero-contusivo intra-parenchimale risultava correlare direttamente con la evoluzione successiva (P<0.001). Il

deterioramento della Glasgow Coma Scale risultava correlato all'evoluzione della TC (OR 8.6, 95%CI 1.5 – 50), ad un'espansione $>5 \text{ cm}^3$ (OR 7.3, 95%CI 1.6 – 34), ad una riduzione delle cisterne della base e dei ventricoli laterali ed associato alla necessità di intervento neurochirurgico di evacuazione in urgenza.

Le conclusioni suggerirebbero che una significativa percentuale di soggetti con focolaio lacero-contusivo intraparenchimale dopo un trauma cranico subisce un'evoluzione nelle ore successive all'evento. I casi in cui coesiste un'emorragia sub-aracnoidea, un ematoma subdurale o i casi con focolai di dimensioni iniziali significative, necessitano di un più stretto monitoraggio per il maggior rischio evolutivo. La mancata visualizzazione delle cisterne alla prima TC rappresenta un indicatore sfavorevole alla possibilità di intervento di evacuazione in urgenza.

Commento di Andrea Fabbri

Aminophylline in bradycardic cardiac arrest: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2006; 367: 1577-84.

Un possibile ruolo dell'aminofillina nell'arresto cardiaco da ritmo non defibrillabile è stato proposto a più riprese sulla scorta del possibile ruolo dell'adenosina endogena nel causare e perpetuare una bradi-asistolia. Nel presente trial in doppio cieco sono stati randomizzati 971 Pz con età > 16 aa e arresto cardiaco da PEA lenta (< 60 bpm) o asistolia che non hanno risposto alla terapia abituale (adrenalina e atropina come farmaci). I 486 Pz randomizzati al farmaco hanno ricevuto 250 mg di aminofillina ed un ulteriore carico di 250 se necessario; un ritorno ad un ritmo di circolo è stato ottenuto nel 24.5% vs il 23.7% nel gruppo placebo (differenza 0.8%; 95% CI -4.6% to 6.2%; $p=0.778$). Non è stata documentata alcuna differenza di sopravvivenza all'ammissione in ospedale né alla dimissione.

Lo studio pertanto non documenta una utilità dell'aminofillina nell'arresto cardiaco da PEA lenta o da asistolia.

Commento di Mauro Fallani

What Percentages of Patients are Suitable for Pre-hospital Thrombolysis? Emerg Med J 2006;23:444-445.

Esistono segnalazioni sull'applicazione di procedure di rivascolarizzazione coronarica farmacologica a livello preospedaliero (ambulanza). Vari protocolli operativi prevedono tempi di applicazione sempre più rapidi nel tentativo di ottenere una migliore riperfusione coronarica. Per ottenere questo la *Joint Royal College Ambulance Liaison Committee* (JRCALC) ha messo a punto una griglia di requisiti propedeutici all'applicazione rapida sul campo. Tale check-list permette di selezionare rapidamente e con buona sensibilità i candidati, escludendo i casi a rischio di evento avverso, in particolare quelli a rischio di evento emorragico cerebrale, rottura di cuore, emorragie maggiori: l'obiettivo primario risulterebbe quello di facilitare la decisione e l'applicazione a personale sanitario non medico. I risultati indicherebbero che una percentuale del 14.2% dei soggetti considerati verrebbero selezionati per la trombolisi pre-ospedaliera in accordo con i requisiti indicati. Il più frequente criterio di esclusione sarebbe rappresentato dalla coesistenza di ipo/ipertensione (50% dei casi), comparsa dei sintomi (dolore) da oltre 6 ore (41.7% dei casi), età >75 anni (37%). Un numero di controindicazioni superiore a 2 è risultato nel 63.9% dei soggetti.

Check list:

1. Sei sicuro dell'età del paziente (limite di 75 anni)?
2. Hai sintomi caratteristici per sindrome coronarica acuta (dolore tipico per infarto acuto per almeno 15 min)?
3. Hai indicazioni sulla comparsa dei sintomi < 6 ore?
4. Hai elementi per caratteristiche di dolore in progressione da minuti e non di comparsa improvvisa?

5. Sei sicuro che il dolore non si modifichi con gli atti del respiro?
6. Sei sicuro che la frequenza cardiaca sia compresa fra 50 e 140 battiti min?
7. Sei sicuro che la pressione arteriosa sia compresa fra 80 mm/Hg e 160 mm/Hg?
8. Sei sicuro che all'ECG sia presente una sopraelevazione ST >2 mm in almeno 2 derivazioni standard o 2 derivazioni adiacenti precordiali, escluso V1?
9. Sei sicuro che il QRS sia <12 mm e in assenza di un BBS?
10. Puoi escludere un BAV di 1 grado?
11. Puoi escludere una gravidanza o un parto recente (<2 settimane)?
12. Puoi escludere un'ulcera peptica attiva negli ultimi 6 mesi?
13. Puoi escludere uno stroke o una disabilità residua dopo stroke negli ultimi 12 mesi?
14. Puoi escludere una coagulopatia, precedenti per emorragia grave, una terapia con anticoagulanti?
15. Puoi escludere interventi chirurgici, estrazioni dentarie, eventi traumatici maggiori in particolare trauma cranico nelle ultime 4 settimane?
16. Puoi escludere che il paziente sia stato trattato per patologie craniche recentemente?
17. Puoi escludere che il paziente sia stato trattato per insufficienza epatica o renale o altra malattia sistemica di grado severo?
18. In caso di impiego della streptokinasi sei sicuro che non sia stata già impiegata precedentemente?
19. Sei sicuro che il paziente non sia stato sottoposto a procedure di rianimazione cardiopolmonare per più di 5 minuti?
20. Sei sicuro che il paziente sia in grado di esprimere un consenso valido all'impiego del farmaco?
21. Sei in grado di confermare che il paziente è stato reso edotto dei rischi e benefici dell'impiego della terapia?

Conclusioni: i criteri di selezione a livello pre-ospedaliero dei soggetti candidati ad una procedura di rivascolarizzazione coronarica di tipo sistemico nei soggetti con sindrome coronarica acuta sembrano un valido strumento di selezione.

Commento di Andrea Fabbri.

Preventable Deaths in Patients Admitted from Emergency Department. Emerg Med J 2006;23:444-445.

L'errore nel processo di diagnosi, trattamento e gestione dei pazienti al DEA rimane un punto fondamentale per il medico d'Urgenza. In uno studio del passato si dimostrava che il 3.7% dei ricoveri ospedalieri e il 27.6% degli episodi avversi si verificavano per negligenza e in un ulteriore studio si evidenziava come il 7% dei decessi si verificavano subito dopo l'atto di ricovero dopo il trattamento al DEA. Purtroppo il medico dell'Urgenza spesso non ha riscontri degli errori commessi causa la difficoltà al processo di ri-analisi dei casi trattati in urgenza, in quanto è un processo di grande impegno organizzativo. In questo studio si analizza retrospettivamente la frequenza, il tipo e le caratteristiche degli errori prevenibili (entro 24 dopo il ricovero da parte del medico del DEA) e causa di esito infausto in soggetti trattati al DEA in un periodo di 3 anni. Esclusi i soggetti con malattia neoplastica in fase avanzata ed i soggetti recuperati per un arresto cardiocircolatorio. Due valutatori indipendenti sottoponevano ad analisi critica ogni caso clinico attraverso un'analisi della cartella clinica ed ogni elemento di disaccordo veniva discusso. Il caso veniva giudicato per la morte evitabile in caso di decisioni o azioni con evidente effetto sull'esito. Le situazioni venivano classificate come errori diagnostici, di ritardo diagnostico, di gestione medica inappropriata. Per valutare la variabilità intra- e inter-osservatore veniva utilizzato il test di Cohen per l'analisi del Kappa.

In un periodo di 3 anni sono stati revisionati 210 casi con eventi fatali precoci. I casi deceduti entro 24 ore per cause evitabili sono risultati 32/124 (25.8%). All'analisi delle cause è risultato che 17

erano i casi di errore di gestione medica, 8 quelli di errore imputabile ad un ritardo di diagnosi, 7 i casi di diagnosi errata. L'indice di accordo fra i revisori è risultato peraltro ottimale (81%). Le conclusioni suggeriscono che i casi di morte evitabile al DEA non sono poi così infrequenti. Un'analisi e l'identificazione delle cause attraverso uno strumento di revisione dei casi clinici potrebbe migliorare sensibilmente la conoscenza e contribuire a ridurre il numero.

Commento di Andrea Fabbri

Effect of Population Ageing on Emergency Department Speed and Efficiency: a Historical Perspective from a District General Hospital in the UK. *Emerg Med J* 2006;23:379–383.

Nel corso degli ultimi anni nella maggior parte dei DEA dei paesi occidentali si è verificato un incremento significativo di attività abbinato ad una diminuzione di disponibilità di posti letto in strutture per acuti. Questi dati sono supportati da numerosi studi osservazionali eseguiti in US, Australia, Nuova Zelanda e Canada. Nonostante la causa sia attribuita per lo più alla diminuzione dei posti letto negli ospedali, fra le variabili considerate si fa riferimento quasi sempre all'invecchiamento dei soggetti che si rivolgono oggi al DEA. Già nel 1996 in uno studio eseguito in Belgio si segnalava un significativo incremento dei soggetti di età >70 anni afferiti al DEA, e come questi soggetti presentassero una probabilità di ricovero 5 volte superiore rispetto ai soggetti di età <30 anni. Questo studio inglese (South Midlands, UK) si propone di verificare in che misura l'incremento dell'età media della popolazione che si rivolge al DEA influisca sull'attività e sui tempi di attesa e gestione. Attraverso un'analisi di confronto fra i dati del 1990 e quelli del 2004 sono stati considerati i seguenti parametri: numero di casi trasportati con mezzo di soccorso (Ambulanza), tempo di attesa al triage, numero e tipo di accertamenti eseguiti, numero di ricoveri in urgenza, tempo di visita e trattamento al DEA. I dati di attività indicano che rispetto al 1990 tutti gli indici di performance risultano globalmente influenzati negativamente. Da segnalare un incremento del 54% dei casi trattati, con un enorme incremento (+198%) dei soggetti con età >70 anni e in particolare di quelli di età >90 anni (+671%). Si è osservato inoltre una correlazione diretta fra il tempo impiegato e l'età dei soggetti; analogo fenomeno si osserva anche per il numero delle indagini eseguite. Nel 2004 i soggetti di età >70 anni presentavano una probabilità di ricovero di circa 5 volte superiore rispetto ai soggetti più giovani (<30 anni) con una durata di degenza più prolungata di circa 7 volte. I soggetti giovani risultavano in numero di circa 3.3% volte maggiore, anche se i soggetti anziani presentavano un indice di occupazione dei posti letto di circa 9.8% superiore rispetto ai soggetti giovani.

Le conclusioni indicherebbero che negli ultimi 10 anni si è verificato un incremento significativo delle prestazioni ai soggetti anziani e che questo ha determinato un incremento consensuale di indagini e risorse organizzative. Nella pianificazione dei servizi sanitari le organizzazioni sanitarie dovrebbero tenere in considerazione questi dati.

Commento di Andrea Fabbri

• In breve a cura di Mauro Fallani e Paolo Mulè

Initial Q waves accompanying ST-segment elevation at presentation of acute myocardial infarction and 30-day mortality in patients given streptokinase therapy: an analysis from HERO-2 *Lancet* 2006; 367: 2061-2067

Nell'IMA con sopraelevazione dell'ST la presenza di onde Q al momento della diagnosi aumenta il rischio di morte a 30 gg del 50%, del 44% dopo aggiustamento per i fattori clinici e del 31% dopo risoluzione delle modifiche dell'ST.

Helmet Use and Risk of Head Injuries in Alpine Skiers and Snowboarders JAMA 2006; 295: 919-924.

L'uso del casco viene documentato efficace nel ridurre il rischio di trauma cranico fra gli sciatori e gli snowboarders.

Treatment of Excessive Anticoagulation With Phytonadione (Vitamin K) A Meta-analysis Arch Intern Med. 2006;166:391-397.

La terapia con vit K del sovradosaggio di anticoagulanti è migliore della sola sospensione di tali farmaci; eguale è l'efficacia per via orale o per via endovenosa. La somministrazione per via sottocutanea è decisamente meno efficace con un effetto simile a quello del placebo.

Efficacy and safety of ertapenem versus piperacillin-tazobactam for the treatment of intra-abdominal infections requiring surgical intervention. J Gastrointest Surg. 2006; 10(4): 567-74.

Studio policentrico internazionale che ha documentato la non inferiorità dell'ertapenem nel trattamento delle infezioni intraaddominali complicate versus la Piperacillina-Tazobactam

- **Recensioni**

E' disponibile la 2^a edizione dell'Handbook dell'Urgenza in Medicina edito dalla CG Edizioni Medico Scientifiche www.cgems.it

L'urgenza richiede una rapido processo culturale che porti a formulare una diagnosi e conseguentemente gli atti terapeutici più idonei. Di qui l'utilità di avere a mente, o in tasca, schemi sintetici che favoriscano tale processo, specie quando la materia in oggetto è in continuo progredire. Questo tascabile, in bilico fra sintesi e completezza, offre una guida alle possibili azioni da compiere per diagnosticare ed affrontare le patologie dell'urgenza, offrendo anche dei farmaci utilizzabili gli schemi di somministrazione e le indicazioni essenziali.



• **Aggiornamenti**

Prevenzione della nefropatia da mezzo di contrasto a cura di Mauro Fallani

Situazioni a rischio:

- diabete specie se con nefropatia nota
- insufficienza renale*
- disidratazione, ipovolemia e/o ipotensione
- scompenso cardiaco
- cirrosi epatica scompensata
- sindrome nefrosica
- mieloma in associazione a ipercalcemia, proteinuria di Bence-Jones o disidratazione

* **NB:** nei Pz con età > 60 la creatinina non riflette il volume di filtrato glomerulare (VFG). Il VFG può essere calcolato nei maschi con la formula $(140 - \text{età}) \times \text{peso}/72 \times \text{creatininemia}$; nelle donne il risultato deve essere moltiplicato per 0,85.

Prevenzione nei Pz a rischio:

- idratare con 500 cc di fisiologica o gluc al 5% la mattina dell'esame; in alternativa Bicarbonato di sodio 1.4% (1/6 molare) 250 cc in 1 ora prima dell'esame e 500 cc in 6 ore dopo l'esame
- Acetilcisteina 1 cp da 600 mg x 2 die per 3 gg, iniziando il giorno precedente l'esame
- sospensione dei farmaci nefrotossici o potenzialmente tali:
 - aminoglicosidi
 - ACE inibitori e sartanici
 - diuretici
 - dipiridamolo (almeno 48 ore prima)
 - FANS (almeno 48 ore prima)
 - Metformina
- basse dosi di mdc (5 cc/kg/creatininemia in mg/dl, massimo 300 cc)
- evitare successive somministrazioni di mdc a breve distanza (< 24h)

• **Ricordo di Sandro Bartoccioni**

E' venuto a mancare l'Autore del Manuale di terapia medica più venduto in Italia dal 1977 e che ha accompagnato ed aiutato tutta una generazione di medici: Ci mancherà il suo libro colorato ma mancherà soprattutto un Collega dotato di uno spirito non comune.