

N° 86 Febbraio 2009

Indice

Reviews e Linee guida

- Transient ischemic attack: diagnostic evaluation. Steven R Messé and Edward C Jauch. **Ann Emerg Med** August 2008; 17-26
- ACOG Practice Bulletin No. 91: Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. **Obstet Gynecol.** 2008; 111: 785-794.
- Analgesia in Patients With Acute Abdominal Pain: To Withhold or Not to Withhold? Richard Sinert, Uché Blackstock. **Ann Emerg Med** 2008;52:563-6

Lavori

- A recognition tool for transient ischaemic attack. J. Dawson, *et al.* **Q J Med** 2009; 102: 43-49
- Usefulness of Three Posterior Chest Leads for the Detection of Posterior Wall Acute Myocardial Infarction. Raed A. Aqel *et al.* **Am J Cardiol** 2009; 103: 159-164.
- A Critical Comparison of Clinical Decision Instruments for Computed Tomographic Scanning in Mild Closed Traumatic Brain Injury in Adolescents and Adults. Stein SC. *Et al.* **Annals of Emergency Medicine** 2009;53:180-188.
- BNP-Guided vs. Symptom-Guided Heart Failure Therapy. The Trial of Intensified vs. Standard Medical Therapy in Elderly Patients With Congestive Heart Failure (TIME-CHF) Randomized Trial. Pfisterer M, *et al.* **JAMA** 2009; 30:383-392.
- Tandem measurement of D-Dimer and Myeloperoxidase or C-reactive Protein to effectively screen for pulmonary embolism in the emergency department. Mitchell AM *et al.* **Academic Emergency Medicine** 2008; 15: 800-805.
- A comparison of epinephrine and norepinephrine in critically ill patients. Myburgh JA *et al.* **Intensive Care Med** 2008; 34: 2226-2235.
- Clinical efficacy of dexamethasone for acute exudative pharyngitis. Ali Tasar *et al.* **J Emerg Med.** 2008; 35(4): 363-367
- Evaluation of third nerve palsy in the emergency department. Michael M. Woodruff *et al.* **J Emerg Med** 2008; 35(3): 239-246
- There Was a Young Man Who Swallowed a Nail...Perhaps He'll Die. Albert B. Lowenfels. **Medscape** <http://cme.medscape.com/viewprogram/18765?src=mp>

Aggiornamenti

- Score ABCD² per valutare il rischio precoce di ictus in paziente con TIA. A cura di Mauro Fallani
- Incidenti Stradali – Anno 2007. A cura di Daniele Camisa, DEA A.O. Melegnano
- Illuminiamoci di meno! A cura di Luca Iaboli

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ mauro.fallani@sanita.marche.it

Redazione: Andrea Fabbri² dr.andrea.fabbri@gmail.com **Rodolfo Ferrari**³ dr.rofer@libero.it **Luca Iaboli**⁴ liaboli@hotmail.com **Rita Previati**⁵ preri@libero.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 disponibili all'indirizzo <http://www.simeu.it/regioni/EmiliaRomagna/index.html>

Reviews e Linee Guida

Transient ischemic attack: diagnostic evaluation. Steven R Messé and Edward C Jauch. **Ann Emerg Med August 2008:** 17-26

La gestione dei pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA) ha visto importanti modificazioni in questi ultimi anni. In passato, andavamo dal quadro drammatico dell'ictus cerebrale (con ben poche armi terapeutiche a disposizione) a quello apparentemente innocente del TIA (per il quale, nella maggioranza dei casi, si riteneva appropriato un atteggiamento di 'rilassato' approfondimento diagnostico). Le cose oltre a essere cambiate drasticamente per lo stroke, hanno preso una svolta decisiva anche per l'ischemia cerebrale transitoria.

La ricerca dimostra, infatti, sempre più chiaramente che i soggetti colpiti da un TIA sono a rischio di eventi successivi ben più gravi (uno stroke entro 45 giorni, ad esempio, si osserva nel 10% dei soggetti) e che questi tendono a verificarsi a breve distanza dal primo evento ischemico. La cosa è estremamente importante per noi medici d'urgenza e, ovviamente, per gli stessi pazienti. Ben il 50% degli eventi cardiovascolari severi, infatti, si verifica statisticamente nelle prime 48 ore e questo rende imperativa una valutazione rapida già all'interno del dipartimento d'emergenza. Ma cosa dobbiamo andare a cercare? E in chi? Il concetto generale è identificare i casi con maggior rischio, e concentrare su questi le nostre iniziative. Alcune cause di TIA con alto rischio di stroke (come ad esempio la stenosi dei grandi vasi o la fibrillazione atriale) sono, infatti, suscettibili di qualche intervento preventivo e devono perciò essere diagnosticate per poter avviare precocemente le terapie che ne prevengono l'evoluzione.

Messé e Jauch ci vengono in aiuto con una review pubblicata sugli *Annals of Emergency medicine* che cerca di fornire raccomandazioni EBM su questo argomento (molte delle linee guida pubblicate sono *Consensus guidelines* di utilità limitata), tenendo conto anche del fatto che molti pronto soccorso hanno un accesso limitato alla neuroradiologia e altre indagini diagnostiche.

Sinteticamente, gli autori di questa review (medici d'emergenza esperti in stroke e neurologi esperti del campo) sottolineano come la valutazione consista nel facilitare un'indagine dello stato dei sistemi metabolici, cardiaco e neuro vascolare dei pazienti colpiti da TIA. Come minimo, scrivono, si devono fare i seguenti test: una glicemia capillare; esami ematici (elettroliti, emocromo, coagulazione) ed analisi delle urine; TC senza mdc; ECG e monitoraggio continuo.

Le indagini diagnostiche vascolari come il doppler TSA, la angiografia con TC o RMN, devono essere fatte in urgenza a secondo della stratificazione del rischio di malattia nel singolo paziente. Si deve, infine, prendere in considerazione l'esecuzione di un ecocardiogramma se non vengono identificate anomalie dei grandi vasi.

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

ACOG Practice Bulletin No. 91: Treatment of urinary tract infections in non-pregnant women. Obstet. Gynecol. 2008; 111: 785-794.

Circa l'11% delle donne in USA presenta almeno un episodio diagnosticato come infezione delle vie urinarie (UTI) e la probabilità nel corso della vita di avere una UTI è del 60%. Ciononostante regna la confusione riguardo al modo di affrontare questa evenienza.

Le attuali linee guida si riferiscono alle UTI non complicate, cioè in assenza di diabete mellito, anomalie anatomiche, pregressi interventi urologici, litiasi renale, cateteri vescicali, danno spinale, immuno-compromissione o gravidanza.

Solitamente la sintomatologia è caratterizzata da disuria, pollachiuria e stranguria, talvolta associata a dolore ipogastrico e raramente febbre ed ematuria. I sintomi dell'uretrite da *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* oppure da herpes simplex virus tipo 1 e tipo 2 sono simili e queste infezioni vanno eventualmente escluse.

Nelle infezioni urinarie alte e nelle pielonefriti spesso sono presenti febbre, brivido, dolore al fianco e disturbi urinari.

Le specifiche raccomandazioni pratiche (con il loro livello di evidenza) sono le seguenti:

- non vi è indicazione a screening e terapia della batteriuria asintomatica (livello di evidenza, A).
- nelle pielonefriti la terapia antimicrobica dovrebbe durare almeno 14 gg (livello di evidenza, A).
- nelle cistite non complicate, anche in età geriatrica, gli antibiotici andrebbero somministrati per 3 gg (livello di evidenza, A).
- l'uricoltura non è necessaria per trattare una UTI sintomatica con piuria o batteriuria (livello di evidenza, B).
- Nelle cistiti acute non complicate i beta-lattamici (comprese cefalosporine di 1^a generazione e amoxicillina) sono meno efficaci dei trattamenti sotto riportati (livello di evidenza, C).

Regimi terapeutici possibili:

1. **Trimethoprim-sulfamethoxazole:** 1 cp (160 mg trimethoprim-800 mg sulfamethoxazole) x 2 volte al dì per 3 gg. Possibili effetti collaterali: febbre, rash, fotosensibilizzazione, neutropenia, trombocitopenia, anoressia, nausea, vomito, prurito, cefalea, orticaria, sindrome di Stevens-Johnson e epidermolisi tossica.
2. **Trimethoprim** 100 mg x 2 die per 3 gg. Possibili effetti collaterali: rash, prurito, fotosensibilizzazione, dermatite esfoliativa, sindrome di Stevens-Johnson syndrome, necrosi tossica cutanea e meningite asettica.
3. **Ciprofloxacina** 250 mg x 2 die per 3 gg, **Levofloxacina** 250 mg die per 3 gg, **Norfloxacina** 400 mg x 2 die per 3 gg, or **Gatifloxacina** 200 mg die per 3 gg. Possibili effetti collaterali: rash, confusione, convulsioni, irrequietezza, cefalea, ipo e iper glicemia, e rottura del tendine di Achille nei soggetti con oltre 60 aa.
4. **Nitrofurantoina** 50 to 100 mg 4 volte al gg per 7 gg, o **nitrofurantoina monoidrato** 100 mg x 2 die per 7 gg. Possibili effetti collaterali: anoressia, nausea, vomito, ipersensibilità, neuropatia periferica epatite, anemia emolitica e reazioni polmonari.
5. **Fosfomicina** 3gr in singola dose. Possibili effetti collaterali: diarrea, nausea, vomito, rash, e ipersensibilità.

Nelle donne con UTI ricorrenti la profilassi continua si è dimostrata efficace (95%) usando 1 dose giornaliera di nitrofurantoina, norfloxacina, ciprofloxacina, trimethoprim, trimethoprim-sulfamethoxazole.

L'imaging nelle UTI delle basse vie è raramente necessario con l'esclusione delle situazioni di mancata risposta alla terapia antimicrobica con peggioramento clinico. L'indagine più semplice è l'ecografia ma si può rendere necessaria anche urografia

Commento di Mauro Fallani

Analgesia in Patients With Acute Abdominal Pain: To Withhold or Not to Withhold? Richard Sinert, Uché Blackstock. **Ann Emerg Med** 2008; 52:563-6

Commento di una recente review Cochrane {Analgesia in patients with acute abdominal pain. Manterola C., et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD005660}. Nella pratica chirurgica viene tradizionalmente evitato l'uso di analgesici per timore di mascherare segni e sintomi e quindi ritardare la diagnosi; questo "mito" trova scarsa evidenza che lo supporti. Sono stati valutati 6 trial clinici randomizzati (669 soggetti di età >16 anni) con confronto tra analgesia con oppioidi verso placebo nel dolore addominale acuto prima di un intervento chirurgico. Non si rileva alcun rischio nel gruppo trattato con oppioidi rispetto ai controlli per gli esiti osservati (cambiamento dell'esito della valutazione obiettiva, errori ed accuratezza nel processo decisionale e diagnostico, morbilità), né nella durata del tempo di osservazione in ospedale. Restano, ovviamente, alcune zone d'ombra, e non va dimenticato che oggi le tecniche di immagine apportano un contributo spesso decisivo nell'inquadramento clinico e diagnostico di un caso di sospetto addome acuto al di là

dell'evoluzione dell'obiettività. Emerge quindi come il somministrare analgesici oppioidi, oltre ad apportare un evidente beneficio al paziente, non aumenti il rischio di errore in fase diagnostica.

Commento di Rodolfo Ferrari

Lavori

A recognition tool for transient ischaemic attack. J. Dawson, *et al.* **Q J Med 2009**; 102: 43-49

Nel Regno Unito le linee guida indicano la necessità che un soggetto con sospetto attacco ischemico transitorio (TIA) o minor stroke (MS) debba essere valutato ed inquadrato presso un centro specializzato entro 7 giorni dall'episodio, per ridurre il rischio di ulteriori eventi vascolari; in realtà circa la metà dei pazienti viene vista entro 14 giorni, e la maggior parte attende 12 settimane o più per un'eco color Doppler dei tronchi sovra aortici.

Questo studio compiuto a Glasgow si propone di elaborare e convalidare una scala a punti per la definizione diagnostica del sospetto di TIA o MS (casi non indirizzati alla gestione intraospedaliera in regime di ricovero): il fine principale è meglio stratificare il rischio per i soggetti destinati ai centri di riferimento ambulatoriali specificamente istituiti per la definizione e l'approfondimento dei casi a sospetta genesi cerebrovascolare ischemica, aumentando l'accuratezza diagnostica così da diminuire l'invio di casi di natura non-cerebrovascolare e ridurre i tempi d'attesa.

In 9 mesi sono stati valutati i dati di 3216 soggetti, 2215 dei quali (69%) con diagnosi finale di TIA o MS; a partire dalle numerose possibili variabili inizialmente prese in considerazione dagli Autori, è stato selezionato ed elaborato uno score a punteggio pesato (valore da 0.5 a 1.7 per ciascuna voce) fondato su 9 fattori presenti o assenti (storia di stroke o TIA, diplopia, disartria, deficit stenico di un arto, deficit facciale, età, cefalea, perdita di coscienza o presincope, convulsioni). Con un cut off posto al punteggio cumulativo di score > 6.1 per la diagnosi di malattia cerebrovascolare si ottiene accuratezza dell'84% (60% per malattia non-cerebrovascolare) con valore predittivo positivo (PPV) 82% e negativo (NPV) 62%; con il cut off > 5.4 la diagnosi di TIA giunge al 97% (non TIA 24%) con PPV 73% e NPV 78%. Nel gruppo di 237 pazienti in cui si è validato lo score (di cui 143, il 60.3%, con TIA o MS), il primo cut off ha definito la diagnosi cerebrovascolare nell'85% (non TIA 54%) con PPV 74% e NPV 70%, il secondo cut off invece rispettivamente 93% (non TIA 34%) con PPV 68% e NPV 76%. Nel periodo di validazione prospettica dello score, i tempi d'attesa tra l'evento e la valutazione al centro di riferimento si sono ridotti da 14 giorni ad 8 (cut off > 6.1) e 7 (cut off > 5.4).

E' ovvio che, data l'eterogeneità nella clinica del TIA, un semplice score non potrà mai identificare tutti i tipi di evento cerebrovascolare possibili; interessante è che i falsi negativi siano stati casi di emianopsia pura, atassia transitoria, disartria transitoria, deficit sensoriale puro; come sempre, viene rimarcato l'invito a servirsi dello score come integrazione al giudizio clinico.

In conclusione si propone una semplice scala a punteggio per la diagnosi di TIA o MS, utile nel definire quali pazienti indirizzare ad un canale specialistico e quali no, per evitare di sovraccaricare i centri di riferimento per l'approfondimento diagnostico e, quindi, ridurre i tempi d'attesa per la valutazione dei casi a maggior profilo di rischio e con patologia cerebrovascolare più probabile.

Commento di Rodolfo Ferrari

Usefulness of Three Posterior Chest Leads for the Detection of Posterior Wall Acute Myocardial Infarction. Raed A. Aqel *et al.* **Am J Cardiol 2009**; 103: 159-164.

Studio condotto per valutare il valore delle derivazioni posteriori V7, V8 e V9 nel migliorare la sensibilità diagnostica dell'ECG nella sindrome coronarica acuta.

53 pazienti maschi (età 63+/-9), sottoposti a PTCA su a. circonflessa (aCx) per angina stabile (n=43), angina instabile (n=23) e NSTEMI (n=7), hanno partecipato allo studio.

Durante la procedura di angioplastica, il pallone è stato gonfiato per 120'' (meno se comparsa di sintomatologia o alterazioni ECG importanti) a livello ostiale o prossimale della Cx con documentata interruzione completa del flusso a valle e assenza di circoli collaterali, mentre veniva registrato un ECG 12D + 3 D posteriori (ECG 15D).

Durante la procedura di occlusione della aCx, significativamente più pazienti hanno avuto un'elevazione dell'ST nelle derivazioni posteriori che in qualsiasi altra derivazione ($p < 0,0001$). L'ECG 15D si è dimostrato capace di riconoscere un sopraslivellamento S-T $> 0,5$ mm e > 1 mm, in 2 derivazioni contigue, più spesso dell'ECG 12D (OR 2,6 per 0,5 mm e 2,2 per 1 mm).

L'ECG 12 D ha una sensibilità piuttosto bassa nel diagnosticare l'infarto miocardico, maggiormente se conseguente ad occlusione dell'aCx. In questo studio l'impiego dell'ECG 15D, con le derivazioni posteriori V7-9 che "guardano" la porzione infero-basale del cuore, ha permesso di svelare un sopraslivellamento S-T > 1 mm in 2 derivazioni contigue, criterio per una strategia ripercussiva precoce, in un 28% di pazienti in più rispetto all'ECG 12D, portando la sensibilità dell'esame in questo modello sperimentale dal 34% al 62%. Se poi si considerasse come significativo per IMA un sopraslivellamento S-T $> 0,5$ mm in 2 D contigue, la sensibilità diagnostica risulterebbe ancora maggiore.

Sebbene lo studio abbia dei limiti legati essenzialmente al fatto che si tratta di un modello sperimentale di occlusione acuta e di breve durata di un singolo vaso coronarico, serve per rimarcare l'importanza di utilizzare anche le derivazioni aggiuntive posteriori (e magari anche dx) almeno nel primo ECG effettuato in PS per dolore toracico.

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

A Critical Comparison of Clinical Decision Instruments for Computed Tomographic Scanning in Mild Closed Traumatic Brain Injury in Adolescents and Adults. Stein SC. Et al. **Annals of Emergency Medicine** 2009;53:180-188.

Negli ultimi anni numerose sono state le linee guida proposte sul problema trauma cranico lieve con l'obiettivo di ottenere la massima sensibilità diagnostica al costo di un'accettabile numero di TC da eseguire. Tali proposte si diversificano per l'importanza attribuita al numero e al tipo delle variabili predittive di lesione intracranica considerate.

Lo scopo di questo studio è stato quello di eseguire un'analisi di confronto fra principali linee guida disponibili in letteratura (Canadian CT Rules, New Orleans Rules, Neurotraumatology Committee of the World Federation of Neurosurgical Societies, National Emergency X-Radiography Utilization Study II (NEXUS-II), National Institute for Clinical Excellence, Scandinavian Neurotrauma Committee). Il confronto, in termini di sensibilità e specificità, è stato eseguito attraverso un'analisi retrospettiva di un database Italiano (Azienda USL di Forlì) che includeva al momento dell'analisi 7,955 casi in soggetti di età > 10 anni.

Esclusi dall'analisi i casi con anamnesi dubbia di trauma come evento primario, Glasgow coma score < 14 , lesioni penetranti, instabilità dei parametri vitali (trauma severo), rifiuto alle decisioni del medico.

Il confronto fra le diverse linee guida non ha mostrato differenze di sensibilità per la diagnosi di lesione intracranica con indicazioni all'intervento chirurgico. La sensibilità è risultata 100% (95%CI 96% - 100%) per le linee guida NEXUS II, 98.1% (95% CI 93% - 100%) per quelle del National Institute of Clinical Excellence, e 99.1% (95% CI 94% - 100%) per le restanti 4 linee guida.

Il livello di sensibilità per la diagnosi di una lesione intracranica (TC positiva) variava da un livello minimo 95.7% (95% CI 93% - 97%) (Scandinavian) ad un livello massimo 100% (95% CI 98% - 100%) (National Institute of Clinical Excellence).

Per quanto riguarda la specificità invece, si sono osservate variazioni da un livello minimo del 30.9% (95% CI 30% - 32%) (National Institute of Clinical Excellence) ad un livello massimo del 52.9% (95% CI 52% - 54) (Scandinavian).

L'applicazione delle linee guida canadesi (Canadian CT Rules) avrebbe comportato un numero di TC cranio-encefaliche del 53%, Linee guida Canadian e Neurotraumatology Committee of the World Federation of Neurosurgical Societies 56%, New Orleans 69%, NEXUS II 56%, NICE 71%, Scandinavian 50%.

Le conclusioni indicano che le linee guida NEXUS-II e quelle Scandinave propongono le migliori combinazioni di variabili in termini di rapporti sensibilità e specificità per la diagnosi considerando un'ampia popolazione di soggetti. Nonostante un'apparente superiorità delle linee guida NEXUS-II sulla diagnosi di lesione emorragica con indicazione all'intervento chirurgico in urgenza, non è possibile averne la prova dal punto di vista statistico. La superiorità di una linea guida va quindi valutata in rapporto alla soglia di rischio ritenuta accettabile sia per il clinico che per il paziente.

Commento di Andrea Fabbri

BNP-Guided vs. Symptom-Guided Heart Failure Therapy. The Trial of Intensified vs. Standard Medical Therapy in Elderly Patients With Congestive Heart Failure (TIME-CHF) Randomized Trial. Pfisterer M, et al. **JAMA 2009; 2009;30:383-392.**

Questo studio analizza se l'impiego di un marcatore biochimico per decisioni sulla terapia dello scompenso cardiaco apporti vantaggi in termini di outcome rispetto ad un trattamento guidato dal solo giudizio clinico. Questo studio multicentrico controllato e randomizzato (TIMECHF) ha considerato 499 pazienti di età >60 anni, classe NYHA >2, frazione di eiezione <45%, precedenti per scompenso cardiaco da meno di un anno, valori di Nt-pro_BNP almeno 2 volte il valore normale. Lo studio prevedeva l'arruolamento in 15 servizi ambulatoriali Svizzeri e della Germania dal 2003 al 2008 con un follow-up di 18 mesi. Un primo gruppo di soggetti veniva trattato secondo il solo criterio clinico e con l'obiettivo di ridurre il punteggio della classe NYHA, mentre il secondo gruppo veniva trattato in base al livello di Nt-pro-BNP

L'outcome dello studio considerato la sopravvivenza a 18 mesi senza ospedalizzazione per uno scompenso cardiaco e la qualità della vita valutata secondo questionari strutturati. I risultati indicano che la sopravvivenza senza ospedalizzazione è risultata 41% nei soggetti del gruppo BNP, 40% nel gruppo trattato secondo criteri clinici; hazard ratio [HR], 0.91 [95% CI, 0.72-1.14]; $P=0.39$). Al follow up a 18 mesi si è ottenuto un analogo miglioramento della qualità della vita in entrambi i gruppi. L'analisi della sopravvivenza globale intesa come periodo senza necessità di ospedalizzazione indica un vantaggio per il gruppo Nt-pro-BNP 72% rispetto al gruppo solo giudizio clinico (62%); HR, 0.68 [95% CI, 0.50-0.92]; $P=0.01$).

Le conclusioni indicherebbero che le indicazioni terapeutiche per un paziente con lo scompenso cardiaco basate sul valore del NTproBNP non apporterebbero vantaggi rispetto alle indicazioni basate su soli indicatori clinici sia in termini di sopravvivenza che in termini di qualità di vita dei soggetti.

Commento di Andrea Fabbri

Tandem measurement of D-Dimer and Myeloperoxidase or C-reactive Protein to effectively screen for pulmonary embolism in the emergency department. Mitchell AM et al. **Academic Emergency Medicine 2008; 15: 800-805.**

In questo studio prospettico condotto in due dipartimenti d'emergenza del Nord America, sono state valutate due associazione di test per escludere l'embolia polmonare: D-dimero+ mieloperossidasi e D-dimero+ PCR. L'obiettivo era quello di verificare la maggiore specificità dei due test in

associazione rispetto al solo D-dimero e, conseguentemente, il minore impiego di altra diagnostica, come la diagnostica per immagini con TC. Il D-dimero da solo ha una sensibilità del 100% e una specificità del 59% per l'embolia polmonare, mentre l'associazione di D-dimero+MPO ha una sensibilità del 100%, ma una specificità del 73%. Nessun incremento di specificità è stato invece riscontrato per l'associazione D-dimero+PCR. L'utilizzo dell'associazione D-dimero+MPO nel dipartimento d'emergenza ha inoltre consentito una riduzione del 13% delle TC polmonari negative.

Conclusione. Noto da tempo è il ruolo del D-dimero per escludere una embolia polmonare, mentre la sua bassa specificità non ne consente l'utilizzo a fini diagnostici. Gli autori di questo lavoro propongono di effettuare il test MPO sui pazienti positivi al D-dimero, con conseguente minor utilizzo della TC polmonare. Questi dati, comunque, necessitano di ulteriori conferme in prospettiva, essendo lo studio su un piccolo numero di pazienti (304) e su due soli centri.

Commento di Rita Previati

A comparison of epinephrine and norepinephrine in critically ill patients. Myburgh JA et al. **Intensive Care Med 2008; 34: 2226-2235.**

In questo trial prospettico, randomizzato in doppio cieco condotto in 4 centri australiani di Terapia Intensiva sono stati valutate adrenalina e noradrenalina in pazienti in shock da varie cause che necessitavano l'utilizzo di un vasopressore. Il primo obiettivo era il raggiungimento di una pressione arteriosa media >70 mmHg per più di 24 ore senza il vasopressore. Tale obiettivo è stato raggiunto in un tempo medio di 35 ore senza differenze significative fra i due gruppi. Non sono state riscontrate differenze nemmeno riguardo la mortalità a 28 e 90 giorni.

La conclusione degli autori è che, nonostante transitori effetti metabolici e cardiaci maggiori con l'adrenalina, non sono state riscontrate differenze significative fra i due farmaci in termini di mortalità e sostegno del circolo.

Commento di Rita Previati

Clinical efficacy of dexamethasone for acute exudative pharyngitis. Ali Tasar et al. **J Emerg Med. 2008; 35(4): 363-367**

Download article: <http://www.medscape.com/viewarticle/584772>

La faringite acuta, infiammazione del faringe e dei tessuti linfatici circostanti, ha come causa più comune l'etiologia virale, e tra i batteri, il più ricorrente, lo streptococco b-emolitico di gruppo A (*streptococcus pyogenes*), GABHS.

L'approccio standard terapeutico prevede antipiretici, analgesici ed antibiotici se necessari (infezione GABHS-relata), i criteri clinici per il sospetto diagnostico di faringite acuta GABHS-relata sono i Centor criteria (Med Decis Making 1981;1:239-246), che prendono in considerazione la storia di febbre, l'assenza di tosse, la dolorabilità dei linfonodi cervicali anteriori e la presenza di essudato. La presenza di 3-4 dei criteri ha un potere predittivo positivo del 40-60%, viceversa l'assenza di 3-4 criteri ha un potere predittivo negativo del 80%.

In questo studio (prospettico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo) sono stati arruolati 103 pazienti consecutivi afferii ad un DEA, età compresa 18-65 anni con un quadro di presentazione: odinofagia, faringodinia o entrambi.

Tutti i pazienti arruolati avevano due o più dei Centor criteria, ad ognuno di loro fu somministrata empiricamente (non tampone faringeo) AZITROMICINA 500mg/die x 3gg + PARACETAMOLO ogni 6h al bisogno per analgesia, e random, DESAMETAZONE 8mg i.m. in un'unica soluzione al momento dell'arruolamento in doppio cieco, ovvero, l'equivalente in ml di soluzione salina (controllo). Il follow up telefonico eseguito ogni 24h per 96h consecutive, al fine di registrare l'iniziale miglioramento dei sintomi fino alla risoluzione completa.

I risultati indicano un fallimento dell'antibiotico scelto per evidenze scientifiche riguardo i parametri clinici considerati rispetto al gruppo trattato con lo steroide in mono-somministrazione. Gli autori concludono suggerendo che la somministrazione di 8mg di DESAMETAZONE in aggiunta al trattamento standard per la faringite acuta essudativa che risponde a 3-4 dei *Centor criteria*, aggiunge in termini di miglioramento più rapido dei sintomi negli adulti.

Commento di Carlo Arrigo, Montichiari (BS)

Evaluation of third nerve palsy in the emergency department. Michael M. Woodruff et al. **J Emerg Med 2008; 35(3): 239-246**

Download article: <http://www.medscape.com/viewarticle/581630>

La paralisi del terzo nervo cranico é un problema non comune che racchiude un significativo rischio di sviluppo di patologia grave, dovuto alla variabilità di presentazione ed alla frequente associazione con un aneurisma intracranico.

Questo interessante articolo, parte dall'analisi di un caso clinico riguardante un uomo di 59 anni presentatosi ad un DEA con recidiva di emicrania con aura, ma con dolore all'emivolto ed all'occhio di sn presente fin dal giorno precedente. Era presente ptosi palpebrale sn, pupilla iporeagente e parziale deficit all'adduzione dell'occhio, in posizione di riposo era evidente la deviazione dell'occhio sn inferiormente e lateralmente ("down and out").

Dopo un esame neurologico fu posta diagnosi di paralisi isolata completa di III nervo cranico, fu eseguita angio-RM che diede esito negativo, ma considerato l'alto rischio per aneurisma intracranico, fu eseguita l'angiografia cerebrale che evidenziò la presenza di aneurisma della comunicante posteriore <5mm (limite dell'angio-RM e dell'angio-TC).

L'articolo pone 3 quesiti: é una paralisi del terzo n.c.? Se si, é una paralisi isolata? Se si, è una paralisi parziale o completa con o senza coinvolgimento pupillare?

Il percorso è ben definito, i quadri clinici con le relative associazioni patologiche sono assai chiare, ben approfondite le diagnosi differenziali senza tralasciare gli aspetti anatomici del decorso e dei rapporti del III n.c., si ha la possibilità di entrare in possesso di strumenti diretti ed immediati che in modo rapido orientano il clinico ad una sempre maggiore autonomia in termini di "clinical competence", lettura consigliata.

Commento di Carlo Arrigo, Montichiari (BS)

There Was a Young Man Who Swallowed a Nail...Perhaps He'll Die.

Albert B. Lowenfels. Medscape <http://cme.medscape.com/viewprogram/18765?src=mp>

Presentazione di un caso clinico per arrivare a dire che non esistono linee guida per un chiaro comportamento nell'affrontare il problema di un CE ingerito accidentalmente. Dalla linee guida 2002 dell' American Society for Gastrointestinal Endoscopy non esiste una evidenza per tentare la rimozione endoscopica di un CE eccetto che per quelli che si fermano in esofago; infatti le manovre di rimozione hanno comunque dei rischi e i dati di letteratura depongono per una elevata possibilità del CE, anche se appuntito, di attraversare l'intestino senza provocare danni (dall'analisi dei dati dello stato di New York è rara la ospedalizzazione o la necessità chirurgica ed estremamente rara la morte – 1 caso/anno/19x10⁶. Un dato importante è quello sulla non indicazione alla rimozione degli ovuli di stupefacenti volontariamente ingeriti per l'alto rischio di rottura degli essi con possibile intossicazione fatale.

Commento di Mauro Fallani

Aggiornamenti

Score ABCD² per valutare il rischio precoce di ictus in Pz con TIA.

A cura di Mauro Fallani

L' ABCD² score è un punteggio validato predittivo del rischio entro 48 ore di ictus nei Pz con TIA. Lo score viene ottenuto attribuendo un punteggio in base a 5 fattori clinici:

età	≥ 60 aa	1 punto
pressione arteriosa	sistolica ≥ 140 mmHg o diastolica ≥ 90 mm Hg	1 punto
clinica del TIA	ipostenia di un emisoma afasia senza ipostenia	2 punti 1 punto
durata del TIA	≥ 60 min 10-59 min	2 punti 1 punto
presenza di diabete		1 punto

in base al punteggio il rischio di ictus a 48 ore viene considerato:

basso score < 4

moderato score 4-5

elevato score > 5

NB: in caso di rischio moderato-elevato ($score \geq 4$) è indicato il ricovero ospedaliero

Bibliografia:

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007 Jan 27;369(9558):283-92.

Incidenti Stradali – Anno 2007. A cura di Daniele Camisa, DEA A.O. Melegnano

ACI (Automobile Club d'Italia) ed ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) hanno pubblicato le statistiche degli incidenti stradali dell'anno 2007.

Ogni giorno in Italia si verificano in media 633 incidenti stradali, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893. Nel 2007 sono stati rilevati 230.871 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 5.131 persone, mentre altre 325.850 sono i casi con lesioni traumatiche di diversa gravità

Rispetto al 2006, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (- 3,0%) e dei feriti (- 2,1%) e una riduzione più consistente del numero dei morti (-9,5%). Anche l'analisi a lungo termine indica una costante riduzione della gravità degli eventi.

In Italia, nel periodo 2000 – 2007, gli incidenti sono passati da 256.546 a 230.871, i morti da 7.061 a 5.131, i feriti da 360.013 a 325.850. Si è pertanto registrato un decremento del 10% per quanto riguarda il numero di incidenti, del 9,5% per i feriti e del 27,3% per quanto riguarda il numero di morti in incidente. Va sottolineato che, nello stesso periodo, il parco veicolare è cresciuto del 15,7%. Il documento offre poi un confronto con i dati degli altri paesi dell'UE ed un'interessante analisi per luogo dell'evento, distribuzione temporale (ora, giorno, mese), cause, classi di età coinvolte, regione, costi sociali. La pubblicazione è consultabile all'indirizzo:

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf

Illuminiamoci di meno! A cura di Luca Iaboli e Maurizio Pocaforza (** IP, DEA Reggio Emilia)

“Il rullo compressore umano è in marcia. E’ iniziata la sesta estinzione di massa.”

Edward O.Wilson (1)

Questa è la sfida e sono in molti a crederlo: sprecare di meno o estinguersi.

Questa è la sfida per la nostra generazione: costruire una nuova economia, che riutilizza e ricicla tutto, sostenuta in gran parte da risorse energetiche rinnovabili e da un sistema di trasporto efficiente. La nostra moderna, tecnologica e civilizzata (?) società dimentica facilmente che la nostra economia, oltre alla nostra esistenza, si basa sulle risorse della Terra.

Dal clima dipende un ambiente adatto per l’agricoltura e dal ciclo idrologico la disponibilità di acqua, così che ciascuno di noi è vincolato all’ecosistema terra: alle foreste ed ai mari, ai pascoli ed alle barriere coralline.

Uno lavoro durato 4 anni, scritto da 1360 scienziati, il “Millennium Ecosystem Assessment”, testimonia il degrado degli ecosistemi. Secondo il rapporto, 15 delle 24 principali funzioni sono spinte oltre il limite (2). Aumenta la temperatura, i ghiacciai si sciolgono

Causa l’irrigazione e la riduzione delle precipitazioni, il lago Chad, una volta punto di riferimento per gli astronauti in orbita attorno alla terra, non è più visibile dal cielo, essendosi prosciugato del 96% in 40 anni

e le foreste spariscono, ma sembra quasi che desertificazione, riduzione degli specchi d’acqua e scomparsa della biodiversità non ci riguardino: i più numerosi incendi che bruciano foreste, gli uragani più devastanti e le siccità più intense sono coincidenze?

Nelle ultime settimane, complice il freddo, una parte dei media critica queste conclusioni (3), suggerendo che il cambiamento climatico indotto dall’uomo sia una bufala: il contributo delle attività umane all’aumento di CO₂

sarebbe solo una piccola porzione di quello derivante da cause naturali e lo scioglimento dei ghiacciai polari sarebbe solo una variazione ciclica, largamente indipendente dall’attività umana. Ma anche fra gli scettici del riscaldamento globale che credono si tratti di esagerazioni allarmistiche, nessuno ad oggi si sogna di sottovalutare l’inquinamento, il disboscamento e la fragilità degli ecosistemi, e tutti sono d’accordo sul fatto che le nostre magnifiche sorti e progressive sono legate ad energia ad oggi non rinnovabile.

La buona notizia è che tutti i problemi che dobbiamo affrontare sono

risolvibili usando la tecnologia esistente, e quasi tutto quello che occorre fare per costruire un’economia ecologicamente sostenibile è già stato fatto in qualche nazione (vedi Tab. a destra).

Diverse azioni devono essere intraprese simultaneamente e riguardano, oltre a ridurre le emissioni di CO₂ dell’80% entro il 2020, stabilizzare la popolazione, eradicare la povertà, ripristinare gli ecosistemi naturali della terra (4).

Possibile? Sì, se ci sono volontà e fondi: riguardo a questi ultimi, si stima siano necessari 190 bilioni di dollari, una cifra che sembra esagerata, ma si ridimensiona messa accanto ai 3 trilioni di dollari spesi per la guerra in Iraq (5) o ai 33 bilioni di dollari, budget militare nel 2007 nella sola Italia (6).

Che cosa fare? Innanzitutto dipende da noi, da quello che facciamo per invertire questa tendenza.

Esempi da seguire, modificato da (4)

La Danimarca produce il 20% di elettricità dal vento e prevede di aumentare la quota al 50%

Dal 2007, 40 milioni di case cinesi riscaldano l’acqua con pannelli solari

La Corea del Sud, un tempo arida e senza alberi, ha controllato allagamenti ed erosioni ricoprendo di foreste il 65% del territorio

Curitiba, città del Brasile di 1 milione di abitanti, ha ristrutturato il proprio sistema di trasporti nel 1974: da allora la popolazione è triplicata e il traffico di automobili diminuito del 30%

Ad Amsterdam il 40% degli spostamenti in città sono effettuati in bicicletta, mentre Parigi, sta attuando un piano per ridurre il traffico del 40%

All’inizio del 2007 l’Australia ha bandito l’uso dei bulbi incandescenti, sostituendoli con le più efficienti lampade a fluorescenza che usano solo ¼ dell’elettricità

Un vecchio proverbio cinese recita: “se una generazione pianta tre alberi, la successiva avrà dell’ombra”.

Di seguito due proposte.

La prima viene dal progetto “ambulatorio verde” dell’ISDE (7). Si tratta di un piccolo codice di comportamento che permette di ridurre spese e impatto ambientale. Le azioni ed i suggerimenti, per quanto banali possano sembrare e con scarso impatto se considerati singolarmente, fanno parte di azioni quotidiane che se attuate sia a casa che sul lavoro, possono avere una valenza significativa sull’ambiente quando ripetute nel tempo da un gran numero di persone.

<p>Carta: ridurre, riutilizzare e riciclare.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Limita stampe di documenti provvisori per le correzioni: puoi leggere e correggere il documento in video2. Controlla l’anteprima di stampa prima di procedere con la stampa3. Riutilizza la carta scarta stampata solo da un lato per note, blocchi e appunti4. Raccogli vicino alla stampante e alla fotocopiatrice la carta usata per il suo riutilizzo5. Riutilizza le buste usate per la posta interna6. Scrivi sulle buste con la matita per poter cancellare e riscrivere7. Utilizza la carta ecologica anche per le pubblicazioni8. Privilegia l’uso della posta elettronica per inviare messaggi o lettere anche ufficiali quando possibile
<p>Energia elettrica – PC – Fax</p> <ol style="list-style-type: none">1. Privilegia la luce solare e spegni le luci inutili2. Quando esci dal tuo ambulatorio ricordati di spegnere sempre le luci3. Evita l’uso dell’ascensore e privilegia le scale: ci guadagna anche la salute4. Spegni la fotocopiatrice e la stampante a fine lavoro5. Spegni il PC e lo schermo prima di andare a casa (anche durante la pausa pranzo)
<p>Riscaldamento e climatizzazione</p> <ol style="list-style-type: none">1. In inverno mantieni negli ambulatori una temperatura non superiore a 20° per evitare sprechi (termosifoni ad alte temperature con finestre aperte): è più salutare una maglia in più2. In estate mantieni negli ambulatori una temperatura non inferiore a 25° e comunque non più di 8° al di sotto della temperatura esterna3. Spegni i climatizzatori prima di andare via, idem i ventilatori
<p>Acqua</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evita di sprecare acqua lasciandola scorrere inutilmente, se c’è una perdita da un rubinetto o dal WC chiama subito l’addetto alla manutenzione.2. Preferisci l’acqua del rubinetto a quella delle bottiglie e adoperi bicchieri riutilizzabili (vetro): i prodotti usa e getta costituiscono spesso uno spreco a cui facilmente si potrebbe rinunciare, sostituendoli con prodotti riutilizzabili.
<p>Cancelleria</p> <ol style="list-style-type: none">1. Privilegia l’uso di matite colorate al posto di evidenziatori che contengono solventi2. Limita l’uso del bianchetto per lo stesso motivo
<p>Rifiuti pericolosi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Molti prodotti di uso comune sono tossici o pericolosi se vengono buttati nel cestino: non gettate le pile, le cartucce toner, i prodotti delle pulizie, per loro esiste la raccolta differenziata
<p>Aria</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anche la qualità dell’aria di un ufficio può essere viziata da sostanze provenienti dal fumo, dallo smog esterno, da arredi, articoli di cancelleria, prodotti di pulizia. Per mitigare in parte gli effetti esistono piante che hanno la capacità di assorbire le particelle inquinanti e l’ufficio sarà più allegro e accogliente

La seconda proposta è una gara etica di buona pratica ambientale.

Per il quinto anno consecutivo *Caterpillar*, un programma di Radio2 in onda tutti i giorni dalle 18 alle 19.30, lancia *M’illumino di meno* (8), una grande giornata di mobilitazione internazionale in nome del risparmio energetico, che per il secondo anno consecutivo ha ottenuto il patrocinio del Parlamento europeo.

Esiste un enorme, gratuito e sotto utilizzato giacimento di energia pulita: il risparmio.

L'invito rivolto a tutti è quello di spegner le luci e tutti i dispositivi elettrici non indispensabili il 13 febbraio 2008 dalle ore 18 alle 19.30.

Semplici cittadini, scuole, aziende, musei, gruppi multinazionali, società sportive, istituzioni, associazioni di volontariato, università, commercianti e artigiani hanno aderito, ciascuno a proprio modo, alla Giornata del Risparmio. Lo scorso anno il “silenzio energetico” coinvolse simbolicamente le piazze principali in Italia e in Europa: il Colosseo ed il Palazzo del Quirinale, l’Arena di Verona e Palazzo Vecchio a Firenze, il Maschio Angioino a Napoli e Piazza Maggiore a Bologna, a Milano il Duomo e Piazza della Scala, ma anche Parigi, Londra, Vienna, Atene, Barcellona, Dublino, Edimburgo, Palma de Mallorca, Lubiana si sono “illuminate di meno”, come altre decine di città in Germania, in Spagna, in Inghilterra, in Romania.

Milioni di dollari sono usati ogni anno illuminando il cielo, e come risultato un quinto della popolazione mondiale non riesce più a vedere la Via Lattea (9). Che il 13 febbraio sia una buona occasione per *riveder le stelle*?



Bibliografia

1. Wilson E.O. “La creazione.” 2008, Adelphi edizioni. L’autore, che per decenni ha insegnato alla Harvard University, è considerato il più grande entomologo vivente. Ancora dal testo: “L’umanità, prigioniera della propria strategia arcaica della sopravvivenza a breve termine, è ancora troppo concentrata su se stessa e sui propri bisogni, e sta distruggendo la natura con la forza di un meteorite. Entro la fine del secolo, metà di tutte le specie potrebbero essere definitivamente uscite di scena.”
2. Millennium Ecosystem Assessment. “Ecosystems and Human Well-Being: Synthesis.” I risultati, elaborati tra il 2001 e il 2005, rappresentano lo stato dell’arte delle variazioni degli ecosistemi, e le basi scientifiche per l’azione di conservazione in modo sostenibile. I reports sono scaricabili al sito: <http://www.millenniumassessment.org/en/Reports.aspx>
3. Gaspari A. e Cascioli R. “Clima. L’altra verità.” Panorama 22/1/2009: 97-101. Gli autori dell’articolo hanno un conflitto di interesse esplicito, ovvero un libro in uscita a febbraio.
4. Brown L.R. “Plan B 3.0” October 2007. Leister Brown è il presidente dell’“Earth Policy Institute” un’associazione no profit interdisciplinare fondata nel 2001, con l’obiettivo di fornire un piano per lo sviluppo di un futuro sostenibile. Il libro è gratuitamente scaricabile online al sito: <http://www.earthpolicy.org/Books/PB3/pb3book.pdf>
5. Stiglitz J.E. e Bilmes L.J. “The Tree Trillion Dollar war.” 2008, edizione WW Norton. Stiglitz, ex vicepresidente della WorldBank e premio nobel economia, analizza in questo testo i veri costi del conflitto americano in Iraq
6. Il dato viene dal database di spesa militare del SIPRI (Stockholm International Peace Research Institute, Military Expenditure Database), liberamente consultabile al sito: www.sipri.org
7. ISDE Italia (www.isde.it), associata a ISDE – International Society of Doctors for the Environment (www.isde.org)
8. www.caterweb.radio2.rai.it
9. Malcolm S. “Time to turn off the lights.” Nature 2008;457(27).