

Dolore Toracico



Cause di dolore toracico

cardiache	vascolari	polmonari	gastrointestinali	Muscolo scheletriche	Altre cause
Arteriopatia coronarica stenosi aortica Miocardipatia ipertrofica Cardiopatia ipertensiva Pericardite	Dissezione aortica Embolia polmonare Ipertensione polmonare	Pleurite, Polmonite, Tracheobronchite, Pneumotorace Tumore Mediastinite	Reflusso esofageo Spasmo Sindrome di Mallory-Weiss Ulcera Patologia vie biliari Pancreatite	Discopatia cervicale Artrite spalla Costocondrite Crampo m.intercostale Sindrome dello scaleno medio Borsite sotto	Dolori mammari Tumori della Parete toracica Herpes zoster Fattori emotivi

DESCRITTORI DEL DOLORE

P cosa provoca il dolore?

cosa lo attenua?

cosa lo accentua?

Q come il Paziente descrive il dolore

R come si irradia?

è migrante

è localizzato altrove localizzato in un'area?

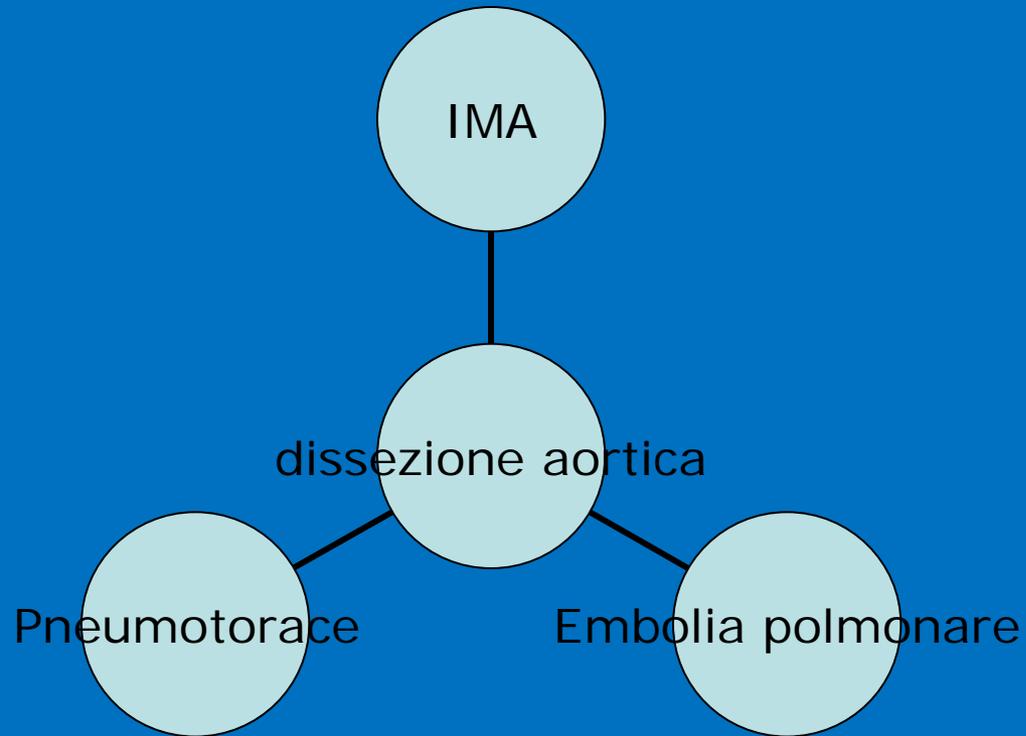
S intensità

quanto è forte il dolore?

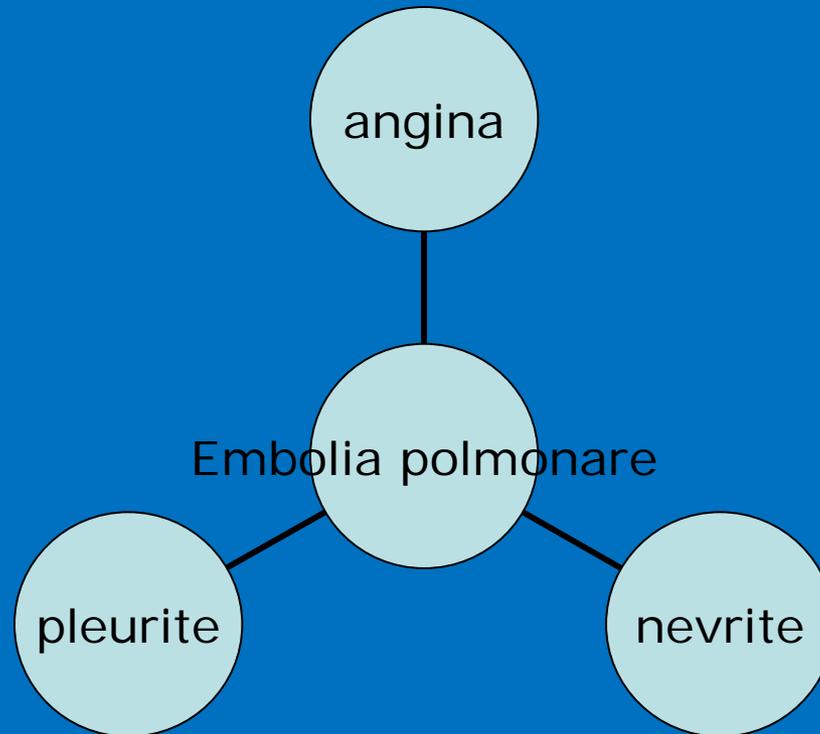
utilizzando una scala da 1 a 10

T tempo: quando è iniziato? Quanto è durato? Il Paziente lo ha già provato? Quando? Quanto è durato l'ultima

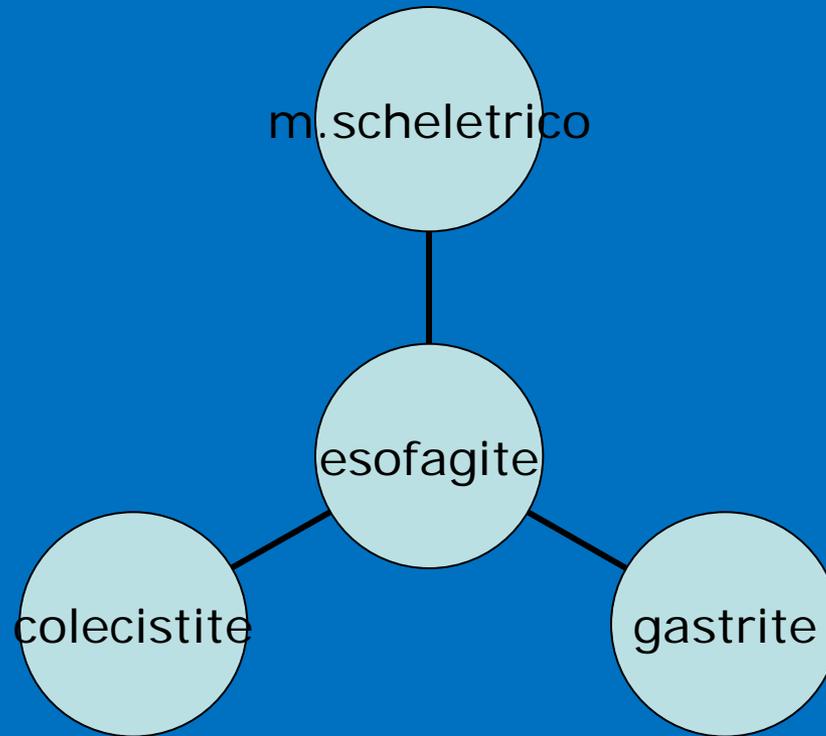
Modalità di insorgenza del dolore acutissimo



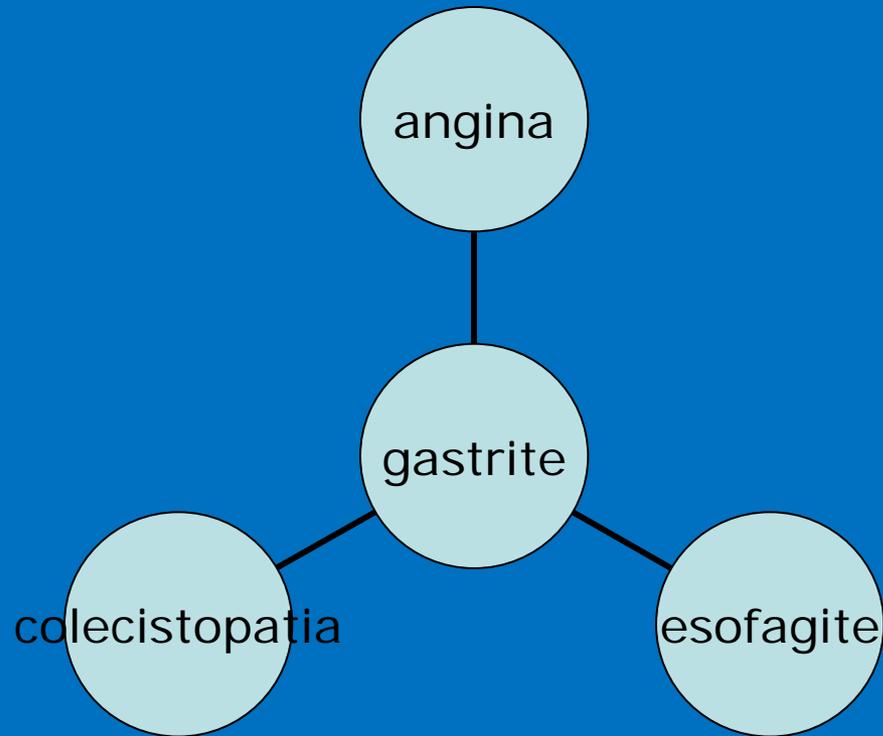
Modalità di insorgenza del dolore acuto



Modalità di insorgenza del dolore graduale



Modalità di insorgenza del dolore ricorrente



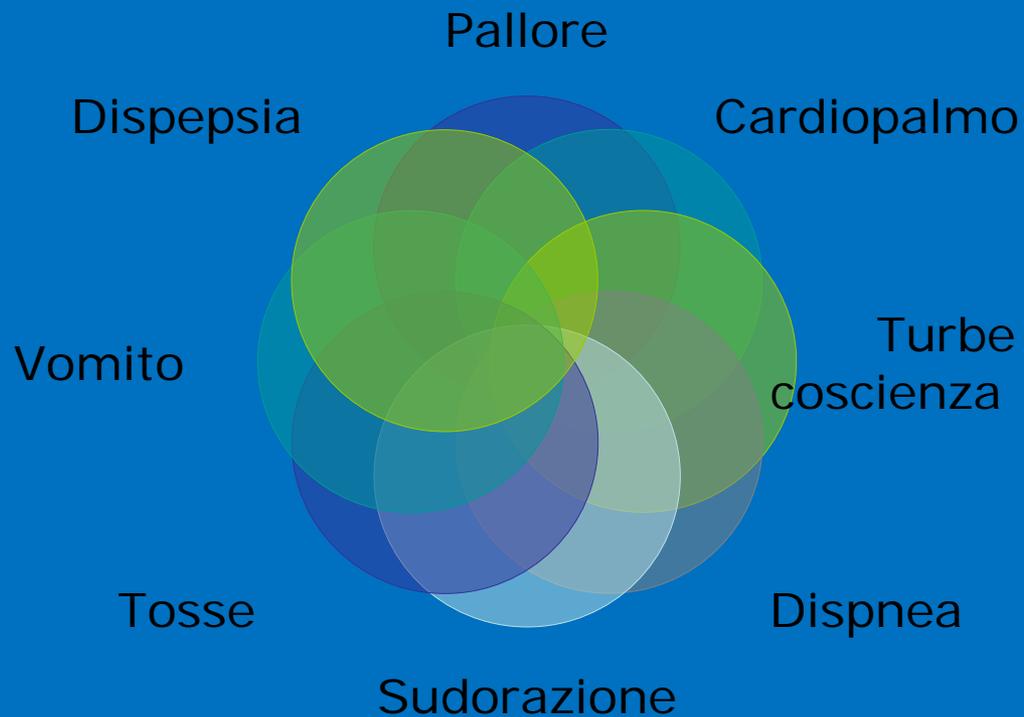
Diagnosi differenziale

- Infarto miocardico acuto
- Angina instabile dolore esofageo
 polmonite
 pleurite
 pneumotorace
 gastrite
 pancreatite
- Pericardite
- Dissezione aortica
- Embolia polmonare

Percorso del paziente con dolore toracico

- Triage prima valutazione
 1. Paziente critico con uno o più parametri vitali compromessi
 2. Paziente non critico parametri vitali stabili

Sintomi associati



Visita Medica

- Anamnesi del dolore (PQRST)
- Anamnesi storia nota di cardiopatia
- Fattori di rischio (familiarità, diabete, ipertensione, fumo, iperlipidemia)

ESAME OBIETTIVO

- 3* tono
- Soffi nuovi
- Ipo-ipertensione
- Ecg del paziente che potrà risultare: negativo
- Negativo per ischemia lesione acuta, ma positivo per cardiopatia ischemica
- Positivo per lesione acuta che può essere complicata dalla presenza di problemi di volume, pompa ,ritmo, frequenza

Cause di ischemia miocardica

- La causa più frequente di ischemia miocardica è l'ostruzione delle arterie coronariche secondaria ad aterosclerosi
- Altre cause di ischemia miocardica sono:
 - Stenosi aortica
 - Miocardiopatia ipertrofica

Stenosi aortica

- Nella stenosi aortica si viene a creare resistenza all'eiezione dal ventricolo sn a livello della valvola aortica.
- L'area della valvola aortica normale è di 2-3 cm²
- La stenosi è emodinamicamente rilevante per area <di 1,5cm o 0,4 cm² o se il gradiente pressorio è maggiore di 50mmHg

Segni clinici della stenosi aortica

- Angina
- Insufficienza cardiaca
- Sincope morte improvvisa
- Una volta che si sono manifestati, l'aspettativa di vita senza terapia chirurgica si riduce a solo 2-5 anni
- Se 'esame obiettivo mostra segni di stenosi aortica (tipico soffio sistolico) l'ecocardiogramma può determinare la severità della stenosi

Cardiopatía ipertrofica ostruttiva

- Causa ostruzione dinamica all'efflusso del ventricolo sn durante la sistole con conseguente sovraccarico pressorio come per la stenosi aortica
- Eziologia sconosciuta
- Angina
- Insufficienza cardiaca
- Sincope
- Morte improvvisa
- Disturbi del ritmo

Dolore toracico nella pericardite

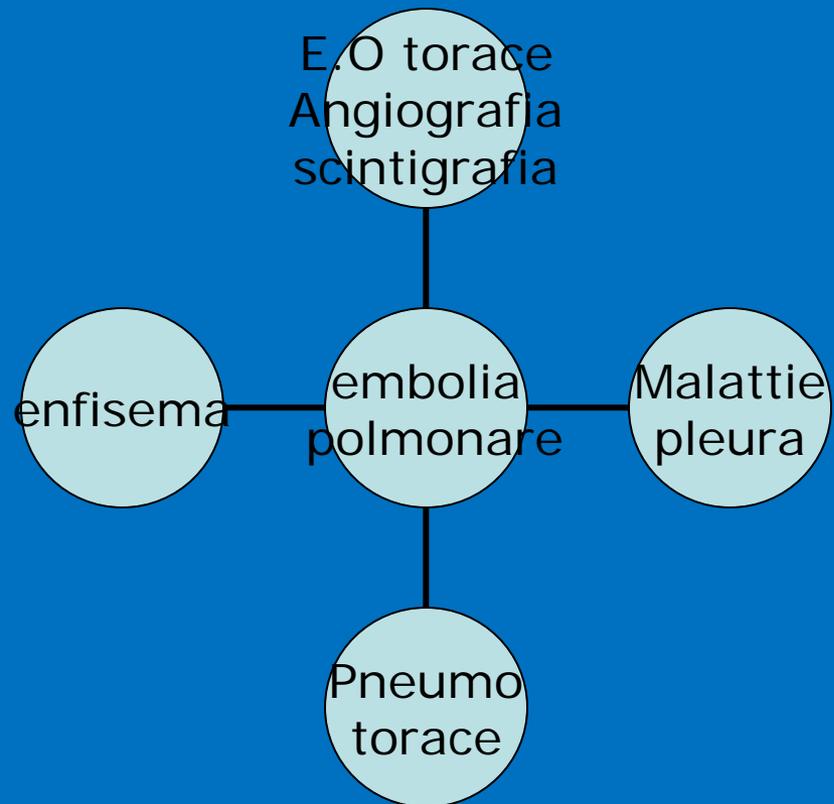
- La pericardite può causare dolore in diverse sedi generalmente il dolore è dovuto all'infiammazione dell'adiacente pleura parietale, poichè la superficie viscerale del pericardio non è sensibile al dolore così come la superficie parietale che lo è solo nella porzione inferiore per afferenze delle fibre dolorifiche dei nervi frenici

Caratteristiche del dolore nella pericardite

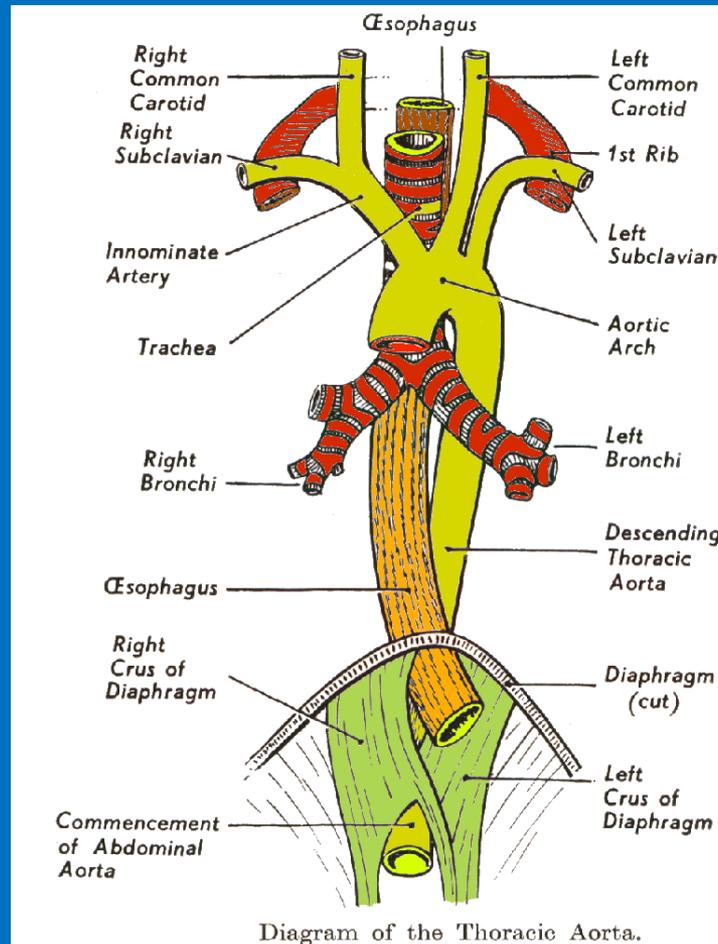
- Estremità della spalla al margine contiguo del trapezio e al collo
- Parte anteriore del torace (interessamento della parte laterale della pleura diaframmatica sesto e nono nervo intercostale)
- Parte superiore dell'addome o del dorso ,simulando il dolore tipico della colecistite o pancreatite
- Il dolore può essere correlato con i movimenti respiratori o con la tosse o con l'inspirazione profonda
- Il dolore si accentua nella posizione supina sn

Dolore toracico nelle patologie polmonari

- Bruciore retrosternale può essere segno di flogosi della mucosa tracheale o bronchiale.



Anatomia aorta



Cause vascolari di dolore toracico

- Il dolore causato da dissezione acuta dell'aorta o dall'espansione di un aneurisma aortico deriva dalla stimolazione delle terminazioni nervose dell'avventizia.
- Il dolore si presenta bruscamente in genere localizzato al centro del torace e/o al dorso, a volte il dolore si presenta migrante a seconda della localizzazione della dissezione

Dissecazione aortica

anamnesi : possibile ipertensione , sindrome di Marfan

P improvviso, a riposo

Q trafittivo

R dorso, interscapolare, migrante perché segue la dissecazione

S severo

T da pochi minuti ad ore , persistente

- A riposo, durante sforzi si attenua con il riposo, nitroderivati
- Oppressivo costrittivo
- Retrosternale irradiato
- lieve a severo
- Da pochi minuti ad alcune ore andamento in crescendo

Segni clinici ed obiettivi

- Sincope :in assenza di altri segni neurologici potrebbe essere causata da tamponamento cardiaco per dissezione dell'aorta prossimale nella cavità pericardica ,raramente per rottura dell'aorta discendente nella cavità pleurica.

Altri sintomi di aneurisma dissecante

- Emottisi
- Tosse
- Stridore
- Sindrome della vena cava
- Quando è caratterizzato da un dolore migrante ciò è dovuto alla progressiva estensione insenso ascendente o discendente o prossimale o distale, della zona dissecata.

Esame obiettivo

- ❖ Ipertensione : 80-90% aorta discendente.
- ❖ Ipotensione : aorta ascendente ,tamponamento cardiaco
- ❖ Deficit di polsi diminuiti o assenti 50% aorta ascendente, 15% aorta discendente.
- ❖ Insufficienza aortica :16-67% aorta ascendente
- ❖ Manifestazioni neurologiche: 6-19% aorta prossimale.
- ❖ IMA : 1-2% per interessamento della coronaria di dx .
- ❖ Arresto cardiaco

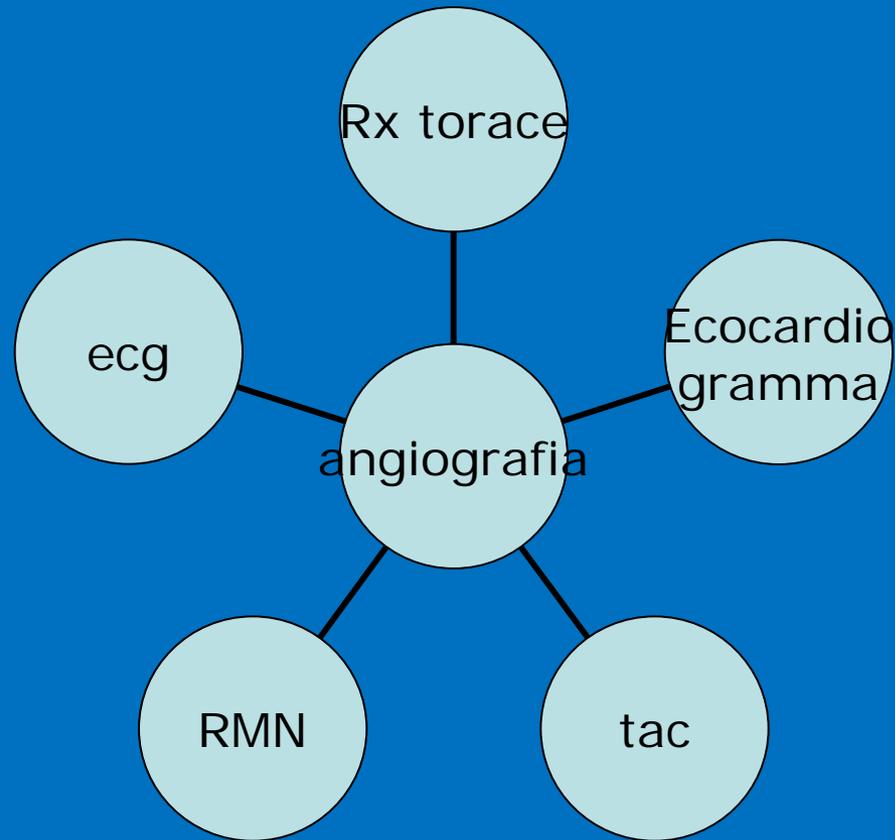
- ECG non dirimente
- 1/3 normale
- 1/3 ipertrofia ventricolare sn
- Marcatori cardiaci : non sono dirimenti
- Ecocardio trastoracico
- Rx torace:slargamento del mediastino,versamento pleurico, normale nel 12%
- AngioTC diagnostica

Complicanze

- Nel 50 % dei casi in fase avanzata compare una insufficienza aortica grave cui può seguire sincope, scomparsa dei polsi periferici a volte monolaterale, emopericardio, emotorace, infarti in diversi distretti ad esempio miocardico, mesenterico, o renale

Dolore toracico esami strumentali

Malattie dell'aorta



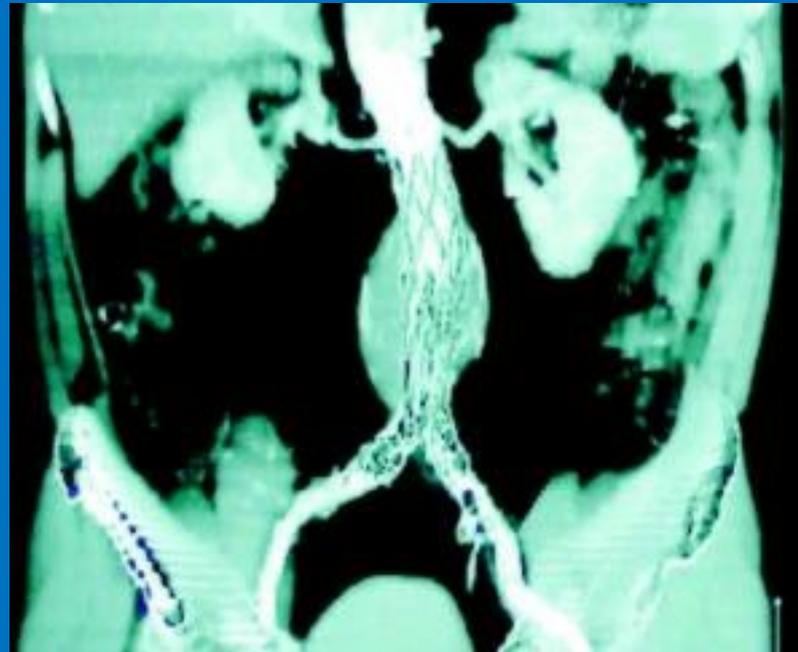
Trauma

- Le pareti dell'aorta possono rompersi anche per ferite prodotte da oggetti appuntiti, anche in seguito a traumi toracici: in questo caso, il 90 su 100, la lesione è localizzata sotto la diramazione dell'arteria succlavia sn
- Rx torace in questi casi può già fornire indicazioni diagnostiche: dilatazione mediastinica, scarsa risoluzione dell'immagine aortica, spostamento della trachea, anche il “versamento pleurico” dovuto all'emorragia rappresenta un segno di rottura di un aneurisma aortico

Localizzazione in ordine di frequenza di aneurisma

- Aneurisma aorta addominale rappresenta i tre quarti di tutti gli aneurismi dell'aorta
- Sesso maschile età superiore ai 60 aa ,fumatori, generalmente ipertesi, familiarità

Aneurisma aorta addominale



Esame obiettivo

- Massa pulsante a livello epigastrico
- La diagnosi viene confermata dall'ecografia bidimensionale che permette un controllo nel tempo (0,5 cm anno)
- La maggior parte dei pazienti è asintomatica: dolori addominali o lombari
- Prognosi dipende dalle dimensioni il calibro normale è di 2,5 cm quando il diametro è superiore a 6 cm la probabilità di rottura è del 45- 50%

Aorta discendente

- In ordine di frequenza è la seconda: in un punto appena distale all'origine dell'arteria succlavia sn.
- Fusiforme
- Pazienti per lo più asintomatici
- In caso di rottura dolore toracico e dorsale
- La pressione può essere aumentata nel distretto superiore mentre i polsi periferici distali sono assenti o iposfigmici
- Rischio operatorio elevato per intervento di elezione è indicato quando sono presenti sintomi di rottura e il diametro trasverso è superiore a 10 cm

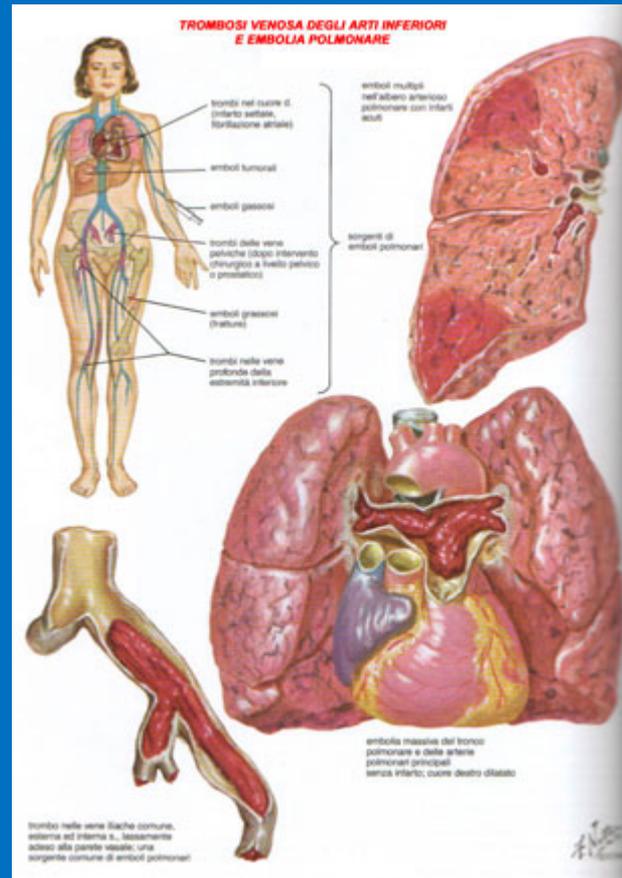
Aorta ascendente

- Nel passato dovuti alla sifilide oggi la causa più comune è la necrosi cistica della media che può essere associata a sindrome di Marfan.
- Sintomo più comune è il dolore toracico profondo, diffuso
- Provoca insufficienza aortica e quindi insufficienza ventricolare sn in questi casi è indicata la sostituzione dell'aorta ascendente e della valvola aortica con tubo valvolato

Aneurismi dell'arco aortico

- Sono i meno frequenti
- Sintomi disfagia, tosse secca, dispnea, dolore per compressione delle strutture adiacenti
- Rischi operatori 40-50%

TVP EMBOLIA POLMONARE



EMBOLIA POLMONARE

- ❑ Se non trattata comporta un elevato rischio di mortalità (10-30 %), che si riduce notevolmente nei casi diagnosticati e trattati in modo adeguato.
 - ❑ il trattamento con anticoagulanti è impiegato di routine eccetto che nei casi con grave shock
- Il filtro cavale è riservato ai casi in cui non è indicata la terapia trombolitica

Anamnesi

- Anamnesi:T.V.P. il paziente sa di averla il paziente non è a conoscenza
- (anamnesi mirata a recenti interventi chirurgici ,traumi, post partum, insufficienza venosa, patologie autoimmuni, insufficienza cardiaca, neoplasie maligne, cateteri a permanenza, pace maker con catetere intracavitario, viaggi prolungati in aereo)

Dolore toracico

- Embolia polmonare
- P improvviso a riposo
- Q oppressivo o seguito da un dolore pleurítico se vi è infarto polmonare
- R retrosternale
- S da lieve a severo
- T

Ischemia cardiaca

a riposo o dopo sforzo
oppressivo, costrittivo

Retrosternale irradiato

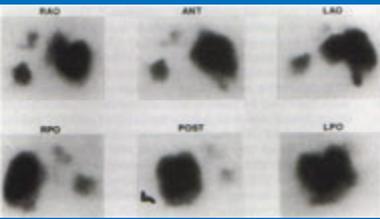
Da pochi minuti ad alcune
ore in crescendo

Esame obiettivo

- ❖ Paziente dispnoico, tachipnoico, iperpnoico
- ❖ Torace: rantoli e sibili
- ❖ Cuore : tachicardia, sdoppiamento del 2 tono, ritmo da galoppo

Esami strumentali

- Ecg: non è dirimendente
- Deviazione assiale dx, T invertite nelle precordiali dx, BBD, utile confronto con esame precedente
- Marcatori cardiaci negativi, LDH e XDP elevati
- EGA ipossiemia ipocapnia alcalosi respiratoria
- Rx torace spesso negativo ,l'infarto polmonare compare a 12 -36 ore in una bassa % di casi



diagnostica

- Scintigrafia ventilo perfusionale questa tecnica dimostra elevata sensibilità nella diagnosi generica di EPA (98%) ma è inferiore per la dimostrazione di un singolo embolo
- Inoltre è frequente il riscontro di false positività per i pazienti con BOC, tumori, vasculiti, sarcoma
- La scintigrafia non dimostra direttamente gli emboli, non valuta la gravità dell'episodio embolico, non consente diagnosi di TPV.
- Si tende oggi ad eseguire solo lo studio perfusionale, integrato dalla clinica

Tomografia assiale computerizzata

- Presenta sensibilità e specificità elevate (95-100 %)
- Ottimo valore predittivo negativo una TCS negativa esclude la possibilità di EPA nei 3 -6 mesi successivi e consente di evitare terapia anticoagulante inutile e potenzialmente dannosa

Confronto tra tecniche

	Scintigrafia ventiloperfusionale	Tc spirale	Angiopneumografia
Sensibilità	98%	95%	98%
Specificità	20 – 40%	95%	94%
Complicanze	=	=	Ca. 2%
Mortalità	=	=	0,1%
Facilità	+	+++	+
Esami non diagnostici	60% (90% in BPCO)	3-5%	3%
Valutazione embolica	=	+++	+

Pneumotorace

- Anamnesi: Traumi, enfisema, età
- Dolore toracico:
- Cardiopatia ischemica

PNEUMOTORACE

P improvviso

Q costrittivo

R interscapolare

S severo

- A riposo, durante sforzo risponde ai nitroderivati
 - Retrosternale, irradiato
 - Da lieve e severo
 - Ad andamento continuo
- Da pochi minuti ad ore

Segni clinici ed obiettivi

- Dispnea ingravescente
- Tosse secca e stizzosa
- FVT scomparso
- Ipertimpanismo
- Silenzio respiratorio
- ECG non dirimente
- Marcatori cardiaci non dirimenti

Diagnosi

- Rx torace: rivela l'entità del collasso che può essere:
 - ❖ Totale
 - ❖ Parziale
 - ❖ Progressivo (PNX iperteso)
 - ❖ Grave complicanza: il PNX spontaneo bilaterale che può causare insufficienza respiratoria

Pancreatite acuta

anamnesi:etilismo,colelitiasi,ulcere

P non presenti caratteri specifici

Q non presenti caratteri specifici

R irradiazione del dolore all'epigastrio o periombelicale

S non presenti caratteri specifici

T non presenti caratteri specifici

Ischemia

a riposo,sforzo,si attenua con riposo e nitroderivati

Oppressivo,costrittivo

Retrosternale,irradiato

Da lieve a severo

Da pochi minuti ad ore in crescendo

Segni clinici ed obiettivi

- Nausea e vomito
- Paziente sofferente
- Ipotensione, tachicardia
- Torace rantoli basali, atelettasia, versamento pleurico sn
- Addome dolore a fascia a volte con irradiazione retrosternale, peristalsi presente, ridotta, assente

Esami diagnostici

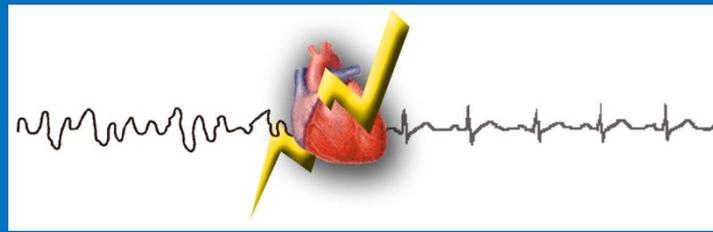
- ECG non dirimente
- Marcatori cardiaci non dirimenti
- Amilasi tre volte il normale
- Isoamilasi+lipasi
- Eco addome e Rx diretta addome
- Se dubbio TC ADDOME

Cause gastrointestinal di dolore toracico

- Dolore esofageo si presenta come profondo urente accompagnato da acidità gastrica .
- I sintomi di un ernia iatale tendono ad essere aggravati dalla posizione supina talora è clinicamente difficile distinguere tale sintomatologia da IMA

Dolore toracico muscolo scheletrico

- Discopatia cervicale
- Artrite della spalla o della colonna vertebrale
- Infiammazioni costocondrali sono le sedi più frequenti di dolore localizzato nella parete anteriore del torace
- Reperti obiettivi come tumefazioni sono rari (sindrome di Tietze)
- Il dolore può essere puntorio o perdurare per diverso tempo come dolore sordo



GRAZIE