

25 maggio 2018



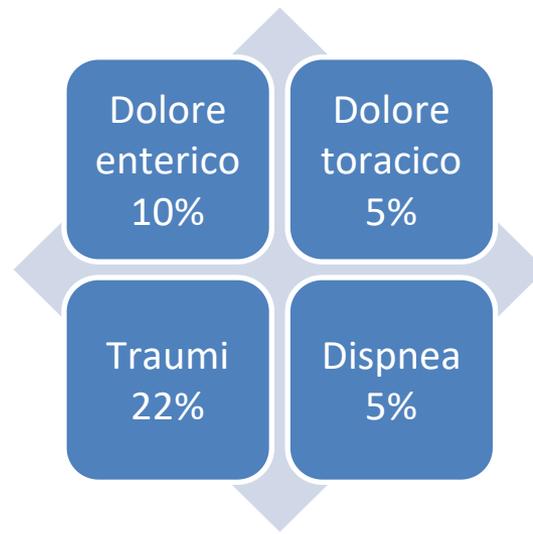
XI congresso nazionale

SIMEU

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

P. Dell'Aquila, A. Minuti, P. Caporaletti, G. Loiacono, S. De Matteis, L. Poli, T. Staiano, P. Pozzessere, R. Melodia, V. Procacci

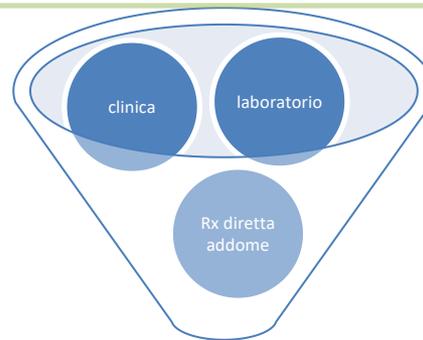
Perche tanto ...loro...tornano sempre!!!



Anamnesi, caratteri del dolore, sintomi associati, localizzazione, trattabilità dell'addome

Emocromo, stick urinario, elettroliti sierici, funzione epatorenale, coagulazione, PCR

Rx diretta addome in duplice proiezione in stazione eretta



Tre categorie

Tre categorie



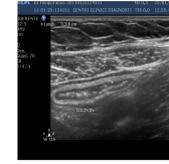
Gruppo 1

- dolore acuto addome non trattabile, integrazione chimico-Rx +:
- coinvolgimento specialista II livello e imaging radiante con TC



Gruppo 2

- dolore acuto con addome trattabile, integrazione chimico.Rx +/-:
- prevede esclusione di urgenze con TC coinvolgimento specialista II livello



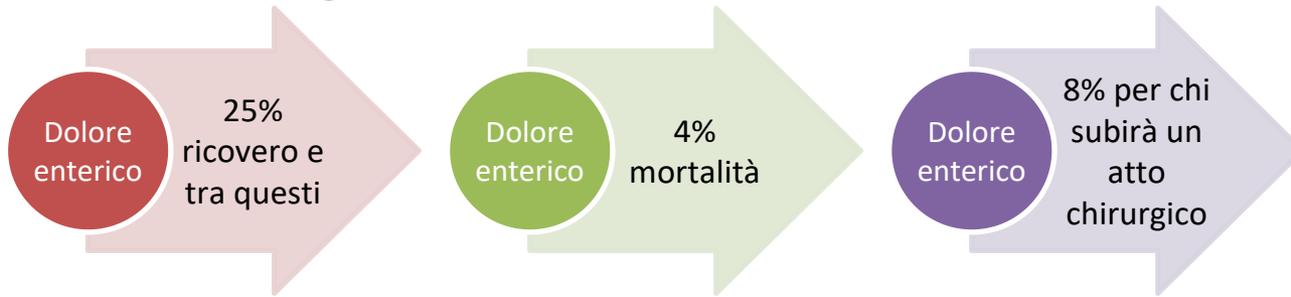
Gruppo 3

- dolore cronico o cronico riacutizzato con addome trattabile ed integrazione chimico-Rx -:
- in elezione di specialista II livello

Visita medica, sierologia ed rx diretta addome a tutti

Tc addome sia per diagnosi di gravità che per sua esclusione certa

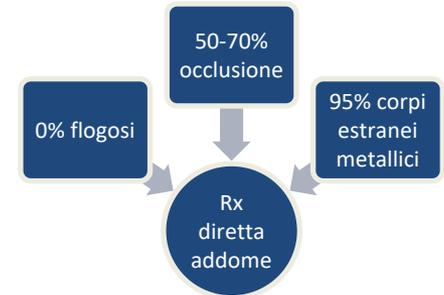
Progressione di rischio sul ritardo diagnostico



Destra			Sinistra
Calcoli Biliari Ulcera allo Stomaco Pancreatite	Calcoli Biliari Bruciore di Stomaco/Indigestione Ulcera allo Stomaco Pancreatite Ernia Epigastrica	Ulcera allo Stomaco Ulcera duodenale Colica biliare Pancreatite	
Calcoli Renali Infezione alle vie urinarie Costipazione Ernia lombare	Appendicite (fase iniziale) Pancreatite Ulcera allo Stomaco Infiammazione intestinale (Tenue) Ernia ombelicale	Calcoli Renali Malattia diverticolare del Colon Costipazione Infiammazione intestinale	
Appendicite Costipazione Dolore pelvico di origine ginecologica Dolore all'inguine (Ernia inguinale)	Infezione alle vie urinarie Appendicite Malattia diverticolare del Colon Infiammazione intestinale Dolore pelvico di origine ginecologica	Malattia diverticolare del Colon Dolore pelvico di origine ginecologica Dolore all'inguine (Ernia inguinale)	



Metanalisi: sensibilità e specificità cumulate non superiori al 60%





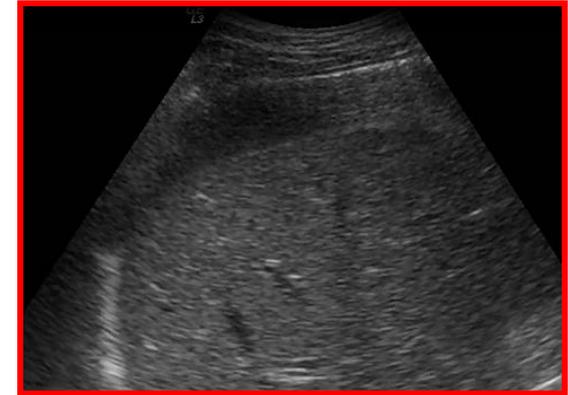
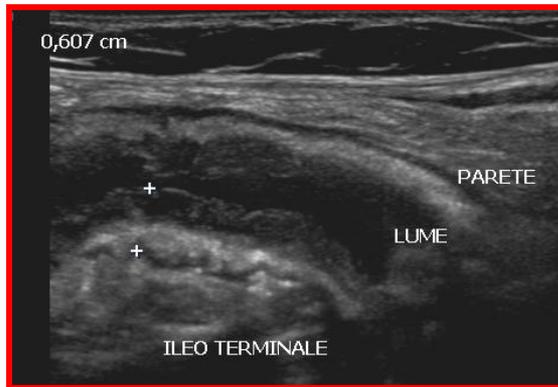
Organi
parenchimatosi

Apparati escretori

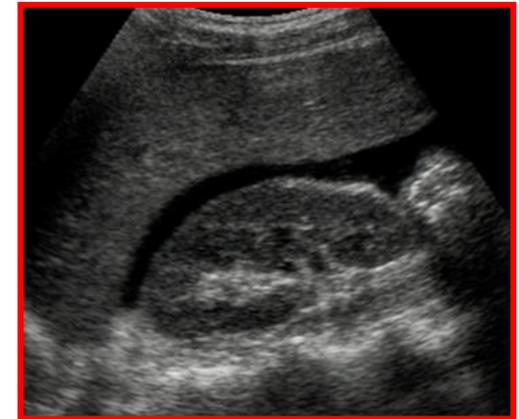
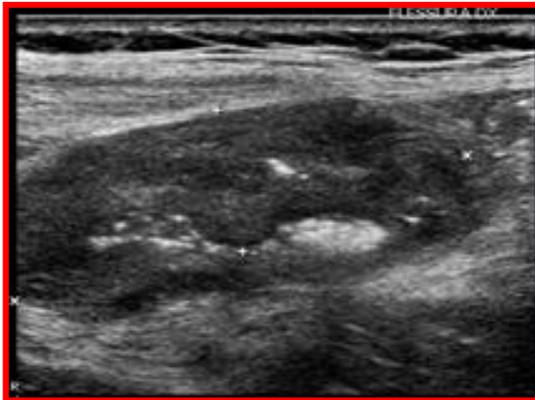
Ecografia
Rapida, affidabile, sostenibile

Strutture vascolari
arterovenose

Intestino,
mesentere
retroperitoneo



Inspessimento di parete
Occlusione
Perforazione
versamento





**Studio
Osservazionale di
coorte
In cieco su 100
pazienti**



**100 pazienti AOU
Policlinico Bari
Dolore enterico acuto o
cronico riacutizzato
Bimestre 2018**

- Esame obiettivo
- GB PCR
- Rx diretta addome DP
- Tc addome superiore ed inferiore con mdc

**In cieco su stessi 100
pazienti AOU Policlinico
Bari Dolore enterico
acuto o cronico
riacutizzato
Bimestre 2018**

- Valutazione enterosonografica su cornice colica, piccolo intestino, appendice vermiforme



Per ogni paziente sono stati annotati su un form specifico

Eta'

Genere

Sintomi/segni

WBC e PCR

Esito di valutazione **standard** espresso come urgente/non urgente

Esito di valutazione **Enterosonografica (EUS)** espresso come urgente/non urgente

Esito di valutazione **TC** espresso come urgente/non urgente

Diagnosi finale

Database costruito con software **Office Excel**

Database analizzati con software Office Excel e **STATA SE14**

Le variabili continue sono state espresse come media±deviazione standard e range

Le variabili categoriche come proporzioni, con l'indicazione dell'intervallo di confidenza al 95% (CI 95%) ove opportuno.

È stata valutata la normalità delle variabili continue

Non è stato possibile creare un modello di normalizzazione per quelle non distribuite normalmente

Per confrontare la variabile età tra genere è stato utilizzato il test della somma dei ranghi di Wilcoxon (non parametrico)

Per tutti i test è stato considerato **significativo un valore di $p < 0,05$.**



EnteroUS

- Operatore formazione base
- Operatore formazione base
- Operatore formazione base

EnteroUS

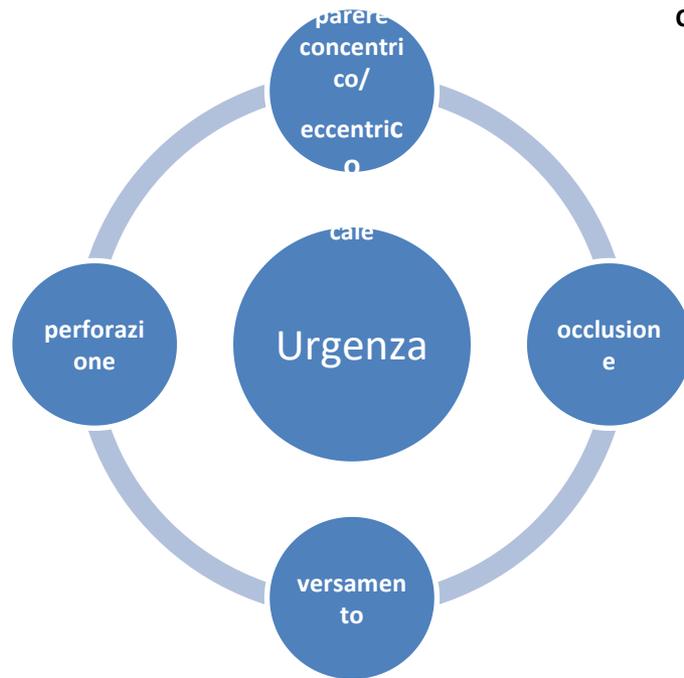
OPERATORE ESPERTO

Enterosonografia
Presenza/assenza di inspessimenti di parete
Presenza/assenza di segni di occlusione
Presenza/assenza di segni di versamento
Presenza/assenza di segni di perforazione

TC addome superiore ed inferiore con mdc
Presenza/assenza di inspessimenti di parete
Presenza/assenza di segni di occlusione
Presenza/assenza di segni di versamento
Presenza/assenza di segni di perforazione

US internistica per escludere cause non enteriche
Cause bilopancreatiche
Cause genitourinarie
Cause vascolari

Conferma esclusione altre cause con TC



gravi

non gravi

INTERVENTO TERAPEUTICO IN URGENZA



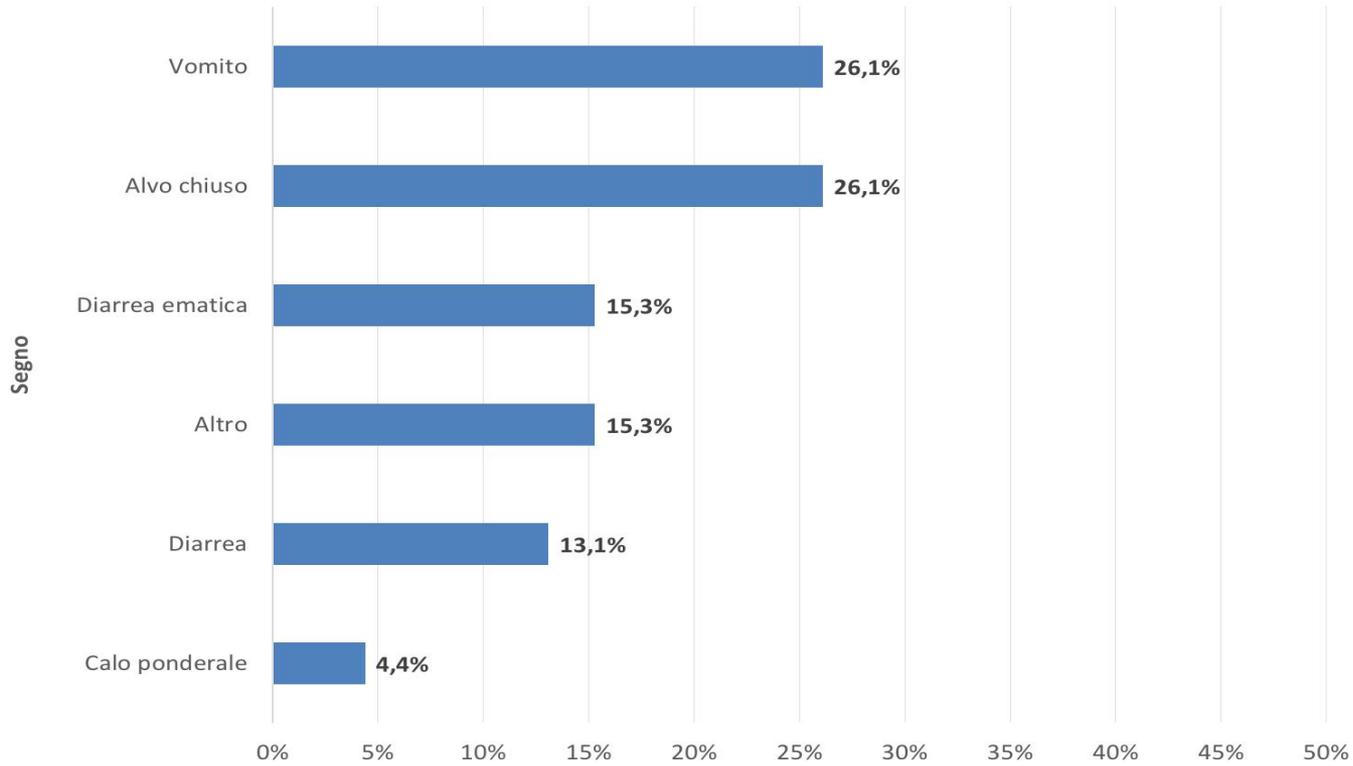
100 pz 51% maschi e 49% femmine l'età media del campione $56,1 \pm 22,9$ anni (range = 17,0 – 88,0)

Tabella 1. Media, deviazione standard e range della **variabile età, per genere.**

Genere	Media	SD	Range
Maschile	60,4	21,4	18,0 – 88,0
Femminile	51,9	23,7	17,0 – 86,0
Totale	56,1	22,9	17,0 – 88,0

$z = 1,6; p = 0,113$

Grafico 1. Prevalenza dei segni clinici associati riscontrati nei pazienti rivoltisi al PS per addominalgia di origine enterica.



WBC $11.200 \pm 4,2$ (range = 4 - 20,5)
PCR $46,5 \pm 64,3$ (range = 2,9 - 419,0).

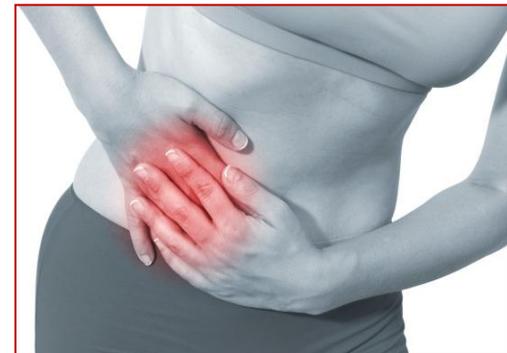


Tabella 2: identificazione dei casi positivi sui 100 totali esaminati

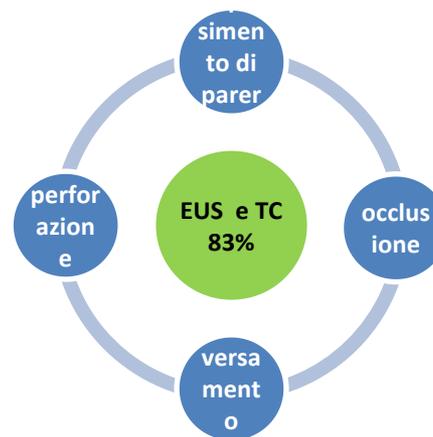
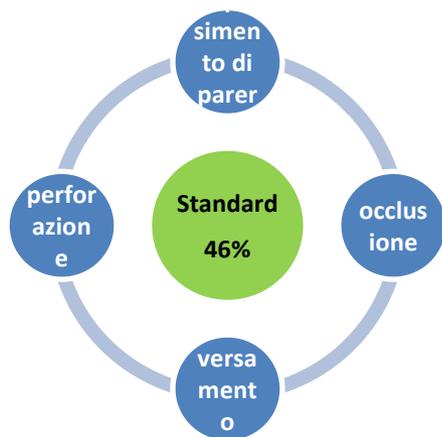
Modalità di valutazione	% positivi	CI 95%	% su totali
Standard	46	36,0% - 56,3%	46
+Enterous	83	74,1% - 89,8%	83
+TC	83	74,1% - 89,8%	83

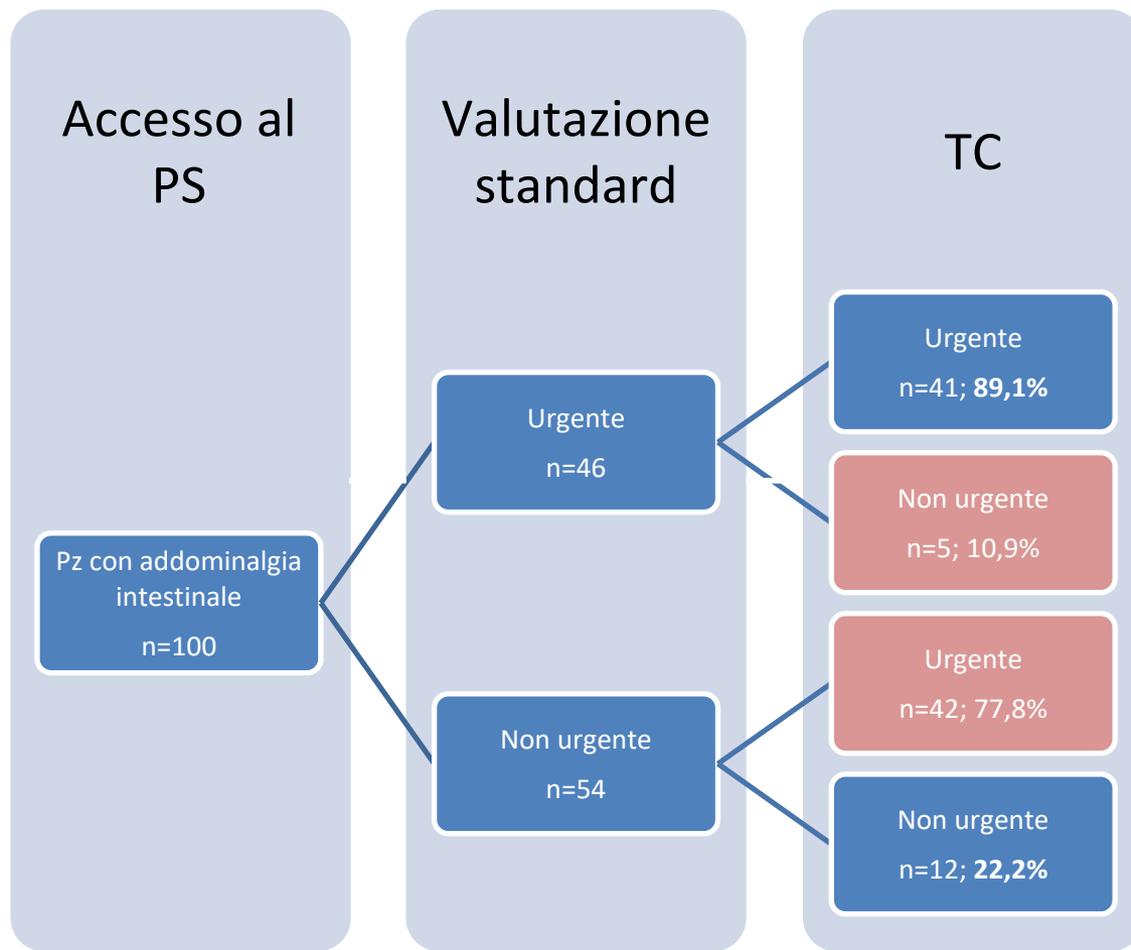
Esito di valutazione standard espresso come urgente/non urgente

Esito di valutazione Enterosonografica (EUS) espresso come urgente/non urgente

Esito di valutazione TC espresso come urgente/non urgente

la valutazione standard giudicava come gravi 46 pazienti dei 100 esaminati mentre la EUS ne identificava 86 su 100 e non c'è stata differenza tra la capacità della EUS e quella del gold standard ossia la TC

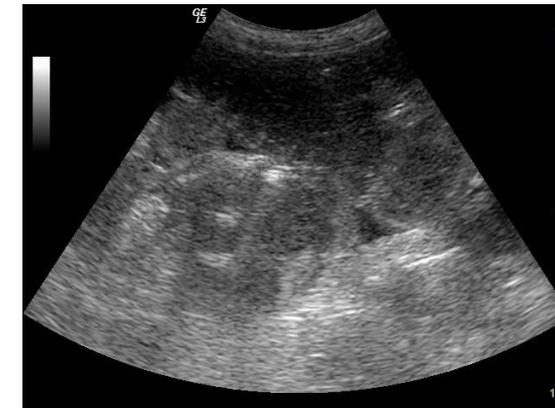
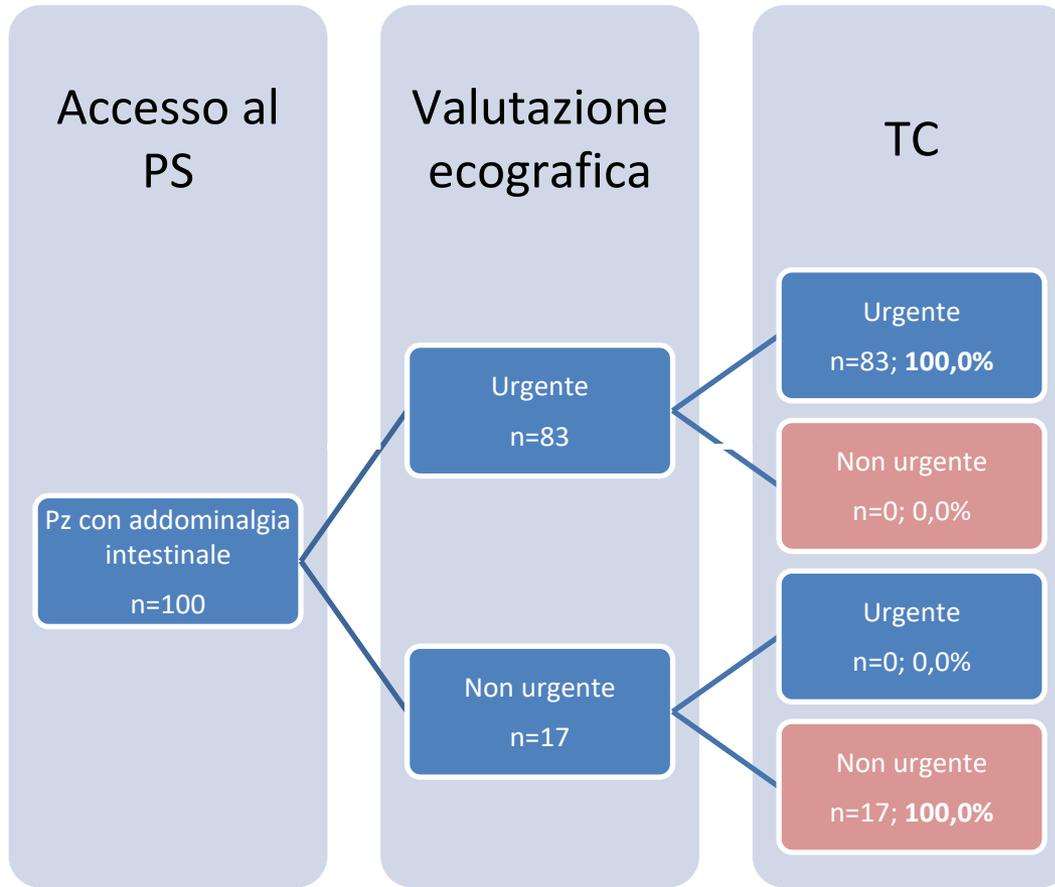




*Ma la valutazione standard
 effettua errori se confrontata
 con Tc gold standard*

Tabella 3. Confronto tra valutazione standard e TC addome

	TC: grave	TC: non grave
Valutazione standard: grave	VP = 41	FP = 5
Valutazione standard: non grave	FN = 42	VN = 12



Enterosonografia

Presenza/assenza di inspessimenti di parete

Presenza/assenza di segni di occlusione

Presenza/assenza di segni di versamento

Presenza/assenza di segni di perforazione

Allora abbiamo confrontato la EUS con la TC ed ecco i risultati

Gráfico 2. Distribuzione (%) del campione per patologia diagnosticata a seguito degli accertamenti clinici e strumentali.

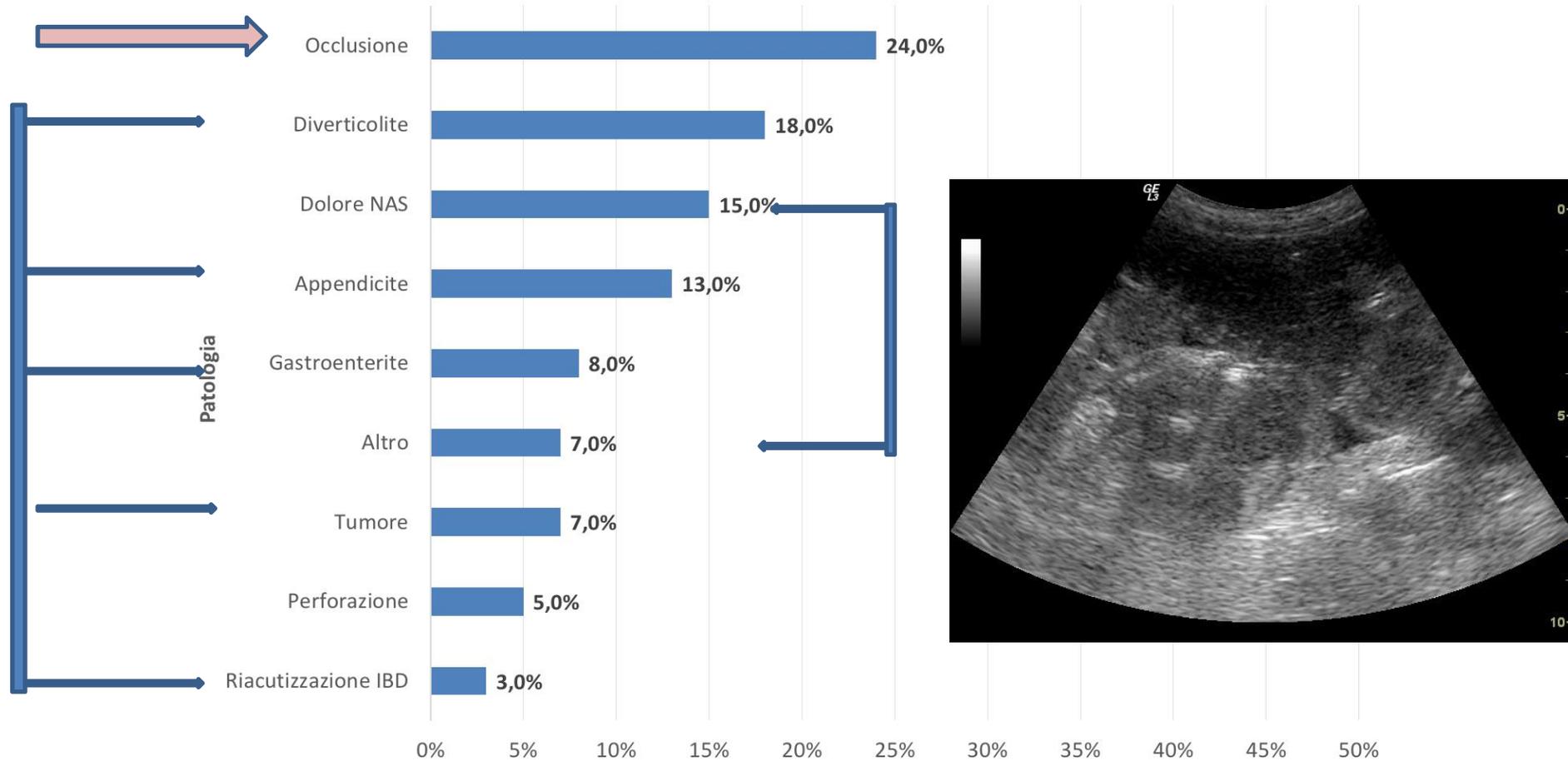
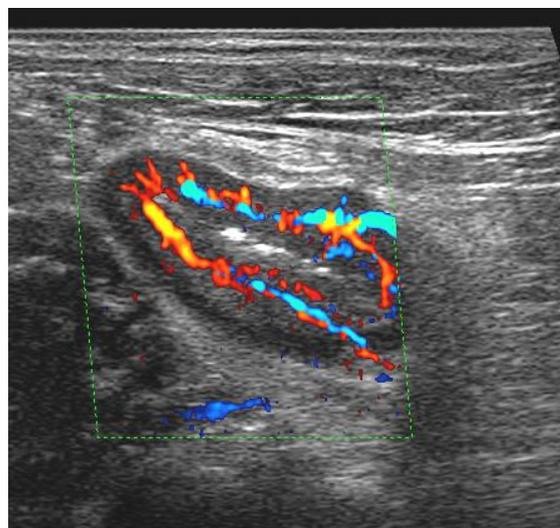


Tabella 3: confronto modalità standard versus EUS

	Valutazione standard	Valutazione US
VPP	89,1% (IC 95% = 76,4 – 96,4)	100,0% (IC 97,5% = 95,6 – 100,0)
VPN	22,2% (IC 95% = 12,0 – 35,6)	100,0% (IC 97,5% = 80,5 – 100,0)



*Quindi abbiamo confrontato la valutazione standar con la eus ed abbiamo
Riscontrato elevato potere predittivo positivo ma bassissimo potere predittivo negativo che verrebbe colmato dalla EUS*

PDPA SUL DOLORE ENTERICO IN DEA = ENTEROSONOGRRAFIA