

# Dalla letteratura e dal web

Elena Migliore, Remo Melchio

Dipartimento di Emergenza, A.O. Santa Croce e Carle, Cuneo

## Concordanza tra operatori nell'interpretazione della TC torace per la diagnosi di embolia polmonare

La TC torace multistrato è ormai diventata nella pratica clinica l'esame *gold-standard* per la diagnosi di embolia polmonare (EP) per la sua alta sensibilità e specificità, rimane tuttavia ancora da definire quanto l'interpretazione di tale indagine sia operatore-dipendente, con conseguenze non indifferenti dal punto di vista prognostico e terapeutico.

Questo studio italiano, partendo da un caso di diagnosi mancata di EP, ha valutato la concordanza tra radiologi nell'interpretazione della TC torace (utilizzando il test statistico di Cohen). 46 TC torace eseguite nel sospetto di embolia polmonare acuta (prevalenza finale di EP del 28%) sono state fatte leggere, in cieco, a quattro radiologi con diversa esperienza nell'interpretazione della TC: due specializzati in particolare nell'interpretazione della TC, uno con esperienza maggiore in campo neuroradiologico e uno formato più sulla radiologia tradizionale. La concordanza assoluta risultava del 93% con un valore  $\kappa$  di 0,82 (concordanza ottima), range 0,68-0,95 (il valore massimo di concordanza era riscontrato tra i due radiologi più esperti). Ma, andando ad escludere i 9 pazienti con EP cosiddetta massiva, il valore di  $\kappa$  scendeva a 0,47 (concordanza moderata; range 0,16-0,84) in caso di EP segmentaria o subsegmentaria. Complessivamente, la discordanza nella diagnosi di EP si verificava in 6 casi, il che significa che ben 1 persona su 8 con sospetta EP potrebbe ottenere una diversa interpretazione TC e, di conseguenza, una diversa terapia. Il significato clinico e prognostico a breve termine dell'embolia periferica (microemboli) è ancora oggetto di controversie, quel che è certo è che in questi casi esiste un rischio di recidiva aumentato anche per eventi embolici più severi, che un trattamento precoce potrebbe prevenire.

**Commento.** Questo studio, seppure con il limite dell'esiguità del campione, pone l'attenzione sul fatto che, in caso di dubbio diagnostico, in accor-

do con la probabilità pretest di EP, siamo giustificati a interpellare un secondo radiologo. Gli Autori non prendono però in considerazione il fatto che le nuove linee guida sulla trombo-embolia polmonare consigliano di abbandonare i termini "massiva", "sub massiva" e "non massiva", dal momento che la gravità dell'EP non va tanto stimata sulla base dell'estensione anatomica dell'embolizzazione, quanto alla luce del rischio di mortalità precoce (che tiene conto di tre *markers* di rischio: instabilità clinica, disfunzione ventricolare destra e danno miocardico). Le prime 24-48 ore dall'evento embolico sono infatti a rischio di destabilizzazione emodinamica per il ripetersi di eventi embolici o per il deteriorarsi della funzionalità ventricolare destra.

Costantino G. *et al.*

Interobserver agreement in the interpretation of computed tomography in acute pulmonary embolism. *Am J Emerg Med* 2009; 27, 1109-11.

## È vantaggioso sospendere l'aspirina dopo sanguinamento da ulcera gastrica in pazienti in profilassi secondaria?

Spesso nella pratica clinica ci troviamo a dover compiere scelte terapeutiche difficili per l'incerto rapporto tra rischio e beneficio; tra queste vi è indubbiamente la decisione di sospendere o proseguire la terapia antiaggregante in pazienti in profilassi secondaria (che quindi hanno già avuto almeno un evento cardiovascolare) con sanguinamento gastroenterico. Sulla base di tali incertezze, questi Autori cinesi hanno condotto uno studio randomizzato controllato di non-inferiorità includendo 156 pazienti con sanguinamento da ulcera peptica in corso di terapia con ASA a basse dosi per la prevenzione di recidiva di eventi cardio-cerebrovascolari. Dopo il trattamento endoscopico e con inibitore di pompa (IPP) ev ad alte dosi, un gruppo di pazienti riceveva ASA 80 mg/die, mentre ai pazienti dell'altro braccio veniva somministrato placebo; entrambi assumevano IPP per os. Come out-

come primario veniva valutato il risanguinamento dell'ulcera a 30 giorni che risultava pari al 10,3% nel gruppo ASA e al 5,4% nel braccio placebo (differenza statisticamente significativa di 4,9% con I.C. al 95%, range 3,6-13,4%). Tuttavia, i pazienti in cui non veniva sospesa l'ASA risultavano avere un tasso di mortalità a 30 giorni sia per qualsiasi causa sia per causa cardiovascolare, cerebrovascolare e per complicanze gastroenteriche significativamente minori rispetto al gruppo placebo (1,3% versus 12,9% per qualsiasi causa e 1,3% versus 10,3% per le tre cause succitate).

**Commento.** Si tratta di uno studio di non-inferiorità, metodologicamente ben condotto, che dimostra come la prosecuzione della terapia antiaggregante non sia equivalente alla sua sospensione in pazienti con sanguinamento gastrico che abbiano già manifestato un evento cardiovascolare. Va inoltre sottolineato come la recidiva di sanguinamento sia prognosticamente migliore poiché potenzialmente trattabile, mentre il ripetersi di un evento

cardiovascolare può avere complicanze ben più gravi sia a breve sia a medio-lungo termine, tenendo conto anche della precocità con cui esso si può verificare (in genere dai 7 ai 30 giorni dall'interruzione del trattamento antiaggregante). Anche sulla base dei risultati di questi *trials*, sono in prossima pubblicazione sulla stessa rivista le raccomandazioni sulla gestione del paziente con emorragia gastroenterica alta non da varici che consigliano, in pazienti in profilassi secondaria, di riprendere il trattamento con ASA a basse dosi appena il rischio cardiovascolare torni a superare quello emorragico (in genere entro 7 giorni dal sanguinamento). Servono ovviamente altri studi per definire meglio la tempistica della ripresa della terapia; sicuramente nella pratica clinica va incoraggiata una reintroduzione comunque precoce dell'ASA a basse dosi, soprattutto se in profilassi secondaria.

Sung JH *et al.*  
Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 152: 1-9.