

Formazione regionale per le Reti Cliniche: l'ICTUS in FVG

La gestione dell'Attacco Ischemico Transitorio

Dott.ssa Carolina Gentile
SC Neurologia PO Gorizia, ASUGI

AHA/ASA Scientific Statement

Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

AHA/ASA Guideline

2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Ictus cerebrale:



VIII Edizione
Ictus cerebrale:
linee guida italiane di prevenzione e trattamento
Raccomandazioni e Sintesi



forward 20
1997/2017



SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

VIII Edizione

Ictus cerebrale:

linee guida italiane di prevenzione e trattamento

Raccomandazioni e Sintesi

Ictus cerebrale:

Raccomandazione 5.1.g

GPP

E' suggerito l'utilizzo dell'ABCD2 score che è un punteggio validato, predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA), costituito dalla somma di punti assegnati a 5 fattori clinici, indipendentemente associati al rischio di ictus:

ABCD2 Score

FACTOR	POINT SYSTEM	STROKE RISK AT TWO DAYS
Age >60	1	0-3 = 1.0%
Blood pressure: SBP >140 mm Hg or DBP >90 mm Hg	1	4-5 = 4.1%
Clinical features	Unilateral weakness = 2 Speech disturbance without weakness = 1	6-7 = 8.1%
Duration of symptoms	<10 minutes = 0 10-59 minutes = 1 >60 minutes = 2	
Diabetes (history of)	1	

Raccomandazione 5.1.g
GPP

E' suggerito l'utilizzo dell'ABCD2 score che è un punteggio validato, predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA), costituito dalla somma di punti assegnati a 5 fattori clinici, indipendentemente associati al rischio di ictus:

A (age): età ≥ 60 anni	1
B (blood pressure): pressione arteriosa sistolica ≥ 140 e/o diastolica ≥ 90 mm Hg.....	1
C (clinical features): caratteristiche cliniche	
debolezza monolaterale	2
disturbi della parola senza debolezza	1
altro	0
D (duration): durata dei sintomi in minuti	
≥ 60	2
10-59.....	1
< 10	0
D2 (diabetes): storia di diabete.....	1

Nei pazienti con TIA, l'ABCD2 score classifica il rischio di ictus a 2 giorni come: basso = score < 4 ; medio = score 4-5; alto = score 6-7.

E' opportuno che le indagini strumentali di base (ECG, ecocardiogramma, ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici, routine ematochimica) vengano effettuate durante l'osservazione in pronto soccorso, nel corso delle prime 24 ore; le altre, a seconda del punteggio all'ABCD2 score e delle condizioni cliniche, potranno essere effettuate con tempi rapidi (entro 1 settimana) in regime ambulatoriale ovvero mediante il ricovero.

Raccomandazione 5.1.e
Forte a favore

In caso di attacco ischemico transitorio è sempre raccomandato il rapido invio al pronto soccorso di un ospedale dotato di unità neurovascolare per valutazione diagnostica ed eventuale ricovero.

Raccomandazione 5.1.f
GPP

In pazienti con TIA a rischio moderato-alto di ictus (ABCD2 score ≥ 4) e/o fibrillazione atriale e/o stenosi carotidea emodinamica è opportuno il ricovero urgente ospedaliero.

7. It is reasonable to hospitalize patients with TIA if they present within 72 hours of the event and any of the following criteria are present:
 - a. ABCD² score of ≥ 3 (**Class IIa, Level of Evidence C**).
 - b. ABCD² score of 0 to 2 and uncertainty that diagnostic workup can be completed within 2 days as an outpatient (**Class IIa, Level of Evidence C**).
 - c. ABCD² score of 0 to 2 and other evidence that indicates the patient's event was caused by focal ischemia (**Class IIa, Level of Evidence C**).

PDTA 2015 e 2021: percorso diagnostico terapeutico dell'Attacco Ischemico Transitorio (TIA)

TRIAGE

Attribuire codice: scheda disturbi neurologici

VALUTAZIONE PAZIENTE

Valutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale: Cincinnati Prehospital Stroke Scale

VALUTARE SCORE ABCD2 E INDIVIDUARE IL CONSEGUENTE SETTING DI CURA:

- 1. Score ABCD2=0-3 o pz con unico TIA antecedente tra i 7-30 gg: gestione presso il PS senza necessità di osservazione ospedaliera**
- 2. Score ABCD2=4-5 o pazienti con TIA recidivanti tra i 7-30 giorni precedenti: gestione in OBI**
- 3. Score ABCD2=6-7 o con almeno 2 TIA nei 7 giorni precedenti: attivazione del Neurologo della SU e centralizzazione secondaria**
- 4. Gestione ambulatoriale del paziente**

PDTA 2021 - ABCD2 score 0-3 o singolo TIA gestione presso il PS senza necessità di osservazione ospedaliera

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico

Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Effettuare monitoraggio parametri: ECG, PA, FC, FR, SpO2

Eseguire screening per urgenza: Laboratorio (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & aPTT, esame urine, glicemia, **pro-BNP**)

Eseguire TC encefalo

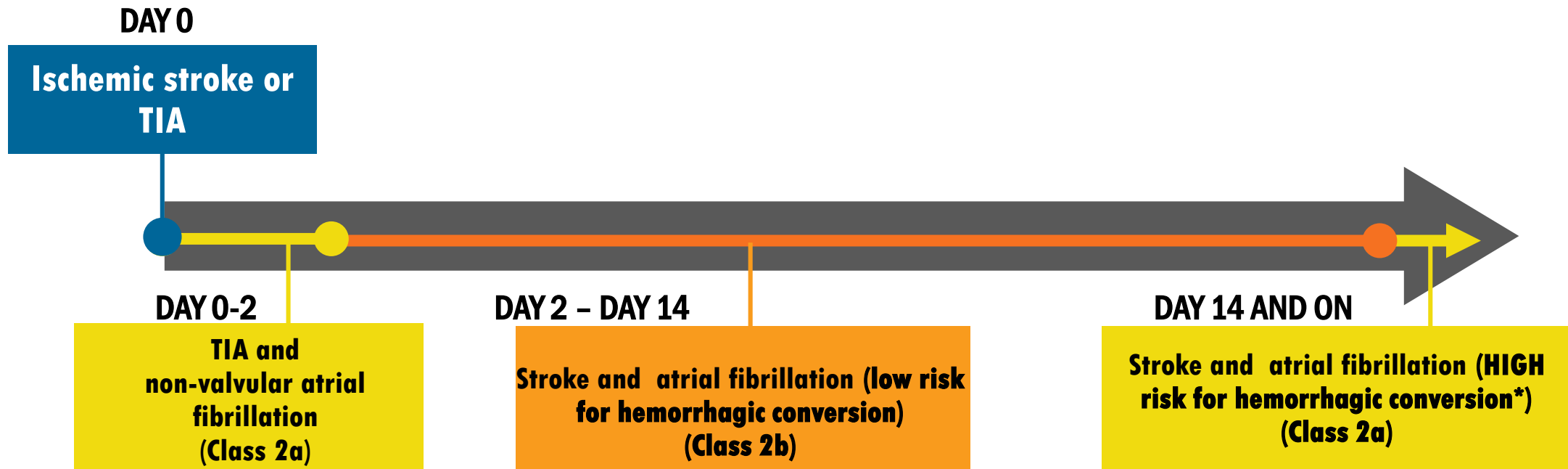
Trattamento terapeutico

- **antiaggregante (Aspirina 300 mg, in caso di allergia all'aspirina considerare Clopidogrel 300 mg)**
- **protezione gastrica**
- **se paziente in TAO/DOAC proseguire anticoagulazione**
- prosecuzione antiaggregante (ASA 100 mg o Clopidogrel 75 mg) o anticoagulante
- **Se riscontro di FA considerare avvio anticoagulazione (DOAC) prima possibile**
- Antipertensivi Statina ad alte dosi Misure non farmacologiche di prevenzione secondaria

Dimissione

- Chiudere verbale accesso PS con prescrizione e prenotazione degli accertamenti, se previsti (pacchetto ambulatoriale)
- Fornire indicazioni al MMG per continuità cure

Timing of Anticoagulation after Stroke or TIA



PDTA 2021 - ABCD2 score 0-3 o singolo TIA gestione presso il PS senza necessità di osservazione ospedaliera

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico

Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Effettuare monitoraggio parametri: ECG, PA, FC, FR, SpO2

Eseguire screening per urgenza: Laboratorio (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & aPTT, esame urine, glicemia, **pro-BNP**)

ATTENZIONE! in caso di paziente giovane (<55 aa) con ABCD2 < 3 considerare contatto

con neurologo per condividere l'iter diagnostico-terapeutico (paziente giovane con

possibili fattori di rischio misconosciuti).

- **protezione gastrica**
- **se paziente in TAO/DOAC proseguire anticoagulazione**
- prosecuzione antiaggregante (ASA 100 mg o Clopidogrel 75 mg) o anticoagulante
- **Se riscontro di FA considerare avvio anticoagulazione (DOAC) prima possibile**
- Antipertensivi Statina ad alte dosi Misure non farmacologiche di prevenzione secondaria

Dimissione

- Chiudere verbale accesso PS con prescrizione e prenotazione degli accertamenti, se previsti (pacchetto ambulatoriale)
- Fornire indicazioni al MMG per continuità cure

PDTA 2021 - pacchetto ambulatoriale

Approfondimento valutativo

Effettuare esami strumentali:

- Ecodoppler TSA
- EEG
- Effettuare valutazione clinica specialistica neurologica
- Eseguire esami laboratorio (se non eseguiti in PS): emocromo completo, PCR, Na⁺, K⁺, creatinine, INR & aPTT, colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi, glicemia, emoglobina glicata, proBNP, ALT, AST

Trattamento terapeutico

- Impostare terapia di prevenzione secondaria in base ai fattori di rischio

Conclusione

Predisporre percorso successivo:

ricovero (se indicato)

eventuale esecuzione di esami di secondo livello su indicazione specialistica

follow-up ambulatoriale

Fornire indicazioni per misure di prevenzione secondaria

PDTA 2021 - ABCD2 score 4-5 o pazienti con TIA recidivanti tra i 7-30 giorni precedenti: gestione in OBI

- Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico
- Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale
- Eseguire screening per urgenza: Laboratorio: (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & aPTT, esame urine, glicemia, **pro-BNP**)
- Effettuare monitoraggio semintensivo: ECG continuo, PA, FC, FR, SpO2
- Effettuare TC encefalo
- Eseguire valutazione neurologica
- Eseguire approfondimento strumentale obbligatorio:
- Eco-doppler TSA
- **EEG (programmabile in tempi brevi)**

Indicazioni terapeutiche



Raccomandazione Rapida 11.1.e Forte a Favore

In pazienti con ictus minore (NIHSS<4) o con TIA, giudicato ad alto rischio di recidive (punteggio ABCD2 > 3), che non abbiano un'indicazione all'anticoagulazione, è indicato, possibilmente entro le 12 ore (ma dopo 24 ore in caso di fibrinolisi endovena), il trattamento con la doppia antiaggregazione ASA 100 mg + clopidogrel (600 mg il primo giorno e 75 mg per i giorni successivi).

GPP Il Gruppo Iso-Spread suggerisce di estendere il concetto "alto rischio" includendo per esempio pazienti con stenosi intracraniche o pazienti che presentino microemboli derivanti da placca carotidea alla monitoraggio con doppler transcranico. Si suggerisce inoltre di limitare il trattamento per i primi 30 giorni, periodo in cui il rapporto efficacia/sicurezza, nello studio POINT, è stato più favorevole. Tuttavia, qualora il clinico ritenga che il rapporto tra rischio di recidiva ischemica e rischio emorragico sia alto, il gruppo SPREAD suggerisce di proseguire il trattamento con la doppia antiaggregazione per un periodo superiore anche ai 30 giorni

Raccomandazione 11.1.f Forte contro Grado A

Il trattamento prolungato - oltre i 90 giorni dall'esordio clinico - con l'associazione di ASA e clopidogrel non è raccomandato per la prevenzione delle recidive di ictus ischemico, perchè comporta un aumento dei rischi emorragici.



In very high-risk TIA patients (refer to Box 6A below and Section 2.1 for the determination of very high-risk patients or per POINT trial criteria of ABCD² score >4) or minor stroke of noncardioembolic origin (NIHSS 0-3), a combination of clopidogrel and ASA should be given for a duration of 21–30 days followed by antiplatelet monotherapy (such as ASA or clopidogrel alone) [Evidence Level A]. A minimal loading dose of 300 mg Clopidogrel (based on dose in CHANCE) up to 600 mg (based on dose used in POINT) and 160 mg of ASA should be given at the start of treatment [Evidence Level A].^{9,57}

<p>5. In patients presenting with minor stroke, treatment for 21 days with dual antiplatelet therapy (aspirin and clopidogrel) begun within 24 hours can be beneficial for early secondary stroke prevention for a period of up to 90 days from symptom onset.</p>	<p>IIa</p>	<p>B-R</p>	<p>New recommendation.</p>
<p>The CHANCE trial (Clopidogrel in High-Risk Patients With Acute Nondisabling Cerebrovascular Events) was a randomized, double-blind, placebo-controlled trial conducted in China to study the efficacy of short-term dual antiplatelet therapy begun within 24 hours, clopidogrel plus aspirin for 21 days followed by clopidogrel alone to 90 days, in patients with minor stroke (NIHSS score ≤3) or high-risk TIA (ABCD² [Age, Blood Pressure, Clinical Features, Duration, Diabetes] score ≥4). The primary outcome of recurrent stroke at 90 days (ischemic or hemorrhagic) favored dual antiplatelet therapy over aspirin alone (hazard ratio [HR], 0.68; 95% CI, 0.57–0.81; <i>P</i><0.001).¹⁹³ A subsequent report of 1-year outcomes found a durable treatment effect, but the HR for secondary stroke prevention was only significantly beneficial in the first 90 days.¹⁹⁴ The generalizability of this intervention in non-Asian populations remains to be established, and a large phase III multicenter trial in the United States, Canada, Europe, and Australia is ongoing.¹⁹⁵</p>			<p>See Table XLV in online Data Supplement 1.</p>

PDTA 2021 - ABCD2 score 4-5 o pazienti con TIA recidivanti tra i 7-30 giorni precedenti: gestione in OBI

Trattamento terapeutico

- **quando possibile somministrare doppia antiaggregazione con ASA e Clopidogrel (è consigliabile avviare uno dei due antiaggreganti con dose da carico ASA 300 o Clopidogrel 300 mg) altrimenti singola antiaggregazione (Aspirina 300 mg o Clopidogrel 300 mg)**
- protezione gastrica
- **se paziente in TAO/DOAC proseguire anticoagulazione**

Impostare altre terapie se indicate:

- **Quando possibile proseguire la doppia antiaggregazione (ASA 100 mg + Clopidogrel 75 mg) per 21 giorni, altrimenti singola antiaggregazione (ASA 100 mg o Clopidogrel 75 mg)**
- **Proseguimento anticoagulante**
- **Se riscontro di FA considerare avvio anticoagulazione (DOAC) prima possibile**
- statina ad alte dosi
- antipertensivi
- adottare le misure di prevenzione secondaria non farmacologiche

Dimissione

Dimettere o trasferire in degenza in caso di instabilità clinica/ripresa sintomi neurologici

Programmare follow up ambulatoriale in caso di non patologia a rischio

PDTA 2021 - ABCD2 score 6-7 o TIA recidivante con 2 o più TIA nei 7 gg precedenti: gestione paziente in Stroke Unit

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico

Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Effettuare monitoraggio semintensivo: ECG continuo, PA, FC, FR, SpO2, Valutazione dello stato neurologico ogni 2 ore

Eseguire screening per urgenza: Laboratorio: (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & a-PTT, esame urine, glicemia, proBNP)

Effettuare:

- TC encefalo
- Visita neurologica
- Eco-doppler dei TSA

Eseguire altri approfondimenti se indicato:

- Ecocardiogramma TT
- in caso RMN
- Angio-TC
- Eco-Doppler TCD
- Holter ECG
- RX torace
- EEG

PDTA 2021 - ABCD2 score 6-7 o TIA recidivante con 2 o più TIA nei 7 gg precedenti: gestione paziente in Stroke Unit

Trattamento terapeutico

- **quando possibile somministrare doppia antiaggregazione con ASA e Clopidogrel (è consigliabile avviare uno dei due antiaggreganti con dose da carico ASA 300 o Clopidogrel 300 mg altrimenti singola antiaggregazione (Aspirina 300 mg o Clopidogrel 300 mg)**
- **protezione gastrica**
- **se paziente in TAO/DOAC proseguire anticoagulazione**
- **Impostare altre terapie se indicate**
- **Quando possibile proseguire la doppia antiaggregazione (ASA 100 mg + Clopidogrel 75 mg) per 21 giorni, altrimenti singola antiaggregazione (ASA 100 mg o Clopidogrel 75 mg)**
- **Se riscontro di FA considerare anticoagulazione (DOAC) prima possibile**
- statina ad alte dosi - antipertensivi - misure non farmacologiche di prevenzione secondaria

Dimissione

- Rivalutare il paziente dal punto di vista neurologico
- Dimettere o trasferire in degenza ordinaria in caso di instabilità persistente o necessità di controlli ulteriori per co-morbilità
- Predisporre il follow up ambulatoriale

Criticità e spunti di discussione

Pacchetto ambulatoriale

Ecodoppler dei TSA per paziente a rischio basso/moderato

Valutazione neurologica ambulatoriale in tempi rapidi

Grazie per l'attenzione