

A Trial of Intracranial-Pressure Monitoring in Traumatic Brain Injury. Randall M. Chesnut et al. N Eng J Med 2012; 12. DOI: 10.1056/NEJMoa1207363

La monitorizzazione della pressione intracranica-PIC è considerata lo standard di cura del trauma cranico severo, anche se non vi è evidenza dell'efficacia sull'*outcome* dei trattamenti basati su tale monitoraggio.

In questo studio multicentrico controllato su 324 pazienti con trauma cranico severo e ricoverati in terapia intensiva in Bolivia ed Ecuador è stata valutata l'efficacia di due trattamenti, randomizzati, di cui uno basato sulla monitorizzazione della PIC e l'altro sui dati clinici e di *imaging*.

L'*outcome* primario era un composito di tempo di sopravvivenza, alterazione della coscienza, stato funzionale a 3 e 6 mesi e stato neuropsicologico a 6 mesi.

Non sono emerse differenze significative sull'*outcome* primario e sulla mortalità fra i due gruppi.

Chest Compression-Only Cardiopulmonary Resuscitation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Public-Access Defibrillation. A Nationwide Cohort Study. Taku Iwami et al. Circulation 2012 Dec 11; 126 (24): 2844-2851

Non è ancora stato definito quale tipo di rianimazione da parte dei presenti (solo compressioni toraciche o RCP convenzionale), associata a *public-access defibrillation*, sia più efficace nel migliorare la sopravvivenza nell'arresto cardiaco *out-of-hospital*.

Questo lavoro fornisce i dati di una raccolta prospettica che parte dal 2005 e che riguarda l'intero territorio giapponese.

Nel periodo di 5 anni sono stati valutati 1376 arresti cardiaci trattati con RCP e defibrillazione con apparecchio automatico: 506 (36.8%) hanno ricevuto solo compressioni toraciche, mentre 870 (63.2%) sono stati soccorsi con RCP convenzionale.

È stata osservata una maggior percentuale di outcome neurologico a 1 mese dall'evento nel gruppo trattato con sole compressioni (40.6% vs 32.9 nel gruppo RCP convenzionale, adjusted odds ratio, 1.33; 95% CI, 1.03-1.70). Gli autori concludono per una maggior efficacia delle sole compressioni nel supporto dei pazienti colpiti da arresto cardiaco e trattati con defibrillazione dell'ambito della *public-access defibrillation*.

Hypothermia in Comatose Survivors From Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Pilot Trial Comparing 2 Levels of Target Temperature. Esteban Lopez-de-Sa et al. Circulation 2012 Dec 11; 126 (24): 2826-33

Anche se nei sopravvissuti comatosi ad arresto cardiaco *out-of-hospital* viene raccomandata l'ipotermia, non vi è chiara indicazione sul livello ottimale che questa dovrebbe avere.

In questo studio 36 pazienti totali (26 con ritmo defibrillabile e 10 con ritmo non defibrillabile) sono stati randomizzati a ipotermia a 32 e 34 C°.

Pur con i limiti dell'esiguo campione di studio, sembrerebbe esserci un trend favorevole per i pazienti con ritmo defibrillabile (tutti i pazienti con ritmo non defibrillabile sono infatti morti prima del 6 mese momento in cui veniva fatta la valutazione) trattati con ipotermia a 32 C° (assenza di severa dipendenza a 6 mesi dall'evento in 8/13-61.5% vs 2/13-15.4%, P=0.029).

Gli autori concludono auspicando uno studio di maggior dimensioni per validare il dato.

Riassunto, recensione e commento a cura di *Mauro Fallani*. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Responsabile UOS Medicina d'Urgenza. Dipartimento Emergenza-Urgenza. Ospedale Ceccarini di Riccione. Azienda USL di Rimini.