

Dalla letteratura e dal web

Christian Bracco, Remo Melchio

AO S. Croce e Carle, Cuneo

Nuovi approcci alla gestione del TIA in Pronto Soccorso

L'attacco ischemico transitorio precede circa un quarto degli *stroke* completi e può quindi consentire ai medici l'opportunità di evitare l'evoluzione verso un evento catastrofico. Gli Autori di questo lavoro, del Dipartimento di Neurologia e *Stroke Unit* di un importante ospedale universitario parigino, hanno voluto valutare il ruolo di una "TIA clinic" nella gestione di questi pazienti. Si tratta di una struttura aperta 24/24h che fornisce una valutazione standardizzata del paziente con TIA (visita del neurologo vascolare, TAC o MRI; ecodoppler dei tronchi sovraortici, ECG e profilo biochimico, inclusi i lipidi entro 4 ore dall'accesso ed eventuale ecocardiogramma transtoracico o transesofageo) e inizia un programma completo di prevenzione dell'ictus (ASA 300-500 mg, indicazioni sul controllo pressorio e lipidico, astensione dal fumo, eparina a basso peso molecolare nei pazienti con fibrillazione atriale, rivascolarizzazione carotidea in presenza di stenosi di alto grado). Più di mille pazienti sono stati trattati nella TIA clinic e quindi sottoposti a un *follow up* a 90 gg e a 1 anno. I risultati sono interessanti: il 74% è stato dimesso in giornata, il 26% rimanente è stato ammesso a una *Stroke Unit*. Complessivamente il tasso di *stroke* a 3 mesi era dell'1,24% (contro il 5,9% previsto). Pertanto gli Autori concludono che questo approccio ai pazienti con TIA può ridurre in modo importante il tempo di ricovero e il rischio di sviluppare uno *stroke*.

Lavallée Ph. *A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects.*

Lancet Neurology 2007; 6: 953-960.

Kennedy J et al. *Fast assessment of stroke and transient ischaemic attack to prevent early recurrence (FASTER): a randomised controlled pilot trial.*

Lancet Neurology 2007; 6: 961-969.

Studiare i carichi di lavoro dei medici di Pronto Soccorso

È esperienza di ogni medico di Pronto Soccorso che la distribuzione del carico di lavoro nei diversi turni che si succedono nel corso delle 24 ore non sia omogenea. Malgrado gli eventuali sforzi per ridurre la pressione nei periodi più critici vi sono delle ore particolarmente "calde", a causa di un aumento delle persone in attesa, delle persone "in cura" e di quelle che sono in attesa di essere ricoverate ma stazionano in PS per mancanza di posto letto. Gli Autori di questo lavoro hanno voluto quantificare l'entità del carico di lavoro (espresso come numero di pazienti in carico contemporaneamente a un medico) in un PS universitario di un *Trauma Center* degli Stati Uniti e verificare inoltre come gli orari del cambio turno possono incidere sulla distribuzione dei carichi nell'ambito dell'*équipe*. Per fare questo hanno analizzato il carico di lavoro nei diversi turni, evidenziando un *pattern* di distribuzione del carico nelle 24 ore con un picco tra le 14.00 e le 19.00: inoltre i medici (in particolare gli specializzandi) che iniziavano il turno a ridosso del periodo caldo erano i più a rischio di *overload* (oltre 9 pazienti per medico) rispetto anche a chi era presente in quegli orari ma a fine turno. Gli Autori suggeriscono alcune ipotesi per spiegare questa dinamica e possibili soluzioni per evitare una situazione potenzialmente a rischio di errori per l'incremento dello stress sui singoli medici. Infine concludono che una miglior comprensione dei meccanismi che regolano il microambiente in cui opera un *team* di emergenza è essenziale per gestire in sicurezza il sovraccarico di lavoro in PS.

Commento. Leggendo questo lavoro si coglie il diverso *setting* in cui è organizzata la realtà di questo PS americano rispetto alla nostra: una massiccia presenza di specializzandi (da 3 a 5 per turno insieme a 2-3 *attending physician* nei turni più caldi, per un *Trauma Center* universitario con un volume annuale di circa 40.000 passaggi). Tuttavia l'idea nuova di studiare nei dettagli i meccanismi in cui si muove il mondo "rea-

le” del PS è estremamente interessante e senz’altro non può che innescare un processo di miglioramento della qualità del servizio erogato basata sulla conoscenza approfondita dell’effettivo lavoro svolto.

Levin S. *Shifting Toward Balance: Measuring the Distribution of Workload Among Emergency Physician Teams.* *Ann Emerg Med* 2007; 50: 419-423.

Il danno polmonare acuto da trasfusione

Il danno polmonare acuto da trasfusione (TRALI) è una complicanza potenzialmente fulminante della trasfusione di sangue, descritta per la prima volta nel 1983 e caratterizzata da distress respiratorio acuto. I sintomi di solito compaiono entro sei ore da una trasfusione di sangue; contrariamente alla maggior parte dei pazienti con ARDS di solito si osserva un miglioramento entro 48 ore ed i pazienti in genere guariscono completamente. La reale incidenza di tale complicanza non risulta attendibile per la verosimile sottostima legata a un basso indice di sospetto diagnostico. In effetti la diagnosi si fonda essenzialmente sull’esclusione di cause alternative di distress respiratorio, quali la sepsi, il sovraccarico di volume e la disfunzione cardiaca acuta.

Nella patogenesi sembrano implicati un substrato proinfiammatorio intrinseco al ricevente, correlato alla patologia di base e l’attività lesiva dei leucociti neutrofili o degli anticorpi HLA del donatore che fungerebbero da elemento di innesco. Una diagnosi accurata permette di escludere un trattamento inappropriato con diuretici che spesso compromette la stabilità emodinamica dei pazienti con TRALI, spesso normotesi o ipotesis.

Nello studio in questione sono stati osservati prospetticamente, in due anni, oltre 900 soggetti sottoposti a procedure trasfusorie, ricoverati per patologia acuta in setting intensivistico. Una complicanza compatibile con la definizione di TRALI è stata osservata in circa l’8% dei casi; è quindi stato condotto un confronto tra i soggetti con TRALI vs i soggetti che non avevano sviluppato tale complicanza al fine di identificare la presenza di condizioni predisponenti.

L’analisi dei due gruppi di confronto, peraltro caratterizzati da dati antropometrici e caratteristiche cliniche di gravità di malattia omogenei, poneva in evidenza come i soggetti che sviluppavano una TRALI risultavano più frequentemente affetti da sepsi e più frequentemente presentavano in anamnesi una storia di alcolismo. La valutazione dei parametri correlati al donatore, poneva in evidenza come le situazioni di TRALI fossero prevalentemente associate alla trasfusione di componenti da donatrici di sesso femminile, multipare.

Tale lavoro pone in evidenza come la TRALI si correli verosimilmente a specifici fattori predisponenti sia connessi al ricevente, sia al donatore; una corretta valutazione pretrasfusionale delle caratteristiche sia del ricevente sia degli emocomponenti può probabilmente ridurre l’insorgenza di una complicanza che peraltro ad oggi risulta la principale causa di morte correlata a procedure emotrasfusorie.

Gajic O et al. *Transfusion-related Acute Lung Injury in the Critically Ill Prospective Nested Case-Control Study.* *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 886-891.

Tezosentan nello scompenso cardiaco acuto

Le endoteline sono peptidi dotati di spiccata attività vasocostrittiva, il cui incremento in corso di scompenso cardiaco acuto può risultare emodinamicamente svantaggioso. Si è altresì osservata una prognosi più sfavorevole nei soggetti affetti da scompenso cardiaco e con elevati livelli ematici di endoteline circolanti. Il tezosentan rappresenta un antagonista non selettivo a breve emivita del sistema endotelinico (ET1-ET2), in grado di ridurre le resistenze vascolari sistemiche e la pressione di incuneamento polmonare, determinando un incremento dell’eiezione ventricolare.

Lo studio VERITAS (*Value of Endothelin Receptor Inhibition With Tezosentan in Acute Heart Failure Studies*) ha arruolato da aprile 2003 e gennaio 2005 oltre 1.400 pazienti affetti per quadro compatibile con scompenso cardiaco acuto in 110 centri europei e nordamericani. Lo studio è costituito da due bracci (VERITAS 1 e VERITAS 2) in cui i soggetti sono stati randomizzati a trattamento con tezosentan *ev* versus trattamento standard, considerando quali indici di *outcome* una modificazione della sintomatologia dispnoica e il decesso a 24 ore e a una settimana. Pur evidenziandosi una modificazione vantaggiosa nei parametri emodinamici del limitato gruppo di pazienti sottoposti a monitoraggio invasivo, non si evidenziavano vantaggi significativi in termini di modificazione sintomatologia e/o mortalità nei soggetti trattati con l’agente antiendotelinico *versus* trattamento standard.

Possiamo quindi considerare come a oggi non esistano evidenze che supportino l’introduzione del tezosentan nei protocolli di gestione dello scompenso cardiaco acuto.

Effects of Tezosentan on Symptoms and Clinical Outcomes in Patients With Acute Heart Failure The VERITAS Randomized Controlled Trials. *JAMA* 2007; 298.