



**Il paziente con sanguinamento gastroenterico, cerebrale.....al PS: survey nazionale dei PS**

# L'ascensore del PS



XI congresso nazionale

**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



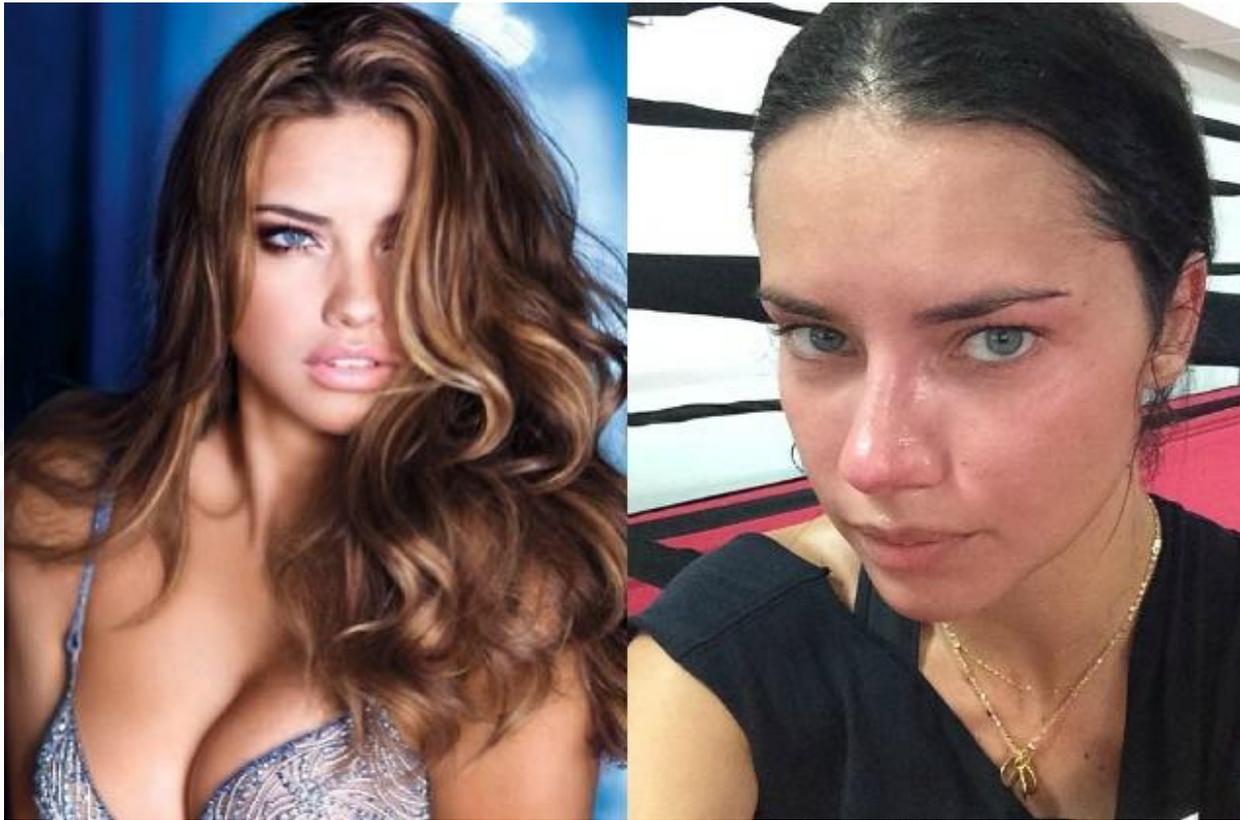
# Dati degli studi clinici controllati randomizzati, multicentrici,...



XI congresso nazionale  
**simeu**  
ROMA 24-26 MAGGIO 2018



# Trial clinico randomizzato versus studio real-life

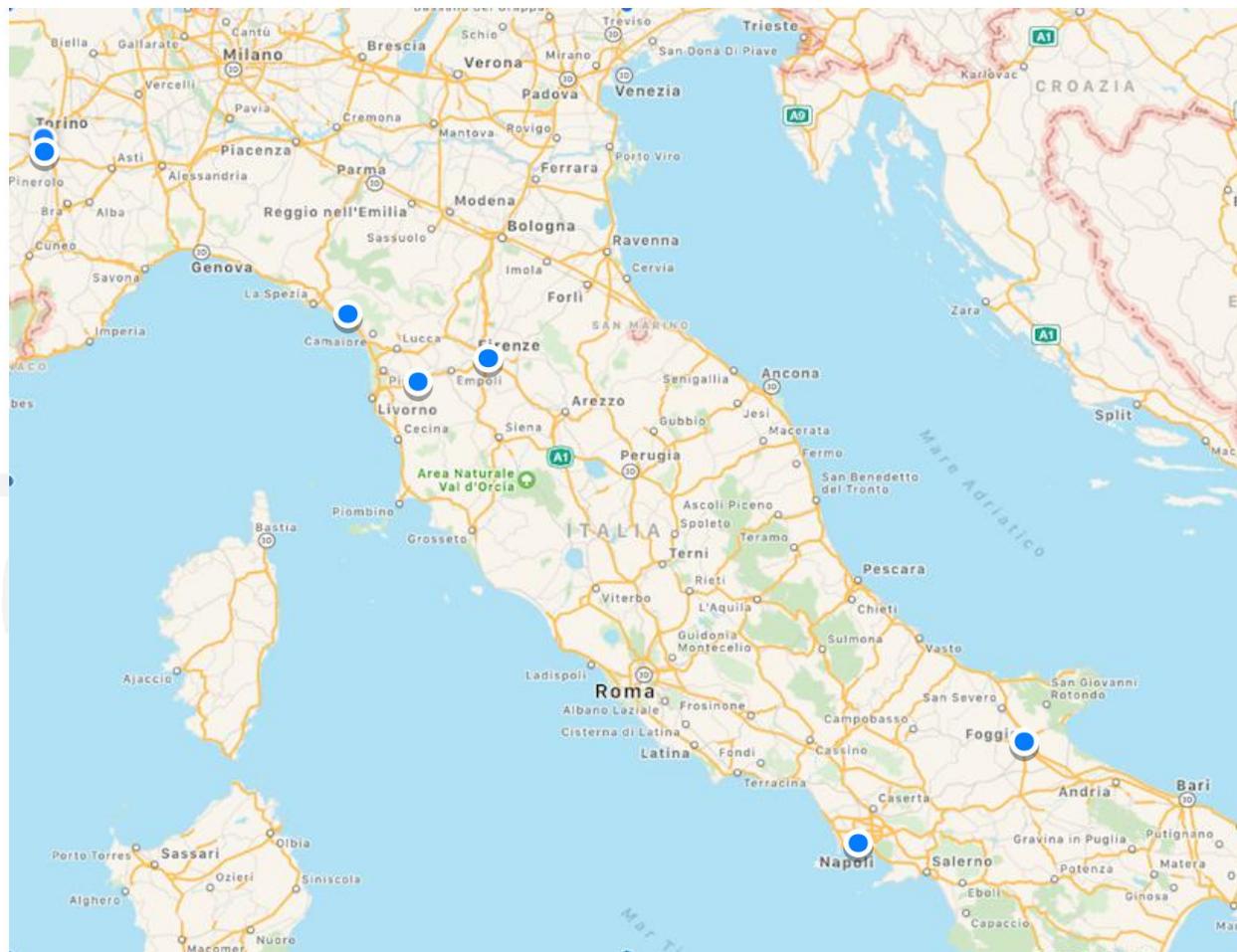


XI congresso nazionale  
**simeu**  
ROMA 24-26 MAGGIO 2018



# Studio multicentrico osservazionale

Nuovo Ospedale delle Apuane, Massa  
Ospedali Riuniti, Foggia  
Ospedale San Paolo, Napoli  
Ospedale Felice Lotto, Pontedera  
Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze  
Ospedale Gradenigo, Torino  
Ospedale Mauriziano, Torino



XI congresso nazionale  
**simeu**  
ROMA 24-26 MAGGIO 2018



# Scopo:

- individuare i predittori di eventi di sanguinamento maggiore
- individuare i predittori di ricovero e di mortalità



# Sanguinamento maggiore

ISHT International Society on Thrombosis and Hemostasis

- Emorragia fatale
- Sanguinamenti sintomatici in una delle sedi critiche: (emorragie intracraniche, ematoma spinale, ematoma intraoculare, ematoma retroperitoneale, emartro, emopericardio, emorragia intramuscolare con sindrome compartimentale)
- Emorragie che hanno causato perdita acuta di 2 g/dl di emoglobina o per le quali è stato necessario trasfondere almeno 2 unità di GRC



XI congresso nazionale

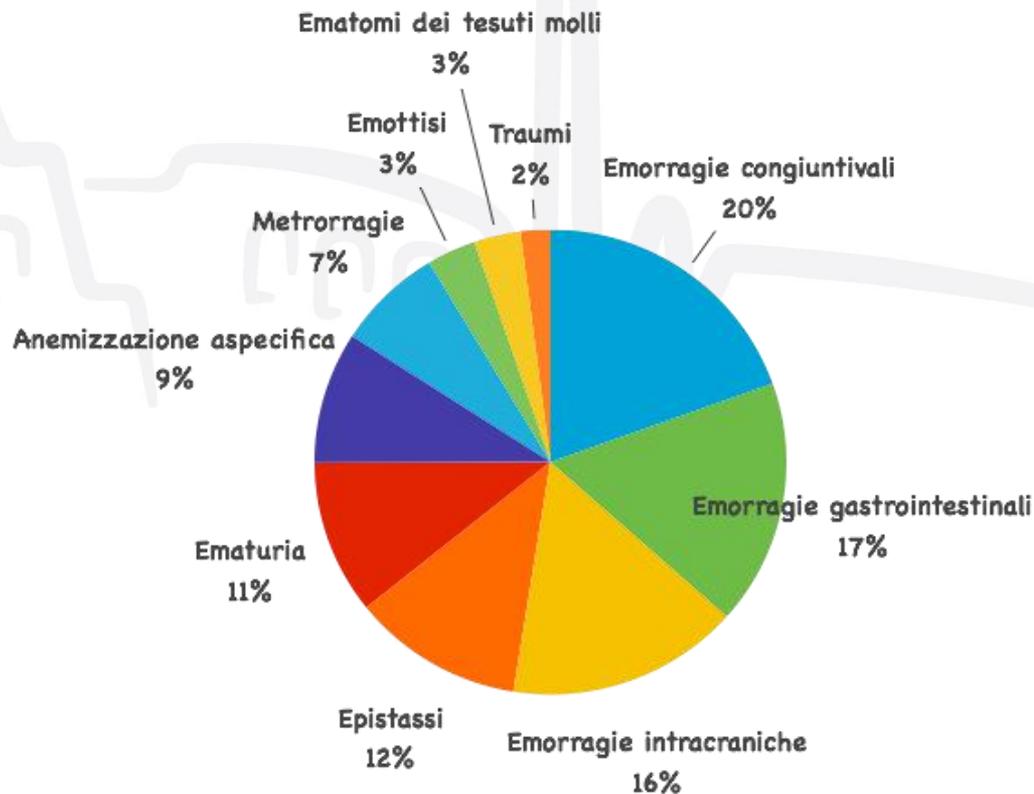
**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



# 2592 pazienti arruolati

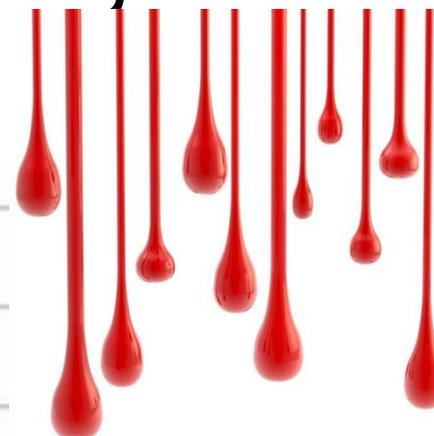
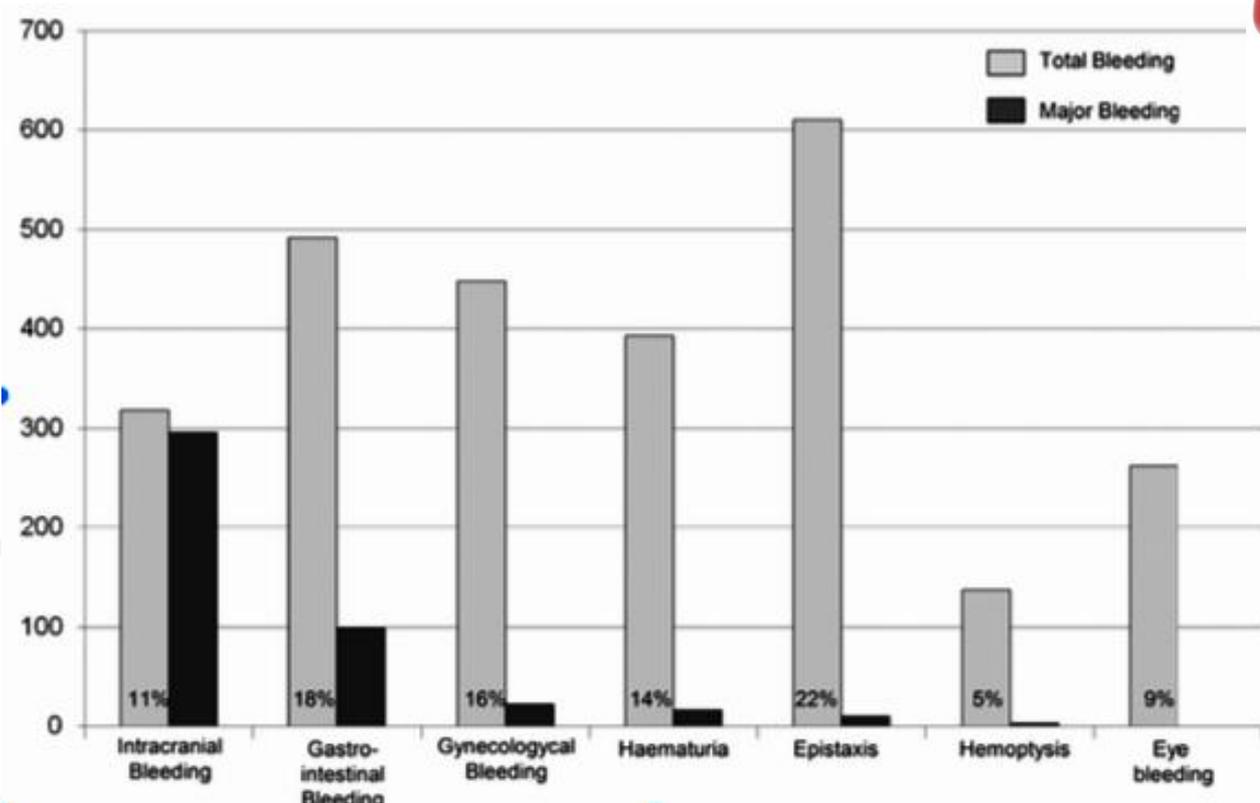
## Sanguinamenti maggiori 668 (26%)



XI congresso nazionale  
**simeu**  
ROMA 24-26 MAGGIO 2018



# Emorragie maggiori e siti di sanguinamento



- Sanguinamento maggiore dopo l'analisi multivariata correlata con:
  - età (OR 1,04 intervallo confidenza 1,02-1,05  $p < 0,001$ )
  - sesso femminile (OR 1,9 intervallo confidenza 1,49-2,5)
  - frequenza cardiaca (OR 1,02 intervallo confidenza 1,01-1,03)



Con sanguinamento maggiore:

- maggiore necessità di trattamento ricoagulante (con complesso protrombinico, acido tranexamico, vit. K)
- maggiore probabilità di essere ricoverati (503, 75%)
- maggiore mortalità



XI congresso nazionale  
**simeu**  
ROMA 24-26 MAGGIO 2018





Original Contribution

Short and long-term mortality of patients presenting with bleeding events to the Emergency Department☆☆☆



Alberto Conti, MD<sup>a,\*</sup>, Noemi Renzi, MD<sup>a</sup>, Daniele Molesti, MD<sup>a</sup>, Simone Bianchi, MD<sup>a</sup>, Irene Bogazzi, MD<sup>a</sup>, Giada Bongini, MD<sup>a</sup>, Giuseppe Pepe, MD<sup>b</sup>, Fabiana Frosini, MD<sup>b</sup>, Alessio Bertini, MD<sup>c</sup>, Massimo Santini, MD<sup>d</sup>

<sup>a</sup> North-West District Tuscany HealthCare, Apuane General Hospital, Emergency Department, Massa-Carrara, Italy

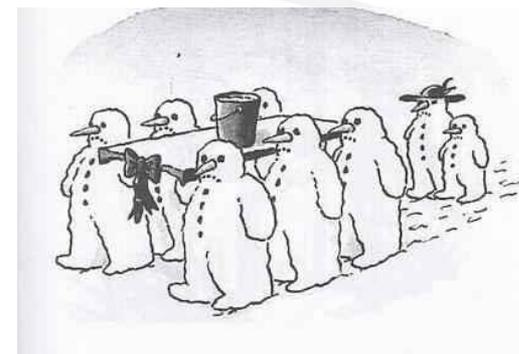
<sup>b</sup> North-West District Tuscany HealthCare, Versilia and San Luca General Hospital, Emergency Department, Viareggio-Lucca, Italy

<sup>c</sup> North-West District, Tuscany HealthCare, Spedali Riuniti Livorno, Emergency Department, Livorno, Italy

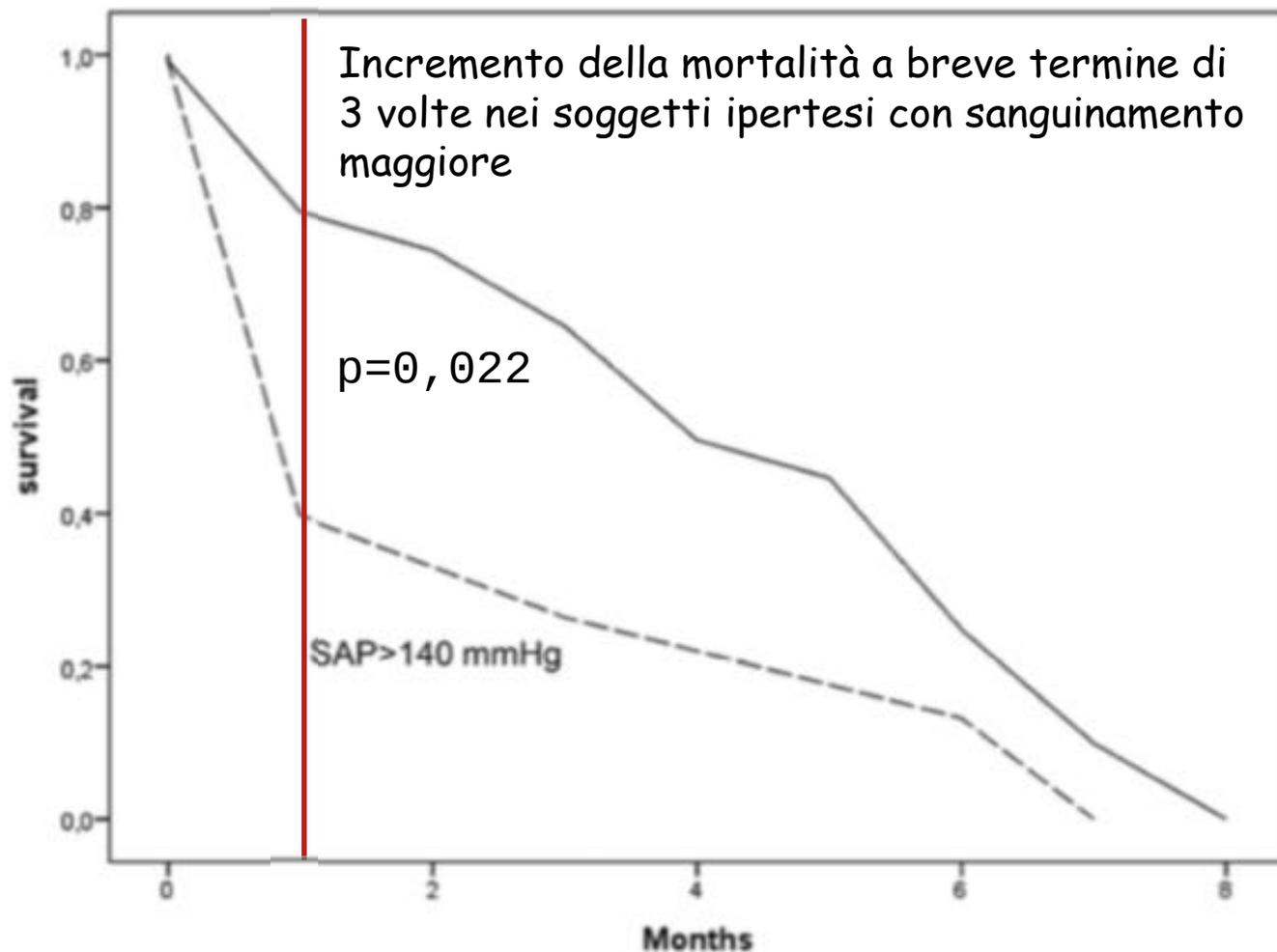
<sup>d</sup> North-West District Tuscany HealthCare, Cisanello General Hospital and University of Pisa, Emergency Department, Pisa, Italy

Endpoints: mortalità ad 1 mese (6%) e ad 1 anno (17%)

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	OR	95% CI	p value	OR	95% CI	p value
Independent predictors of one-month death						
Major bleeding	27.4	8.05-93.5	<0.001	26.09	51.0-123.5	<0.001
Female gender	0.13	0.06-0.31	<0.001	0.46	2.34-17.8	<0.001
White blood cells	1.11	1.03-1.19	0.005	1.16	1.03-1.30	0.011
Age	1.05	1.01-1.08	0.010			
Glucose	1.01	1.00-1.01	0.048			
CHA <sub>2</sub> D <sub>2</sub> VASC <sub>2</sub>	0.31	0.11-1.12	0.027			
Independent predictors of one-year death						
Major bleeding	10.1	5.76-17.9	<0.001	7.07	3.29-15.2	<0.001
Age	1.07	1.04-1.09	<0.001	1.09	1.04-1.13	<0.001
Female gender	4.76	2.78-8.14	<0.001	2.30	1.03-5.13	0.043
White blood cells	1.06	1.01-1.12	0.000			
CHA <sub>2</sub> D <sub>2</sub> VASC <sub>2</sub>	0.52	0.29-0.94	<0.001			



# Iperensione arteriosa associata a sanguinamento maggiore



# Ed aspirina, antiaggreganti ed anticoagulanti?

	Emorragia maggiore	Emorragia minore	p
Aspirina	22,4%		17,9%
Antiaggreganti	27,8%		21,1%
Walfarin	11,4%		9,5%
DOACs	1,9%		2,2%





**KEEP  
CALM  
AND  
FATTI UNA  
CACIO E PEPE**

	One-month follow-up			One-year follow-up		
	One-month death 26(6,1%)	One-month alive 403(93,9%)	p value	One-year death 72(16,8%)	One-year alive 357(83,2%)	p value
Anti-platelets (n;%)	8(31%)	118(29%)	0,828	23(32%)	103(29%)	0,671
Aspirin (n;%)	5(19%)	101(25%)	0,642	18(25%)	88(25%)	1
Clopidogrel (n;%)	3(12%)	28(7%)	0,421	6(8%)	25(7%)	0,624
Anti-coagulants (n;%)	9(35%)	99(25%)	0,250	17(24%)	91(26%)	0,882
Warfarin (n;%)	5(19%)	47(12%)	0,226	10(14%)	42(12%)	0,692
DOACs (n;%)	0(0%)	11(3%)	1	1(1%)	19(3%)	0,699
Low molecular weight heparin (n;%)	4(15%)	44(11%)	0,516	6(8%)	42(12%)	0,539



# Conclusioni



- I sanguinamenti maggiori interessano 1/4 delle emorragie che accedono in PS
- L'età, il sesso femminile e la frequenza cardiaca sono predittori di sanguinamento maggiore
- La mortalità è correlata alla presenza di sanguinamento maggiore, età e sesso femminile



# Conclusioni



- I sanguinamenti maggiori si verificano con più elevata frequenza a livello encefalico, gastronterologico e ginecologico
- La pressione elevata in corso di sanguinamento maggiore aumenta la mortalità a breve termine
- Gli antiaggreganti aumentano il rischio di sanguinamento maggiore ma non aumentano la mortalità



# Gratias ago!!!





XI congresso nazionale

**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





XI congresso nazionale

**simeu**

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

