

IL DOLORE TORACICO: DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE IN PS - COME EVITARE ERRORI POTENZIALMENTE FATALI.

M. Bonavita, L. Strizzolo

PS Med. Urgenza Ospedale di Palmanova - Udine

Il dolore toracico rappresenta una causa frequente di accesso al Pronto Soccorso; le cause possono essere diverse e la diagnosi differenziale può risultare impegnativa. Il primo obiettivo della valutazione in PS del paziente con dolore toracico è quello quindi di identificare i pazienti affetti da una patologia minacciosa per la vita e che devono essere rapidamente avviati all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico. E' necessario identificare e/o escludere tempestivamente le sindromi coronariche acute, la dissezione aortica, l'embolia polmonare, lo pneumotorace, la pericardite, la rottura esofagea.

Il triage infermieristico dovrà inserire il paziente nella scheda dolore toracico ogni qual volta sia presente un dolore, o sintomo equivalente, localizzato tra il naso e l'ombelico, non riferibile a trauma pregresso o recente. Il paziente dovrà eseguire entro 10 minuti dall'arrivo un ECG a 12 derivazioni che dovrà essere immediatamente visionato dal medico.

Il medico di Pronto Soccorso deve tenere presente che il riscontro di un sopraslivellamento del tratto ST nei pazienti con dolore toracico solo nel 75% dei casi è espressione di infarto miocardico; il 25% dei casi infatti è correlato alla presenza di IVS ed in percentuali minori a BBSx, ripolarizzazione precoce, pericardite acuta, aneurisma apicale. L'interpretazione corretta dell'ECG può evitare errori diagnostici. La ripolarizzazione precoce benigna si caratterizza per un morfologia concava del sopraslivellamento del tratto ST a differenza del sopraslivellamento di natura ischemica che presenta una morfologia convessa o rettilinea. In presenza di un BBSX o di ritmo indotto da pacing ventricolare l'applicazione della regola della discordanza appropriata permette di identificare un sopraslivellamento ST suggestivo per ischemia in atto. La presenza di un sopraslivellamento diffuso del tratto ST in assenza di specularità deve orientare la diagnosi verso un quadro pericarditico piuttosto che ischemico. L'ecocardiografia eseguita in PS potrà essere di ausilio nella diagnosi differenziale.

Nella valutazione di un paziente con dolore toracico e sottoslivellamento ST o alterazioni aspecifiche del tratto ST-T è necessario tenere pre-

sente che numerose sono le cause non ischemiche che possono causare alterazioni di questo tipo. Tra queste possiamo ricordare l'iperventilazione, le alterazioni indotte dall'ipertono vagale o alterazioni elettrolitiche.

In assenza di alterazioni ECG diagnostiche in un paziente con dolore toracico è necessario stabilire la probabilità (bassissima, bassa, intermedia, alta) che il paziente che stiamo valutando abbia veramente un dolore toracico di natura ischemica, nonché stratificare il rischio di eventi cardiovascolari maggiori. Gli strumenti a disposizione sono l'anamnesi, rilievi clinici, ECG, markers biomorali e l'utilizzo di score risk come ad esempio il GRACE.

Determinate caratteristiche del dolore aumentano la probabilità che esso sia di origine ischemica; in particolare la probabilità è aumentata se il dolore è gravativo, irradiato ad entrambi gli arti, alle spalle, al giugulo associato a diaforesi, nausea vomito. Conti et. al. hanno assegnato un punteggio alle varie caratteristiche del dolore per standardizzare quelle che meglio si correlano al dolore toracico di origine ischemica.

I pazienti con probabilità alta sono i pazienti con dolore toracico a riposo prolungato (>20 min) nelle ultime 24 ore, segni di scompenso cardiaco, ipotensione, età > 70 anni in paziente con alterazioni ECG, incremento del marcatore di necrosi miocardica. Questi pazienti verranno subito ricoverati in un ambito dove sia possibile il monitoraggio intensivo del Paziente.. Da ricordare però che esistono un numero elevato di condizioni non ischemiche che si associano ad incremento della troponina e pertanto devono essere attentamente prese in considerazione nella diagnosi differenziale. Troponina positiva infatti non vuol dire sempre infarto miocardico. Cause di incremento della troponina di origine non ischemica sono lo scompenso cardiaco grave, la polmonite, le miocarditi, l'embolia polmonare, le crisi ipertensive, le malattie infiltrative come l'amiloidosi, patologie neurologiche compreso l'ictus.

I pazienti a probabilità intermedia e bassa sono quelli che presentano un dolore tipico recente non in atto in assenza di fattori di rischio cardiovascolari o dolore atipico con fattori di rischio

con o senza alterazioni ECG aspecifiche. Questi pazienti verranno trattenuti in osservazione temporanea. A distanza di 6-12 ore verranno rivalutati ECG e markers di necrosi miocardia. Se il follow-up risulterà positivo il paziente verrà ricoverato. Se al contrario il follow-up risulterà negativo bisognerà stratificare il rischio di eventi maggiori in modo da stabilire il timing del successivo iter diagnostico. Infatti per i pazienti con dolore toracico non ricorrente, in assenza di alterazioni ECG e con troponina negativa è raccomandata l'esecuzione di prova da sforzo pre-dimissione.

Il GRACE risk permette di suddividere i pazienti in basso intermedio e alto rischio. I pazienti con rischio intermedio sono i pazienti che hanno già storia pregressa di eventi maggiori con dolore toracico tipico protratto a riposo ma risolto ovvero progressione di classe di angina, di età superiore a 70 anni e con GRACE score compreso tra 109-140. Questi pazienti eseguiranno la prova da sforzo pre-dimissione ed in base al risultato verranno dimessi o ricoverati.

In quelli a basso rischio, GRACE score <108, è accettabile l'esecuzione della prova da sforzo entro 72 h dalla dimissione.

I pazienti a probabilità bassissima di SCA (dolore toracico atipico, in assenza o con un solo fattore di rischio escluso il diabete, di età < 70 anni,

elevata probabilità di causa extracardiaca benigna, ECG normale) devono essere dimessi precocemente ed evitare quindi ricoveri osservazionali inutili. In questi pazienti l'ecocardiografia, eseguita in PS, può rafforzare il profilo a bassissimo rischio e permettere quindi una dimissione precoce più sicura. È chiaro che è necessario un particolare addestramento per l'interpretazione dell'ecocardiografia in medicina d'urgenza.

Gli studi e le linee guida definiscono i percorsi, ma l'applicazione è spesso problematica perché la realtà clinica è diversa e la dimissione sicura è indicata solo nei casi con evidenza di diagnosi certa di patologia a prognosi favorevole.

Attualmente non vi è nessun algoritmo universalmente applicabile e raccomandato che possa essere utilizzato per i pazienti a bassissimo rischio. Il giudizio clinico è tuttora il fattore più importante nella gestione appropriata di questi pazienti. Il medico dell'emergenza è chiamato continuamente a valutare condizioni ad alta morbilità e tra queste deve decidere quelle a bassa probabilità e rischio. Migliori strumenti diagnostici possono aiutare ma non eliminano la necessità di esplicitare qual è il rischio che stiamo valutando e quale livello di rischio è accettabile, in quanto anche il profilo a bassissimo rischio di fatto non corrisponde a rischio zero.

Bibliografia

- 1) ACC/AHA UA/NSTEMI Guideline Revision JACC Vol 50 No 7, 2007
- 2) Esc Guidelines of Management of NSTEMI EHJ June 2007
- 3) Emergency Medicine Practice A. 7 N 4 Apr 2006
- 4) Circulation 2001; 104:3160-3178
- 5) A.Conti Et Al. Eur J Emerg Med 2002, 9, 31-36
- 6) Task Force on the Management Of Chest Pain Eur Heart J 2002
- 7) Ann Emerg Med. 2005; 46: 534-535