

AUSL DI FERRARA
OSPEDALE DEL DELTA – LAGOSANTO (FERRARA)

UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA ED UTIC (Direttore G.F. Percoco)

MODULO OPERATIVO DI PRONTO SOCCORSO (Direttore C. Zanotti)

**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
(Direttore G. Benea)**

***Presentazione
studio sperimentale CATHEDRAL
nel dolore toracico acuto
in Pronto Soccorso***

Lagosanto, 4 maggio 2011

DOLORE TORACICO IN PRONTO SOCCORSO:

CRITICITÀ

- dimensioni rilevanti
- gestione con rapporto costo-efficacia non ottimale
- molte cause di dolore toracico non cardiovascolari
- ritardo diagnostico per escludere una patologia acuta delle coronarie
- basso valore dei sintomi in alcune categorie di persone

dimensioni rilevanti

- 5% di tutti gli accessi di Pronto Soccorso in Italia
- 6 milioni di cittadini US ogni anno in PS:
costo di oltre 6 miliardi di dollari
comparativamente: 10 milioni europei, 1 milione italiani
- impatto destinato ad aumentare per:
 - aumento aspettativa di vita
 - sensibilizzazione opinione pubblica sulle malattie cardiovascolari (prima causa di morte in Occidente)

gestione poco efficace

- elevato consumo di risorse per una popolazione a basso rischio complessivo (solo il 15% ha un infarto)

**Modelli di gestione (chest pain unit *funzionali*):
ottimizzano le risorse disponibili**

2009, Ospedale del Delta

Protocollo dedicato sfruttando i posti letto dell'Osservazione Breve Intensiva del Pronto Soccorso. Pazienti suddivisi in diverse categorie di rischio in base alla storia clinica ed ai fattori di rischio.

**Bassa % di dimissioni incongrue (1%),
e di ricoveri inappropriati (10%).**

molte cause di dolore toracico non cardiovascolari

psicogene (attacco di panico, depressione)

gastro-intestinali (spasmo esofageo, gastrite/ulcera, ernia iatale, reflusso gastro-esofageo, esofagite, colecistite, pancreatite)

osteo-muscolari (costo-condrite, nevriti, fratture costali)

pleuro-polmonari (polmonite, pleurite, pneumotorace, tumori polmonari o mediastinici)

Herpes Zoster precoce

ritardo diagnostico di esclusione patologia acuta coronarica (idealmente < 3 gg)

l'esclusione si basa sull'assenza di ischemia
che si cerca di provocare con una prova da sforzo

LIMITI

- **organizzativi** (scintigrafia cardiaca)
- **fattibilità** (prova da sforzo al tapis roulant)
- **accuratezza** (elettrocardiogramma da sforzo se 1 sola coronaria è colpita)
- **complessità/expertise** (ecostress)
- **rischio di “catena di esami”**

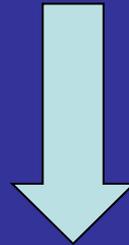
ritardo diagnostico: più pesante “psicologicamente” che pericoloso

basso valore dei sintomi in alcune categorie di persone

Donne

Diabetici

Anziani

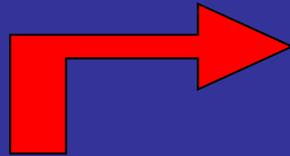


**interpretazione del dolore toracico
difficile e/o poco affidabile per il medico**

studio CATHEDRAL

Coronary Angiography Computed Tomography in Emergency Department: Expanded criteria for Ruling-Out Myocardial Infarction

approccio guidato dall'induzione di ischemia



**Gestione convenzionale
(elettrocardiogramma da
sforzo e/o ecostress)**

100 pz

**DOLORE TORACICO ACUTO
(< 24 ore prima)
CON CARATTERISTICHE
DI ANGINA PECTORIS**

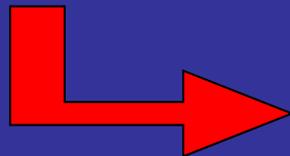
ELETTROCARDIOGRAMMA ED
ESAMI DEL SANGUE NORMALI

randomizzazione 1:1 consecutiva

Obiettivi:

1. **Precocità** di esclusione
sindrome coronarica acuta
2. **Eventi** cardiovascolari
a 30 giorni ed a 1 anno
3. Analisi dei **costi**

100 pz



TAC coronarica 256 strati

approccio guidato dall'anatomia

studio CATHEDRAL

Coronary Angiography Computed Tomography in Emergency Department: Expanded criteria for Ruling-Out Myocardial Infarction

elementi di rilievo

La maggior parte degli studi con la TC coronarica in USA
(poche esperienze in Italia)

Dati della letteratura sulla TC a 64 strati, non sulla 256 strati

Criteri allargati di utilizzo per verificare l'utilità clinica della TC
nella popolazione molto eterogenea del dolore toracico di PS
(anche in un'aritmia di frequente riscontro, la fibrillazione atriale;
anche nei cardiopatici con stent nelle coronarie di grosse dimensioni)