

n° 83 novembre 2008

indice

Review e linee guida

- D-dimer as the sole screening test for acute aortic dissection: a review of the literature. Cardiology/Best available evidence. Sutherland A et al *Ann Emerg Med* 2008; 52: 339-343.
- Indications and timing of renal replacement therapy in acute kidney injury. Paul M Palevsky. *Crit Care Med* 2008; 36: S224-S228

Lavori

- Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 hours after Acute Ischemic Stroke. Hacke W et al. for the ECASS III investigators. *NEJM* 2008; 359: 1317-1329.
- Serial 2-Point Ultrasonography Plus D-Dimer vs Whole-Leg Color-Coded Doppler Ultrasonography for Diagnosing Suspected Symptomatic Deep Vein Thrombosis: A Randomized Controlled Trial. Bernardi E. et al. *JAMA* 2008; 300 (14): 1653-1659.
- Cardio-Cerebral Resuscitation Improves Neurologically Intact Survival of Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Kellum MJ, et al. *Ann Emerg Med* 2008;52:244-252.
- Acute Pharmacological Conversion of Atrial Fibrillation to Sinus Rhythm. Is Short-Term Symptomatic Therapy Worth It? A Report From the December 2007 Meeting of the Cardiovascular and Renal Drugs Advisory Committee of the Food and Drug Administration. William R Hiatt, *et al.* *Circulation* 2008; 117: 2956-7
- Clinical Assessment of the Patient With a Suspected Pulmonary Embolism. Richard Sinert, Matthew Foley. *Ann Emerg Med* 2008;52:76-9
- Debriefing after failed paediatric resuscitation: a survey of current UK practice. S Ireland, *et al.* *Emerg Med J* 2008; 25: 328-330

Aggiornamenti

- “ la PCI dopo trombolisi efficace non è subito raccomandata, al contrario la PCI di salvataggio è tempo-dipendente...” a cura di Alessandro Carbonaro
- Salute e immigrazione, ovvero medicina e politica. A cura di Luca Iaboli e Mariagrazia Fasoli
- CHAD2 score per rischio di stroke da FA a cura di Mauro Fallani

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ mauro.fallani@sanita.marche.it **Redazione:** Andrea Fabbri² dr.andrea.fabbri@gmail.com Rodolfo Ferrari³ dr.rofer@libero.it Luca Iaboli⁴ liaboli@hotmail.com Rita Previati⁵ prei@libero.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 S.Orsola-Malpighi Bologna, ⁴DEA Reggio Emilia, ⁵DEA Ferrara

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

- **Review e linee guida**

D-dimer as the sole screening test for acute aortic dissection: a review of the literature. Cardiology/Best available evidence. Sutherland A et al. Ann Emerg Med 2008; 52: 339-343.

Studi recenti hanno proposto l'uso del D-Dimero come strumento per escludere la dissecazione aortica acuta, e molti ne hanno sottolineato l'accuratezza facendo leva su una sensibilità prossima al 100%. Un test così semplice, economico e rapido, in grado di escludere una patologia così severa e gravata da un mancato riconoscimento iniziale di quasi il 40%, fa gola a tutti. La tentazione di credergli è grande. Le cose, però, stanno diversamente secondo una recente Review sull'argomento comparsa sulla rivista *Annals of Emergency Medicine*.

Obiettivo degli autori era verificare le recenti conclusioni di alcuni studi sulla capacità del D-Dimero di "rule-out" la diagnosi di dissecazione aortica acuta. L'analisi dei dieci articoli individuati dopo la review della letteratura faceva concludere a sfavore di una tale idea. Tanto per cominciare, esiste il sottogruppo di pazienti con dissecazione aortica acuta che sviluppa ematomi intramurali e che spesso mostra valori bassi di D-Dimero (probabilmente perché in questi casi c'è una minore stimolazione della cascata coagulativa rispetto all'estensione luminale). L'intervallo di confidenza (95% CI), poi, non era sufficientemente ampio a causa del numero troppo piccolo di soggetti studiati, con valori non accettabili per escludere una malattia con così elevata mortalità. L'analisi approfondita di alcuni di questi studi, infine, mostrava errori metodologici sostanziali che facevano nascere dubbi sulla attendibilità dei risultati. Ma, se anche volessimo concedere il beneficio del dubbio a questi problemi metodologici, rimane ancora da sottolineare come l'intervallo di tempo cui si fa riferimento parlando di test del D-Dimero fosse compreso nei vari studi tra 1 e 120 ore. Decisamente troppo ampio per un test così aspecifico, dove mille altri fattori possono intervenire ad alterare il risultato del test.

Cosa possiamo concludere, quindi? Nonostante l'enfasi data da alcuni studi alla sensibilità del D-Dimero di escludere una dissecazione aortica acuta, l'evidenza ci dice invece che questo test non può essere usato come unico strumento (ricordo che nella ricerca scientifica la "sensibilità" non è un parametro sufficiente). Sospetto clinico e radiografia del torace rimangono al momento attuale i più affidabili strumenti per decidere se approfondire le ricerche con test radiologici più invasivi. In qualsiasi paziente ad elevato rischio clinico di dissecazione e Rx torace sospetto, sarebbe assurdo, concludono gli autori, basarsi su un D-Dimero negativo. Al contrario, l'aspecificità di questo test, quando applicato alla popolazione a basso rischio, porterebbe ad un eccesso di test invasivi per escludere una dissecazione "cl clinicamente improbabile".

Concludendo, però, gli autori della review sottolineano come non si voglia dire che il D-Dimero è inutile. In futuro, la ricerca potrà probabilmente dimostrare la sua utilità quando usato in combinazione con regole decisionali che comprendono criteri clinici o altro. La strada della ricerca che vuole dimostrarne una utilità come singolo test, invece, non è probabilmente quella giusta.

Commento di Gemma Morabito UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Azienda Sant'Andrea, Roma

Indications and timing of renal replacement therapy in acute kidney injury. Paul M Palevsky. Crit Care Med 2008; 36: S224-S228

Le indicazioni al trattamento sostitutivo (RRT) nel danno renale acuto (AKI) includono comunemente il sovraccarico di volume, l'iperkaliemia, l'acidosi metabolica, le manifestazioni cliniche dell'uremia (encefalopatia, pericardite), l'aumento progressivo dell'azotemia, le intossicazioni da tossine o farmaci dializzabili; alcuni punti chiave non uniformemente standardizzati e sottoposti ad interpretazione soggettiva e contestuale restano aperti (definizione dei livelli soglia e della resistenza alla terapia diuretica, i trattamenti da anteporre alla dialisi, la precocità o meno dell'intervento, ecc.) nonostante l'abbondante letteratura recente al riguardo. L'analisi dei dati pubblicati, secondo l'Autore di questa review, non fugge i dubbi: non è possibile desumere precisi elementi dirimenti (né diagnostici né prognostici) nelle questioni relative

all'indicazione ed al timing del RRT nell'AKI; alcuni studi osservazionali e retrospettivi suggeriscono come un ricorso precoce al RRT possa correlare all'aumento della sopravvivenza, ma a tutt'oggi la stragrande maggioranza dei soggetti con AKI non viene trattata con RRT; anche i diffusi criteri RIFLE (acronimo per R-risk rischio di disfunzione renale, I-injury danno renale, F-failure insufficienza della funzionalità renale, L-loss perdita della funzionalità renale, E-end nefropatia a stadio avanzato) non risultano adeguati nello stratificare il rischio e nell'identificare i soggetti da trattare.

Commento di Rodolfo Ferrari

• **Lavori**

Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 hours after Acute Ischemic Stroke. Hacke W et al. for the ECASS III investigators. NEJM 2008; 359; 1317-1329.

Fin dallo studio NINDS (NEJM 1995;333:1581-7) sappiamo che la trombolisi con alteplase nell'ictus ischemico riduce il deficit neurologico ed è sufficientemente sicura se iniziata fino a 3 ore dall'esordio dei sintomi, malgrado causi un incremento della incidenza di emorragie intracraniche sintomatiche (EIS) di circa 10 volte (da 0,6% a 6,4%). Altri studi analoghi che avevano una finestra terapeutica fino a 6 ore non avevano confermato tali risultati ma la finestra terapeutica di 3 ore ha trovato ripetute conferme ed è divenuta pratica clinica corrente. Una metanalisi di 6 studi randomizzati sulla trombolisi nell'ictus ischemico, che ha rianalizzato i dati di 2.775 pazienti ha mostrato una chiara associazione tra precocità della trombolisi ed efficacia terapeutica (Lancet 2004;363:768-74), suggerendo anche che il vantaggio della terapia con alteplase si estenda oltre la terza ora, almeno fino a 4,5 ore dall'esordio dei sintomi. Questo dato meritava una conferma sperimentale diretta, venuta ora con lo studio ECASS III, che ha arruolato 821 pazienti randomizzandoli alla abituale dose di alteplase (0,9 mg/Kg di cui 10% in bolo e il resto in 60 minuti, dose massima 90 mg) o a placebo, con inizio del trattamento tra 3 e 4,5 ore dall'esordio dei sintomi (mediana 3 ore e 59 minuti). L'*end point* primario era la proporzione di pazienti con Rankin scale 0-1 (nessuna o minima disabilità) a 90 giorni e, nell'analisi *intention to treat*, è stato raggiunto da 219 dei 418 pazienti del gruppo assegnato ad alteplase (52,4%) e solo da 182 dei 403 pazienti assegnato a placebo (45,2%); tale significativa ($p=0,04$) riduzione del 7,2% del rischio assoluto di invalidità corrisponde a un *Number Needed to Treat* (NNT) di 14 pazienti che ben si confronta con i NNT tra 7 e 10 della trombolisi entro 3 ore. Anche sul versante della sicurezza lo studio si allinea con quelli precedenti, con tassi di EIS del 2,4% nel gruppo alteplase e 0,2% in quello placebo (la definizione di EIS era un po' meno ampia di quella dello studio NINDS, ma l'incremento di eventi con alteplase è sempre di circa 10 volte il placebo, con *Number Needed to Harm* di 45). La sicurezza della trombolisi tra 3 e 4,5 ore è stata recentemente evidenziata anche da un'analisi del registro SITS-ISTR (Lancet 2008, doi:10.1016/S0140-6736(08)61339-2) in cui non risulta differenza significativa di mortalità né di esito neurologico né di EIS rispetto al gruppo trattato entro 3 ore (ma in tale studio il 60% dei pazienti ha mancato solo di 20 minuti la finestra temporale delle 3 ore). Lo studio ECASS III rinforza l'utilità e la praticabilità della terapia con Alteplase nell'ictus ma l'editorialista del NEJM Patrick Lyden mette in guardia dall'affrontare d'ora in poi con più calma l'emergenza ictus ("tanto c'è tempo fino a 4 ore e mezzo"), mettendo l'accento sull'importanza di trattare sempre al più presto ogni ictus ischemico, senza perdere un minuto e ponendo ogni sforzo organizzativo per ridurre il tempo *door to needle*.

Uno dei possibili effetti positivi di questa estesa finestra terapeutica potrebbe essere quello di rendere più comune l'uso della terapia trombolitica dell'ictus da parte dei medici dell'urgenza, permettendogli così di ottenere confidenza con la terapia e con la rapida attuazione dei protocolli: ciò alla lunga permetterà di far rientrare ancora più pazienti nelle finestre terapeutiche a più alta efficacia, che sono quelle più brevi, attuando sempre più il concetto di *time is brain*.

Commento di Francesco Falaschi Pronto Soccorso Accettazione Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Serial 2-Point Ultrasonography Plus D-Dimer vs Whole-Leg Color-Coded Doppler Ultrasonography for Diagnosing Suspected Symptomatic Deep Vein Thrombosis: A Randomized Controlled Trial. Bernardi E. et al. *JAMA* 2008; 300 (14): 1653-1659.

Studio multicentrico randomizzato condotto in 14 centri di ultrasonografia italiani (gennaio 2003-marzo 2007) per validare un modello di approccio basato sull'ecografia compressiva in 2 punti + dosaggio del D-dimero (strategia 2-punti) verso l'ecografia color-doppler venosa degli arti inferiori standard (strategia intera-gamba) per l'esclusione di TVP a rischio embolico.

La strategia 2-punti prevedeva la valutazione della compressibilità o meno della vena femorale comune a livello inguinale e della vena poplitea a livello del cavo popliteo (proiezione traversa, sonde lineari 5-10 MHz) e il dosaggio del D-dimero con un kit bed-side basato sull'agglutinazione dei GR e interpretazione visiva si/no (SimpliRED D-Dimer AGEN Biomedical Ltd, Brisbane, Australia). I pazienti con ecografia positiva per trombosi TVP prossimale (vena non comprimibile) venivano avviati ad esame completo e terapia anticoagulante. I pazienti con ecografia negativa (vene comprimibili) e D-dimero positivo venivano ricontrollati entro 7 giorni e, se l'ecografia era ancora negativa, venivano rinviati al follow up di 3 mesi senza terapia anticoagulante. I pazienti con ecografia negativa e D-dimero negativo venivano direttamente rinviati al controllo a 3 mesi.

La strategia intera-gamba prevedeva l'esecuzione di un esame ecografico-doppler venoso completo degli arti inferiori, senza dosaggio del D-dimero in quanto gold standard per la diagnosi di TVP. I pazienti con esame negativo (assenza di trombosi venosa) venivano rinviati al controllo a 3 mesi.

Risultati: con la strategia 2-punti sono state diagnosticate alla prima visita 217 TVP prossimali su 1.045 pazienti esaminati (20.8%); degli 828 pazienti con ecografia negativa, 256 (30.9%) avevano il D-dimero positivo e hanno ripetuto l'ecografia 2-punti entro 7 giorni che è risultata positiva per TVP in 14 di essi (5.5%). Degli 814 pazienti complessivi con ecografia 2-punti negativa, 7 hanno avuto una diagnosi di tromboembolia durante il follow-up (0.9%).

Con la strategia intera-gamba, invece, su 1.053 pazienti esaminati, sono state diagnosticate 278 trombosi venose profonde (26.4%), di cui 213 prossimali (20.2%) e 65 isolate muscolari, tibiali o peroneali (6.2%). Dei 775 pazienti con eco-doppler intera-gamba negativo, 9 hanno avuto una diagnosi di tromboembolia durante il follow-up (1.16%).

La differenza osservata fra le due strategie in termini di tromboembolia sintomatica al termine dei 3 mesi di follow-up è stata dello 0.26%, valore che determinerebbe una sostanziale equivalenza fra i 2 approcci.

Oltre agli aspetti certamente interessanti relativi alla controversa indicazione alla terapia anticoagulante nelle trombosi venose isolate che questo studio affronta, per il medico di pronto soccorso sarebbe rilevante poter contare su di un protocollo "rule-out" per la TVP prossimale sicuro, rapido e di facile e ubiquitaria applicazione.

Commento di Paolo Pinna Parpaglia U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso P.O. "SS Annunziata" ASL n.1 - Sassari

Cardio-Cerebral Resuscitation Improves Neurologically Intact Survival of Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Kellum MJ, et al. *Ann Emerg Med* 2008;52:244-252.

Dati della ricerca indicano benefici dall'impiego di nuove strategie di trattamento sul recupero dello stato neurologico in pazienti sottoposti a rianimazione cardiopolmonare per arresto cardiaco. In questo studio sono stati confrontati in due periodi successivi (2000-2003 vs. 2004-2007) i risultati dell'attività di soccorso nell'arresto cardiaco dopo impiego delle linee guida *American Heart Association* 2000 confrontati con i risultati ottenuti mediante la cosiddetta "rianimazione cardio-cerebrale" che prevede oltre alle metodologie precedenti la cosiddetta "ipotermia controllata". I risultati di questo studio eseguito su soggetti rianimati, con evento testimoniato da laici, e con ritmo di presentazione defibrillabile documentano un chiaro vantaggio della rianimazione cardio-cerebrale rispetto alla rianimazione cardio-polmonare. Nel primo periodo (impiego della linea guida AHA 2000) risultano sopravvissuti 18/92 (20%) soggetti di cui 14/92

(15%) con pieno recupero dello stato neurologico. Nel periodo di confronto in cui è stata impiegata la rianimazione “cardio-cerebrale” sono sopravvissuti 42/89 soggetti (47%), di cui ben 35/89 (39%) con pieno recupero dello stato neurologico.

Le conclusioni, se confermate in studi successivi, indicherebbero significativi benefici dall'applicazione precoce fin dal soccorso sul territorio di tecniche di rianimazione cardio-cerebrale nel paziente con arresto cardiaco.

Commento di Andrea Fabbri

Acute Pharmacological Conversion of Atrial Fibrillation to Sinus Rhythm. Is Short-Term Symptomatic Therapy Worth It? A Report From the December 2007 Meeting of the Cardiovascular and Renal Drugs Advisory Committee of the Food and Drug Administration. William R Hiatt, *et al.* *Circulation* 2008; 117: 2956-7

Questo interessante report, ripercorrendo le tappe della valutazione per l'approvazione di 2 nuovi farmaci (vernakalant e tedisamil) per la cardioversione acuta della fibrillazione atriale (AF) a ritmo sinusale, risolve il problema delle corrette indicazioni (secondo un labile rapporto costo / beneficio) e degli obiettivi del trattamento della AF. La cardioversione è sostanzialmente raccomandata nei pazienti con AF di recente insorgenza con instabilità emodinamica, eccessiva frequenza di risposta ventricolare, ischemia miocardica, o per la risoluzione della sintomatologia acuta (cardiopalmò, dispnea, angina, intolleranza allo sforzo, presincope); la cardioversione farmacologica pare meno efficace rispetto alla elettrica (per risultati e complicanze) per quanto numerosi farmaci siano approvati per questa indicazione; la cardioversione spontanea si ha sino al 73% dei casi nelle prime 24 ore dall'esordio, ed in meno del 50% dopo le 72 ore. Il confronto a lungo termine tra le due strategie del rhythm control e del rate control ha mostrato come il secondo correli con minore rischio di stroke, eventi tromboembolici e mortalità, ponendo il ripristino del ritmo sinusale come indicato a lungo termine per il rilievo dei sintomi. Per la cronaca, entrambi i farmaci analizzati, si sono dimostrati efficaci nella cardioversione acuta della AF, nella riduzione della necessità di cardioversione elettrica e nella riduzione dei sintomi; alla luce del complessivo confronto con il placebo e secondo il tasso di mortalità e severi eventi avversi, il vernakalant ha visto la commissione non unanime per la sua approvazione (6 a favore, 2 contro) ed il tedisamil è stato unanimemente non approvato (anche dati la ridotta finestra terapeutica ed il non agevole calcolo del dosaggio).

Commento di Rodolfo Ferrari

Clinical Assessment of the Patient With a Suspected Pulmonary Embolism. Richard Sinert, Matthew Foley. *Ann Emerg Med* 2008;52:76-9

Da questa analisi sulla tromboembolia polmonare (PE), in riferimento ad un precedente articolo (*JAMA* 2003;290:2849), si raccomanda di suffragare la valutazione ed il giudizio clinico sulla probabilità diagnostica pre-test con uno degli scores oramai ampiamente validati in letteratura per stratificare con accuratezza il profilo di rischio di PE nel singolo paziente. La PE ha notoriamente una estrema varietà ed aspecificità nell'aspetto della sua presentazione clinica ed un elevato tasso di mortalità; la valutazione da parte del medico del DEA deve orientarsi ad ampio spettro e contemplare tutte le ipotesi di terapia, di approfondimento diagnostico o di dimissibilità del singolo soggetto in cui la PE è sospettata, secondo un vasto profilo di probabilità.

L'“occhio clinico” e l'esperienza sono fondamentali, ma evidentemente non bastano; la valutazione di scores decisionali che garantiscano una validazione esterna più “obiettiva”, quali quello del gruppo di Wells (*Ann Intern Med* 1998;129:997), e la misura del D-dimero (utile, se negativo, solo nell'esclusione della diagnosi di PE nei soggetti a bassa probabilità) permettono di aumentare l'accuratezza diagnostica di PE nel DEA.

Commento di Rodolfo Ferrari

Debriefing after failed paediatric resuscitation: a survey of current UK practice. S Ireland, et al. *Emerg Med J* 2008; 25: 328-330

La tecnica del debriefing, introdotta nel mondo militare dal generale Marshall durante la seconda guerra mondiale, è stata applicata nei momenti di “crisi” a seguito di un evento traumatico anche in ambiente medico. La prima standardizzazione di un metodo risale al 1983 con Mitchell che propone un modello di approccio strutturato in 7 fasi che si realizzi a 24-72 ore dall'evento, in presenza di esperti sia nello specifico campo medico di cui si tratti, sia degli aspetti psicologici. Una review Cochrane non ha evidenziato l'utilità di una singola seduta di debriefing nella prevenzione del cosiddetto “post-traumatic stress disorder”, ma gli studi analizzati non facevano riferimento ad alcun metodo strutturato (che in diversi altri lavori si è invece rivelato utile nel ridurre segni e sintomi di distress).

In questo studio svolto nel Regno Unito si è ricercata una valutazione descrittiva da parte di personale medico ed infermieristico, secondo un questionario a risposte chiuse, ma anche aperto a commenti e note, del debriefing dopo un intervento di rianimazione su un paziente pediatrico con esito infausto (il che rappresenta per i professionisti dell'urgenza, che ne abbiano avuto esperienza, probabilmente l'evento di massimo trauma e crisi). La pratica del debriefing in questi casi pare particolarmente diffusa ed apprezzata, avviene entro circa una settimana dall'evento, riguarda aspetti sia medici che psicologici e viene guidata e “moderata” da uno dei leaders (medico o infermiere, per quanto non specificamente formati per questa mansione) che erano presenti. Tra i tanti aspetti interessanti emersi nei commenti, assumono particolare rilievo: la necessità di un riferimento anche successivo a cui rivolgersi per affrontare e curare l'aspetto psicologico, l'opinione complessivamente positiva sulla pratica del debriefing, la necessità di aggiornare e rivalutare le linee guida e la formazione specifica relativa alle problematiche affrontate, la importanza di coinvolgere precocemente figure leader esperte di riferimento. Risulta quindi fondamentale durante il debriefing servirsi per l'aspetto medico degli strumenti propri del governo clinico e, per il versante psicologico, avere canali di supporto aperti per gli ulteriori provvedimenti del caso per ogni singolo individuo, qualora ritenuto necessario o utile.

Commento di Rodolfo Ferrari

• Aggiornamenti

“ la PCI dopo trombolisi efficace non è subito raccomandata, al contrario la PCI di salvataggio è tempo-dipendente...” a cura di

Alessandro Carbonaro, UTIC-Cardiologia Ospedale Ferrarotto Catania

Il FAST-MI è un registro realizzato in Francia, simile ai nostri Blitz, con una larga rappresentatività dei centri e un breve (un mese) periodo di rilevazione. Rappresenta la continuazione del RegistroUSIC, condotto sempre in Francia nel 2000. I criteri di inclusione sono stati tenuti più semplici possibili, accettando tutti i pazienti arrivati in UTIC entro 48 ore dall'inizio dei sintomi qualificanti. Durante il periodo di osservazione (ottobre 2005) 1.714 pazienti sono stati inclusi e di essi il 60% ha subito qualche tipo di terapia riperfusiva. Questo dato (60% di riperfusioni) appare comunque in crescita rispetto al 51% registrato nell'USIC 2000.

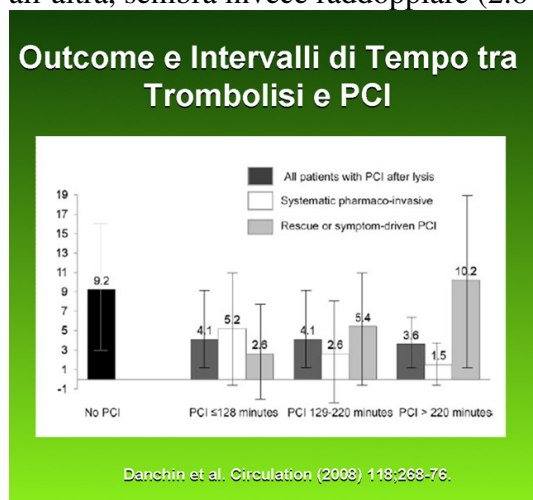
Rispetto allo stessoUSIC 2000 anche il tipo di riperfusione si è drasticamente modificato; **la trombolisi preospedaliera** è passata dal 9% al 18%, mentre la **trombolisi ospedaliera** è stata usata nell'11% dei pazienti, in netto calo rispetto al 18% dell'USIC 2000, **e la PCI primaria** è salita al 33% rispetto al 23% di cinque anni prima. I tempi di riperfusione sono stati in linea con le attese per quanto riguarda la trombolisi preospedaliera, con un ritardo dalla prima chiamata alla riperfusione di 45 minuti, mentre sono stati notevolmente superiori alle attese per quanto riguarda la PCI primaria, con un ritardo dalla prima chiamata al gonfiaggio del pallone di 170 minuti.

La mortalità ospedaliera a un anno è risultata non significativamente inferiore con la trombolisi rispetto alla PCI (4.3% vs 5.0% a trenta giorni e 6.4% vs. 8.5% a un anno). Da evidenziare che la mortalità a un anno dei pazienti trattati con PCI sia stata praticamente identica a quella dei pazienti

trattati con trombolisi ospedaliera (8.5% vs. 8.2%) La mortalità a un anno nei pazienti trattati con trombolisi preospedaliera è invece stata inferiore (5.3 %), anche se statisticamente non significativa. Anche la percentuale di utilizzo della PCI dopo trombolisi si è modificata in modo importante. Nel FAST MI infatti il 96% dei pazienti trattati con trombolisi sono stati sottoposti a coronarografia, l'84% (5 su 6) ha ricevuto anche una PCI e di questi il 58% è stato trattato entro 24 ore. Tale percentuale appare in lieve calo rispetto all'USIC 2000, dove il 66% dei pazienti trattati con trombolisi ha ricevuto una PCI nelle prime 24 ore. Questi dati hanno permesso di dare un'ipotesi di una risposta all'antico quesito su quando sia il momento ideale per eseguire una PCI dopo un trattamento trombolitico efficace.

Lo studio FAST-MI riesce a dare una risposta abbastanza convincente, mostrando che le PCI sistematiche dopo fibrinolisi vanno generalmente peggio se vengono eseguite entro due ore dalla trombolisi per poi migliorare progressivamente la loro performance man mano che il tempo dalla trombolisi aumenta (mortalità a 30 giorni 5.2% vs 2,6% vs 1.5%). In pratica la mortalità appare dimezzarsi se invece di eseguire la PCI dopo meno di 128 minuti si aspetta un tempo compreso tra 129 e 220 minuti per poi quasi ulteriormente dimezzarsi se si aspetta oltre 220 minuti.

Al contrario le PCI di salvataggio hanno risultati progressivamente peggiori con l'aumentare della distanza temporale dalla trombolisi. In questo caso la mortalità, passando da una fascia temporale all'altra, sembra invece raddoppiare (2.6% vs 5.4% vs 10.2%).



Riflessioni :

1) Lo studio FAST-MI dimostra chiaramente come un sistema dell'emergenza efficiente, dotato di medico a bordo, riesca a produrre risultati estremamente soddisfacenti sia che utilizzi la trombolisi preospedaliera sia che invii il paziente a fare una PCI primaria, sia che utilizzi nello stesso paziente entrambe queste procedure.

2) Lo studio dimostra, inoltre, come la fretta sia cattiva consigliera quando il trombolitico ha fatto il suo dovere e ha riaperto l'arteria responsabile dell'infarto e, d'altro canto invece, la decisione di fare una PCI di salvataggio sia una decisione da non dilazionare troppo.

In conclusione quindi possiamo dire, grazie al FAST MI, che esiste la dimostrazione che il miglior trattamento dei pazienti con IMA non passa attraverso una adozione sistematica della PCI primaria, ma attraverso **l'identificazione del miglior trattamento** possibile per quel singolo paziente, tenendo in considerazione variabili importanti come tempo di presentazione e disponibilità immediata di una emodinamica.

Bibliografia

1. Danchin et al. Comparison of Thrombolysis Followed by Broad Use of Percutaneous Coronary Intervention With Primary Percutaneous Coronary Intervention for ST-Segment-Elevation Acute Myocardial Infarction. Data From the French Registry on Acute STElevation Myocardial Infarction (FAST-MI). Circulation 2008 118; 268-76.
2. Danchin et al. Impact of prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction on 1-year outcome: results from the French Nationwide USIC 2000 Registry. Circulation 2004; 110:1909-15

Salute e immigrazione, ovvero medicina e politica. A cura di Luca Iaboli e Mariagrazia Fasoli* (*Direttore del Ser.T. 2 dell'ASL Brescia)

“La medicina è una scienza sociale e la politica altro non è che una medicina su larga scala“ (1)
Nell’ambito della discussione in senato del cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” (2) è stato depositato un emendamento che mina uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese: la garanzia di accessibilità ai servizi “urgenti ed essenziali” per la componente irregolare e clandestina (3). L’emendamento chiede l’abrogazione di un comma della legge sull’immigrazione (4), secondo cui: “l’accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”. (5) Cancellando questo comma, il rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria, potrebbe creare una barriera insormontabile per l’accesso e spingere gli stranieri ad una “clandestinità sanitaria”.

Le conseguenze metteranno in pericolo sia il singolo, che non accederà al servizio se non in situazione di urgenza e cercherà percorsi paralleli al di fuori del controllo della Sanità Pubblica, sia la popolazione, per la presenza sul territorio di persone senza cure adeguate ed il conseguente rischio di diffusione di malattie trasmissibili come la tubercolosi o malattie veneree.

Varie associazioni: la Società Italiana della Medicina delle Migrazioni (3), Medici Senza Frontiere (6), l’Associazione Studi Giuridici sull’Immigrazione (7), e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (8) rivolgono un appello a tutte le forze politiche perchè il Parlamento respinga la proposta emendativa all’attuale legge sull’immigrazione. Rudolf Virchow, citato all’inizio, è il fondatore della medicina sociale: nella sua visione, politiche e sistemi sociali possono avere profondi effetti positivi o negativi sulle salute pubblica. A prescindere da ideologie partitiche, il provvedimento in questione non produrrà effetti positivi nemmeno in termini di riduzione degli stranieri senza permesso di soggiorno (*ndr: che certo non programmano di venire in Italia per il gusto di usare il nostro Sistema Sanitario*).

Sono invece prevedibili gli effetti negativi: l’arricchimento di speculatori a spese degli irregolari in grado di pagare prestazioni in nero, la trasformazione dei più poveri in mine vaganti sanitarie, le malattie infettive fuori sorveglianza ed i servizi di emergenza ridotti, una volta di più, a rappresentare l’ultima frontiera di un problema fuori controllo.

Aggiornamento al 10/11/08: l’emendamento non è stato approvato (1). Nella seduta del 5 novembre delle Commissioni riunite del Senato, al momento della votazione, è stato stralciato l’emendamento 18.0.8 che riguardava la segnalazione di stranieri senza permesso di soggiorno all’autorità. Un frutto del pressing tecnico-deontologico?

- I. (1) http://www.stranieriinitalia.it/attualita-senato_arriva_in_aula_il_ddl_sicurezza_6377.html
Rudolf Virchow (1821-1902): medico, patologo e antropologo. “Medicine is a social science, and politics is nothing more than medicine on a grand scale.”
- II. Pacchetto Sicurezza, Atto del senato n°733
- III. SIMM (Società Italiana Medicina Migrazioni). “Appello SIMM: ritirare l’emendamento che modifica l’art. 35 del T.U.! Un atto inutile e dannoso anzi pericoloso” 20 ottobre 2008. <http://simmweb.it>
- IV. Ordini del giorno ed emendamenti al disegno di legge N.733: articolo 18.0.8 Bricolo, Mauro, Bodega, Mazzatorta, Vallardi - Gruppo Lega Nord Padania “Art. 18-bis: modifiche all’articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286”, ottobre 2008
- V. Comma 5 dell’articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull’immigrazione).
- VI. Medici Senza Frontiere. “A rischio il diritto fondamentale alla salute per gli immigrati irregolari”, 16 ottobre 2008. <http://medicisenzafrontiere.it>
- VII. ASGI (Associazione Studi Giuridici sull’Immigrazione), 17 ottobre 2008. <http://www.asgi.it>
- VIII. FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri) . “Decreto sull’immigrazione: forte e legittima preoccupazione dei medici e degli odontoiatri italiani.” http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_7058.pdf

- IX. Rudolf Virchow (1821-1902): medico, patologo e antropologo. “Medicine is a social science, and politics is nothing more than medicine on a grand scale.”
- X. Pacchetto Sicurezza, Atto del senato n°733
- XI. SIMM (Società Italiana Medicina Migrazioni). “Appello SIMM: ritirare l’emendamento che modifica l’art. 35 del T.U.! Un atto inutile e dannoso anzi pericoloso” 20 ottobre 2008. <http://simmweb.it>
- XII. Ordini del giorno ed emendamenti al disegno di legge N.733: articolo 18.0.8 Bricolo, Mauro, Bodega, Mazzatorta, Vallardi - Gruppo Lega Nord Padania “Art. 18-bis: modifiche all’articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286”, ottobre 2008
- XIII. Comma 5 dell’articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull’immigrazione).
- XIV. Medici Senza Frontiere. “A rischio il diritto fondamentale alla salute per gli immigrati irregolari”, 16 ottobre 2008. <http://medicisenzafrontiere.it>
- XV. ASGI (Associazione Studi Giuridici sull’Immigrazione), 17 ottobre 2008. <http://www.asgi.it>
- XVI. FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri) . “Decreto sull’immigrazione: forte e legittima preoccupazione dei medici e degli odontoiatri italiani.” http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_7058.pdf

CHAD2 score per rischio di stroke da FA a cura di Mauro Fallani

Score per determinare il rischio di stroke dopo diagnosi di FA parossistica ricorrente (almeno 2 episodi), persistente o permanente e la terapia profilattica.

Il nome è l’acronimo degli items da valutare (Congestive heart failure, History of hypertension, Age > 75 aa, Diabetes, 2° episode of stroke or TIA)

calcolo del CHAD2		
scompenso cardiaco	1	il beneficio del warfarin eccede il rischio per score ≥ 2
anamnesi di ipertensione	1	
età > 75 aa	1	
diabete	1	
precedente stroke o AIT	2	

CHAD2 score	% incidenza stroke/anno	indicazione terapeutica	rischio di emorragia maggiore
0	1.9		
1	2.8	ASA	1.5
2	4		
3	5.9		
4	8.5	warfarin	2.2
5	12.5		
6	18.2		

Bibliografia: Validation of clinical classification schemes for predicting stroke. Results of national registry of atrial fibrillation JAMA 2001; 285: 2864-2870