

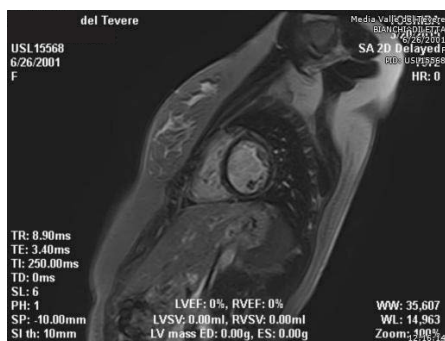
lipotimici/sincopali. Anamnesi familiare negativa per cardiopatie e morte improvvisa giovanile.

E.O. cardiologico: Toni validi e pause libere; assenza di rumori da sfregamento.

ECG: RS, FC 62 bpm. Anomalie aspecifiche della ripolarizzazione in sede settale (onde T piatte). Assenza di un ECG precedente. PA 100/60 mmHg. Per quanto riferito all'anamnesi viene effettuato un Ecocardiogramma con Ecocolor Doppler che evidenzia versamento pericardico a livello della parete libera del ventricolo destro di circa 10 mm, ipercogenicità del pericardio a livello della parete inferiore e posteriore ed ipocinesia dell'apice, con FE del ventricolo sinistro conservata (FE 60%).

In seguito al riscontro di tali reperti patologici, dopo aver insistito con domande di anamnesi con lo scopo di ottenere qualche elemento clinico che supportasse la possibile diagnosi di miocardiopericardite, la madre riferisce che la ragazza aveva avuto un contatto con un ragazzo che era stato ricoverato per Polmonite da Citomegalovirus. A quel punto prescriviamo esami ematochimici che evidenziano normale formula leucocitaria, VES aumentata (15), una positività delle IgM per Citomegalovirus. Dopo circa due settimane la VES si è poi normalizzata. Si programma pertanto la cine-RMN cardiaca che conferma la persistenza di versamento pericardico in sede postero-inferiore ed evidenzia un quadro compatibile con miocardiopericardite interessante la parete laterale e l'apice del VSn. L'ECG Holter/24h mostra la completa assenza di aritmie iper o ipocinetiche. Non essendovi sintomi ed in presenza di un quadro biochimico pressoché negativo, le è stata prescritto solo riposo domiciliare e la ragazza è stata seguita in follow-up ecocardiografico presso la nostra struttura. La ripresa dell'attività fisica sarà infatti possibile soltanto quando sarà dimostrata la completa guarigione e comunque in una data non precedente ai sei mesi dall'insorgenza della malattia (vedi COCIS). La giovane atleta, che è attualmente in follow-up, sarà rivalutata pertanto tra qualche mese con test ergometrico, ecocardiogramma ed ECG Holter/24h.

Conclusioni. Ancora una volta emerge l'importanza di un'anamnesi minuziosa, che contenga domande mirate ed anche insistenti nel ricercare anche i più piccoli elementi e dettagli che possano supportare il sospetto clinico, nonché di una corretta e scrupolosa valutazione dell'ECG che implica il non sottovalutare alterazioni della ripolarizzazione spesso definite genericamente aspecifiche.



CB100

CASE REPORT: MALATTIA REUMATICA ACUTA A RICORRENZA FAMILIARE: PREDISPOSIZIONE GENETICA?

M. Chiarandà¹, M. Campisi², C. Bonanno¹, A. Palermo³, S. Bianca⁴, I. Bianca²

¹UO Cardiologia, AO Policlinico Vittorio Emanuele, Catania, Italy, ²UO Cardiologia Pediatrica, ARNAS Garibaldi, PO Garibaldi-Nesima, Catania, Italy, ³UO Pediatria, ARNAS Garibaldi, PO Garibaldi-Nesima, Catania, Italy, ⁴UO Ginecologia ed Ostetricia, Servizio Genetica, ARNAS Garibaldi, PO Garibaldi-Nesima, Catania, Italy

P. Enrico, 11 anni, giungeva al nostro Pronto Soccorso Pediatrico per febbre continua da 7 giorni (38°, circa) e, nelle ultime 48 ore, algie al braccio, al ginocchio destro ed impotenza funzionale. L'anamnesi familiare evidenziava che Enrico apparteneva ad una famiglia di condizioni socioculturali familiari medio-alte e che un fratello era stato ricoverato per "malattia reumatica" 6-7 anni prima.

L'esame obiettivo evidenziava faringe iperemica, respiro aspro diffuso, articolazioni del braccio e del ginocchio iperemiche, calde, tumefatte e dolenti alla palpazione. All'auscultazione cardiaca si rilevava, all'ERB, un soffio sistolico 2/6 e un soffio da rigurgito diastolico. Venivano eseguiti un elettrocardiogramma (blocco atrioventricolare di I grado intervallo PR: 210 msec) ed un ecocardiogramma che evidenziava una "valvola aortica con cuspidi ispessite, mobili, malcoaptanti, condizionanti una insufficienza di grado moderato-severo; insufficienza mitralica lieve; ventricolo sinistro di dimensioni, spessori e cinesi nei limiti". Veniva posta diagnosi di malattia reumatica e si iniziava il trattamento medico con sultamicillina tosilato, gentamicina, claritromicina, ibuprofene, beclometasone e captopril (per favorire il rimodellamento ventricolare).

I controlli cardiologici seriati, durante il ricovero, mostravano la normalizzazione del quadro elettrocardiografico, mentre quello ecocardiografico appariva stabile sia per ciò che concerneva il grado di insufficienza valvolare aortica che la volumetria ventricolare sinistra. Le

analisi ematochimiche ed il tampone orofaringeo confermavano l'infezione streptococcica.

Ad un mese dalla dimissione, dopo risoluzione clinica, un ecocardiogramma transesofageo mostrava le tre cuspidi aortiche ispessite, iperecogene, con ipomobilità spiccata soprattutto della non-coronarica. L'atteggiamento prolapsante delle altre determinava un'area di malcoaptazione sede di in jet da rigurgito di grado moderato-severo. In atto il paziente è in terapia con captopril e cicli di diaminocillina (600.000 UI ogni 15 g) seguito con follow-up ecocardiografici mensili.

La ricorrenza familiare della malattia, in assenza di fattori ambientali favorevoli la stessa, ha spinto a considerare, quale fattore o cofattore etiologico, la predisposizione genetica. Sulla base di tale ipotesi abbiamo avviato un approfondimento genetico, supportati dall'evidenza in letteratura dell'associazione tra malattia reumatica e specifici alleli del sistema HLA II.

Nursing

CB101

UN'UNITÀ DI TELECARDIOLOGIA ALL'INTERNO DI UN'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI ARITMOLOGIA PEDIATRICA: ORGANIZZAZIONE E PRIMI RISULTATI

I. Tamburri¹, S. Zanoni¹, F.A. Saputo¹, L. Verticelli¹, A. Longoni¹, A.E. Tozzi², F. Drago¹

¹UOC Aritmologia, DMCCP, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Fiumicino, Italy, ²Telemedicina, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma, Italy

Scopi. Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenziare l'efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì temperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti. L'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina. Lo scopo del nostro progetto è l'identificazione di malfunzionamenti dei dispositivi e degli elettrocatereteri, il monitoraggio costante dei cambiamenti dello stato clinico del paziente verificando il trend delle aritmie. Metodi Impiegati. Nell'Unità Operativa Complessa di Aritmologia pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro dal 2009 è attivo un servizio di Telemedicina per i pazienti portatori di dispositivi impiantabili. Da Gennaio 2015, il progetto è stato riorganizzato attraverso la creazione di una postazione dedicata alla Telemedicina. Tale servizio si avvale di un software dedicato alla registrazione e all'analisi delle trasmissioni. Nella postazione tecnica dedicata le trasmissioni sono selezionate e riportate in un file excel specifico attraverso il quale, servendosi di collegamenti ipertestuali, il medico può immediatamente risalire alle trasmissioni e creare il report finale. Esiste anche un archivio cartaceo di cartelle PMK/ICD/Loop Recorder per integrare i database elettronici. Il sistema di telemonitoraggio cardiaco ha permesso di raccogliere il riepilogo completo dei parametri, la percentuale di pacing, gli EGM in tempo reale e con magneti, il voltaggio e lo stato della batteria, gli istogrammi A-V, il riepilogo degli episodi di aritmia con durata del mode switch, l'impedenza degli elettrocatereteri e trend. Inoltre, il telemonitoraggio permette di avere informazioni tecniche (proprie del dispositivo) e sull'aspetto emodinamico del paziente. Risultati e conclusioni. Nell'ultimo anno il servizio di telemedicina della nostra UOC ha ricevuto e valutato un totale di 6.985 trasmissioni. Le trasmissioni programmate dal medico al momento della dimissione sono state 5.740; quelle non programmate, cioè eseguite dai pazienti in caso di anomalia non specificata, sono state 1.090; le trasmissioni non programmate associate a sintomo invece sono state 189. La media giornaliera è di 20 trasmissioni, di cui 6 sono vagliate anche per aspetti clinici, 3 per aspetti tecnici e le restanti per monitoraggio e trasmissioni di routine. I dati confermano l'importanza della telemedicina e del telemonitoraggio nei pazienti di device impiantabili.

CB102

HANDOVER OSPEDALIERO: CASE REPORT

P. Quadrelli
Fondazione Monasterio, Massa, Italy

Scopi. Nei servizi sanitari è sempre più frequente il trasferimento di pazienti tra setting diversi, da qui la necessità crescente di sviluppare un sistema adeguato di gestione del rischio clinico. (Pezzolesi 2010, Horwitz 2008). L'aumento di eventi avversi e il disagio relazionale tra operatori