

AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TIA

Promotori ed Autori

- Dr Stefano Rizzuto U.O.C. di Neurologia (tel.331 6487682)
- Dr Antonio Bloise: Responsabile U.O.S.D di Ecografia d'Urgenza (tel.334 3116988)
- Dr Pietro Scrivano U.O.C. di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (tel.331 6487676)

VALUTAZIONE : Nucleo di valutazione PDTA

CONTROLLORI : Dott. A.Petrone (Neurologia) , Dott. W.Auteri (Neuroradiologia) , Dott. F.Crocco (Pronto Soccorso)

AL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA

e p.c.

AL NUCLEO DI VALUTAZIONE PDTA

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

Oggetto : PDTA TIA, a cura dell'U.O.C. di Neurologia , della U.O.C. di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso e della U.O.S.D. di Ecografia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza

*Chalera
Hop*

plse

ca...

[Signature]
[Signature]

PREMESSA

La definizione OMS descrive il TIA come "l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue di durata inferiore alle 24 ore. Recentemente tale definizione è stata modificata soprattutto nei termini della durata: non tutti i TIA sono equivalenti da un punto di vista della lesione potendo osservare in alcuni pazienti dei danni tissutali. La probabilità di danno tissutale in un paziente con TIA è direttamente proporzionale alla durata della sintomatologia.

Il TIA pertanto viene identificato come una disfunzione neurologica da ischemia cerebrale o retinica con durata in genere inferiore ad un'ora, senza un danno cerebrale permanente.

Il TIA deve essere considerato un'emergenza medica, assimilabile ad una "angina instabile cerebrale": il rischio assoluto di ictus nei pazienti con TIA varia tra il 7% ed il 14% nel corso del primo anno, e tra il 4 e il 7% nei successivi 5 anni. Il 10% dei pazienti con TIA sviluppa un ictus nella prima settimana. La mortalità generale dei pazienti con ictus è aumentata, anche se la causa principale è la cardiopatia ischemica. Il TIA è associato ad un rischio annuale del 15% per eventi anche in altri distretti vascolari (sindromi coronariche, arteriopatie, morte improvvisa) trattandosi di pazienti portatori di numerosi fattori di rischio per aterosclerosi o con vasculopatie multi distrettuali.

Considerando questi dati epidemiologici risulta importante costituire un percorso di diagnosi e terapia sia per individuare quelle forme cliniche di TIA ad alto rischio evolutivo sia per dimettere in sicurezza quelle forme a basso rischio. Trova inoltre giustificazione la collocazione del TIA nell'Osservazione Breve Intensiva (OBI).

SCOPO DEL PROTOCOLLO

Lo scopo di questo protocollo è quello di fornire agli operatori uno strumento che offra informazioni circa un corretto approccio diagnostico e terapeutico al paziente con TIA.

CATEGORIE DI EVIDENZA

Nel presente protocollo è riportato, laddove segnalato in letteratura il livello di evidenza scientifica delle raccomandazioni secondo American Heart Association (tab. 1) ed il grado di evidenza utilizzato dalle linee guida italiane SPREAD (tab. 2 – tab. 3).

Tab. 1 - Livello di evidenza sec AHA

CLASSE I	Condizioni in cui c'è un'evidenza o un accordo generale che la procedura o il trattamento sia utile ed efficace.
CLASSE II	Condizioni in cui non c'è pieno accordo e/o divergenza di opinioni circa l'utilità ed efficacia della procedura o del trattamento.
CLASSE II A	Il peso dell'evidenza o dell'opinione scientifica è a favore della procedura o del trattamento.
CLASSE II B	L'utilità e l'efficacia è meno chiaramente stabilita dall'evidenza o dall'opinione scientifica.
CLASSE III	Condizioni in cui ci sono prove scientifiche e/o un accordo generale per cui la procedura o il trattamento non sia utile ed efficace ed in alcuni casi può essere dannoso.
Livello di evidenza A	Dati derivati da numerosi trial clinici randomizzati.
Livello di evidenza B	Dati derivati da un singolo trial randomizzato o da studi non randomizzati.
Livello di evidenza C	Consenso o opinione di esperti.

Tab. 2 - Gradi di evidenza sec Spread

Grado A	Almeno una metanalisi, revisione sistematica, o RCT classificato di livello 1++ condotto direttamente sulla popolazione bersaglio; oppure revisione sistematica di RCT o un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati di livello 1+, consistenti tra loro, e applicabile direttamente alla popolazione bersaglio.
Grado B	Un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2++, coerenti tra loro, e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+.
Grado C	Un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2+, coerenti tra loro e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++
Grado D	Evidenza di livello 3 o 4; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2+; oppure evidenza da studi classificati come – (meno), indipendentemente dal livello. GPP migliore pratica raccomandata sulla base dell'esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida, non corroborata da evidenze sperimentali.

Tab. 3 - Livello tipo di evidenza disponibile

1++	Metanalisi di alta qualità e senza disomogeneità statistica; revisioni sistematiche di RCT ciascuno con limiti fiduciali ristretti, RCT con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;
1+	Metanalisi ben fatte senza disomogeneità statistica o con disomogeneità clinicamente non rilevanti, revisioni sistematiche di RCT, RCT con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;
2++	Revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o coorte; studi caso-controllo o coorte di alta qualità con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;
2+	Studi caso-controllo o coorte di buona qualità con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;
3	Studi non analitici (case reports, serie di casi);
4	opinione di esperti.

TIA DEFINIZIONE - CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Il TIA è un deficit focale neurologico insorto acutamente, completamente regredito all'arrivo in PS.

Non rientrano nella definizione di TIA i seguenti sintomi, se presenti singolarmente (raccomandazione 5.1 grado C):

- perdita di coscienza
- sensazione di instabilità
- astenia generalizzata confusione mentale
- perdita o calo del visus associati a ridotto livello di coscienza
- incontinenza di feci o urine
- vertigine
- diplopia
- disfagia
- perdita dell'equilibrio
- acufeni
- sintomi sensitivi confinati ad una parte dell'arto o al volto
- scotomi scintillanti
- amnesia globale transitoria
- drop attack.

TIA ESCLUSI DAL RICOVERO IN OBI

Necessitano di ricovero in reparto ordinario, non sono TIA da ricoverare in OBI:

- Tia subentranti (> 1 negli ultimi sette giorni)

RESPONSABILITÀ

Il medico e l'infermiere di PS (tel. 0984/681078) accettanti sono i responsabili, secondo le loro competenze, del paziente fino a quando verrà trasferito amministrativamente in OBI, da quel momento responsabile del paziente sarà il personale medico ed infermieristico di turno in OBI(tel.0984/681471)

PRIMA VISITA

La diagnosi di TIA è clinica ed il medico accettante deve verificare da un punto di vista neurologico l'origine focale dei sintomi ed il momento di esordio della sintomatologia, da un punto di vista generale evidenziare i segni di comorbidità e richiedere la consulenza neurologica. Il neurologo confermerà la diagnosi e stratificherà il rischio secondo l'ABCD2 score.(tel neurologo di guardia 2111)

ABCD2 SCORE

È un punteggio validato predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con TIA. E' costituito dalla somma di punti assegnati a 5 fattori di rischio:

ETA'	≥ 60 anni	1 punto
PRESSIONE ARTERIOSA	sistolica ≥ 140 OPPURE diastolica ≥ a 90	1 punto
CARATTERISTICHE TIA	Ipostenia monolaterale	2 punti
	Afasia senza ipostenia	1 punto
DURATA	≥ 60 minuti	2 punti
	10-59 minuti	1 punto
DIABETE		1 punto

PUNTEGGIO

Basso rischio < 4

Moderato rischio 4-5

Alto rischio > 5

Il punteggio così ottenuto determina l'indicazione a procedere alla valutazione strumentale in breve tempo.

La cartella debitamente compilata deve riportare, oltre all'esame clinico, la terapia seguita a domicilio e quella che il paziente dovrà assumere durante la degenza in OBI.

ESAMI EMATOCHIMICI

E' indicata l'esecuzione dei seguenti ematochimici: (classe IIa Livello di evidenza B)

- Esame emocromocitometrico
- Glicemia
- Elettroliti
- Funzionalità renale (creatininemia ed azotemia)
- Transaminasi
- Coagulazione
- Glicemia capillare

N.B. Eventuali ulteriori esami (di laboratorio e strumentali) saranno richiesti in funzione delle necessità cliniche. (tel. lab.analisi 0984/681819)

ECG

L'ECG è indicato in tutti i pazienti con TIA che arrivano in PS (Classe I Livello di evidenza B – raccomandazione 9.6 grado D).

ECODOPPLER

Tutti i pazienti con TIA devono essere sottoposti a valutazione strumentale non invasiva dei vasi del distretto cervico-cefalico (classe I livello di Evidenza A – raccomandazione 5.10 grado B). (Servizio di Ecografia d'Urgenza tel.0984/681210)

La valutazione dei vasi extracranici richiede l'impiego di ecodoppler, di angioTC o angioRMN in funzione della disponibilità, dell'esperienza del personale e delle caratteristiche del Paziente. (Classe IIA, livello di evidenza B). Nel caso in cui non fosse disponibile il servizio ecodoppler si procede come segue:

Se il punteggio ABCD2 ≥ 4 lo specialista neurologo valuterà l'indicazione ad eseguire l'angioTC.

RADIOGRAFIA TORACE

L'esecuzione di accertamenti radiologici dipende dalle necessità cliniche del paziente; la radiografia del torace è utile nelle prime ore dopo l'ingresso in ospedale per valutare la presenza di scompenso cardiaco, polmonite ab ingestis o altre patologie cardiache o polmonari che possono complicare il decorso e condizionare il trattamento.

TC BASALE

Nei pazienti con TIA la TC è indicata, prima possibile, sia per la diagnosi differenziale (distinguere tra ictus emorragico o ischemico, individuare altre affezioni di origine non cerebrovascolare) sia per confermare la presenza di una lesione ischemica e documentarne la sede, l'estensione e la congruità con la sintomatologia clinica (raccomandazione 9.7 Grado D).

I pazienti con TIA devono essere sottoposti a valutazione strumentale neuroradiologica entro le 24 ore dall'esordio dei sintomi (classe I livello di evidenza B).
(tel. Neuroradiologia 0984/681449)

TRASFERIMENTO IN OBI

Il medico accettante, dopo aver visitato e sottoposto agli accertamenti sopra ricordati il Paziente, lo trasferisce nel reparto di Osservazione Breve Intensiva (OBI), eccezion fatta nel caso in cui è prevedibile che la degenza del paziente sia superiore alle 30 ore, in tal caso il paziente sarà ricoverato nel reparto di degenza ordinaria.

VISITA IN OBI

Il medico dell'OBI e l'infermiere che prendono in carico il paziente ne diventano responsabili. Il medico dell'OBI ha il compito di:

- Evidenziare eventuali affezioni concomitanti
- Coordinare l'attivazione e l'intervento degli specialisti

La valutazione specialistica neurologica va richiesta anche al termine del percorso diagnostico e per concordare la terapia in dimissione.

L'intervento del neurologo va richiesto prima della conclusione del percorso diagnostico nei seguenti casi:

- Dubbio diagnostico
- Ateromatosi carotidea nota > 50%

ALTRE CONSULENZE

La richiesta di intervento di altri consulenti sarà cura del medico dell'OBI che ha in carico il paziente.

ESAMI STRUMENTALI

MONITORAGGIO ECG (Raccomandazione 5.4 Grado D)

Il monitoraggio ECG va riservato ai pazienti in cui i dati clinici, anamnestici e strumentali sono suggestivi di genesi cardioembolica di TIA.

ALTRI ESAMI

Il medico dell'OBI, considerate anche le indicazioni specialistiche, potrà richiedere ulteriori esami (radiografia torace – ecocardiogramma etc) in funzione del sospetto diagnostico, del giudizio clinico e delle indicazioni delle linee guida.

TERAPIA

La terapia in dimissione va concordata con il neurologo.

Nel TIA non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante con ASA (Raccomandazione 12.3 a Grado A)

La terapia antiaggregante va somministrata entro le 24 ore dall'evento; sarà somministrata al paziente aspirina 300 mg; nel caso di allergia clopidogrel (Plavix) 1 co. (Raccomandazione 10.5).

OSSERVAZIONE

L'osservazione di un paziente con TIA ha una durata di almeno 24 ore. Durante questo periodo sarà rilevata dal personale infermieristico la scala sec Cincinnati ogni 6 ore. Variazioni dei tempi di rilevazione devono essere concordati tra personale medico ed infermieristico.

DIMISSIONE

La dimissione avviene dopo l'osservazione, con una decisione collegiale tra il medico dell'OBI e lo specialista neurologo nel rispetto delle diverse competenze.

In dimissione viene consegnato al paziente un foglio di "indicazioni dopo la dimissione" con riportati i seguenti punti:

- le istruzioni da seguire in caso di recidiva dei sintomi
- le principali norme igieniche di vita

CONTROLLO POST DIMISSIONE

Il paziente in dimissione è invitato a sottoporsi a visita di controllo ambulatoriale dopo tre mesi dall'esordio c/o l'ambulatorio di malattie cerebrovascolari di questo Ospedale. E' richiesta l'impegnativa del medico curante.(tel CUP per prenotazione ambulatoriale 0984/681806)

SCALA CINCINNATI

Asimmetria facciale	Chiedere al paziente di ridere o di mostrare i denti
Normale	Simmetrica attività dei muscoli facciali
Anormale	Un lato della faccia non si muove
Slivellamento arti superiori	Chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10" mentre tiene gli occhi chiusi
Normale	Gli arti si muovono
Anormale	Uno dei due arti slivella
Linguaggio	Chiedere al paziente di ripetere una frase
Normale	Usa le parole correttamente senza impaccio
Anormale	Disartria o pronuncia parole inappropriate o resta in silenzio

INDICATORI

STANDARD

1) Pazienti con Tia sottoposti a visita neurologica	(85%)	90%
2) Pazienti ad alto rischio sottoposti ad ECD TSA	(90%)	90%
3) Pazienti a basso rischio dimessi dall'OBI	(90%)	90%

Sono previsti protocolli d'intesa con il Direttore della U.O.C. di Neuroradiologia , dr W. Auteri, il Direttore della U.O.C. di Ch Vascolare , dr F. Intriari, il Direttore f.f. del Laboratorio Analisi , dr. S.Vaccarella.

Sono previsti inoltre audit interni ogni 3 mesi e valutazione applicazione percorso a 6 mesi e un anno .

INDICAZIONI ALLA RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA

NO RIVASCOLARIZZAZIONE

- 1) Donna asintomatica con qualsiasi grado di stenosi.
- 2) Donna sintomatica con stenosi < 70%
- 3) Uomo sintomatico o asintomatico con stenosi < 60%.
- 4) Uomo asintomatico con stenosi > 60%
- 5) Uomo sintomatico con stenosi tra 60 e 70%.

SI RIVASCOLARIZZAZIONE

- 1) Qualsiasi paziente sintomatico con stenosi > 70%
- 2) Uomo asintomatico con stenosi >70%
- 3) Uomo sintomatico o asintomatico con stenosi tra 60-70%

BIBLIOGRAFIA

1. STROKE : The Diagnosis and acute management of stroke and transient ischaemic attacks ; NICE Clinical Guideline ,2008
2. Rothwell PM , Giles MF , Chandratheva A , et al: Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS STUDY) : a prospective population –based sequential comparison. Lancet 2007 , Oct 20; 370 (9596) : 1432-42.
3. Management of patients with stroke or Tia : assessment , investigation , immediate management and secondary prevention ; Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN , Dec.2008.
4. Stroke and Tia ; NICE CKS , February 2009
5. Sudlow CL , Warlow C.P. : Comparable studies of incidence of stroke and its pathological types.results from an international collaboration . Stroke 1997; 28: 491-99
6. Spread : VII edizione , 2012 : ictus cerebrale : Linee Guida italiane di prevenzione e trattamento
7. Moore W.S., Barnett HJ, Beebe HG et al. : Guidelines for carotid endoarterectomy.A multidisciplinary consensus statement from the Ad Hoc Committe , American Heart Association. Circulation ,1995 ;91:566-579
8. Chamber BR ,Donnan GA .Carotid endoarterectomy for asymptomatic carotid stenosis.Cochrane Database Syst.Rev ,2005
9. Neuroradiology (2010) 52:619–628 : Diagnostic workup in carotid stenosis—a neurologist's perspective

ALGORITMO PAZIENTE CON TIA

