

TIAS



Alla ricerca del tempo perduto



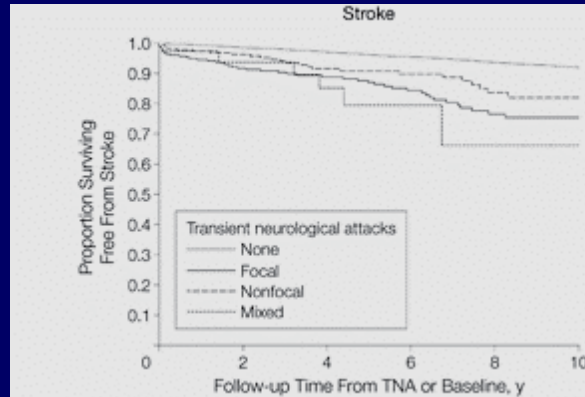
Incidence and Prognosis of Transient Neurological Attacks

The study population comprised 6062 community Rotterdam Study participants aged 55 years or older and free from stroke, myocardial infarction, and dementia at baseline (1990-1993). They were followed up for events until January 1, 2005.

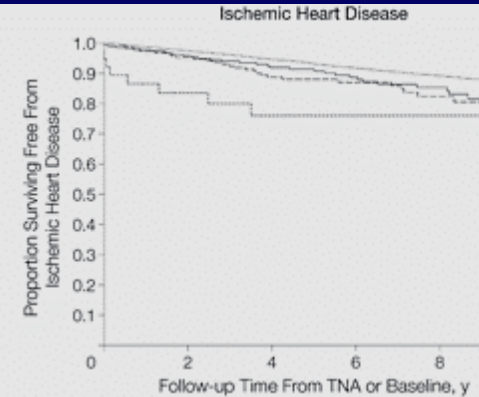
Transient neurological attacks (TNAs) are attacks with temporary (24 hours) neurological symptoms. These symptoms can be focal, nonfocal, or a mixture of both.

Compared with persons without TNA,

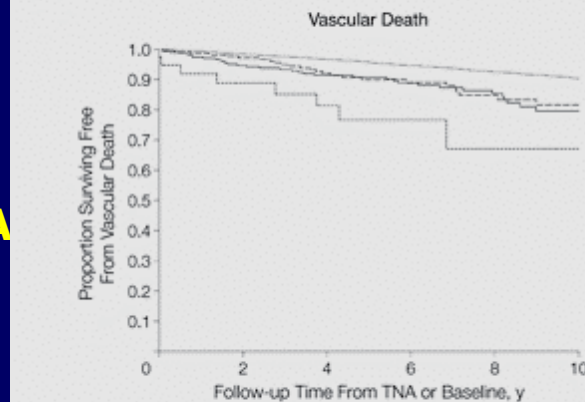
- patients with focal TNA (ie, TIA) had a higher risk of stroke,
- patients with nonfocal TNA a higher risk of stroke and dementia,
- patients with mixed TNA had a higher risk of stroke, dementia, ischemic heart disease, and vascular death.



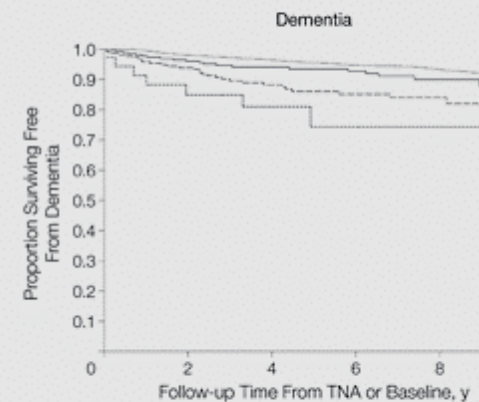
No. at Risk						
Transient neurological attacks						
None	5514	5199	4858	4486	4123	3733
Focal	282	218	165	119	71	34
Nonfocal	228	187	134	98	60	32
Mixed	38	28	20	11	8	4



No. at Risk						
Transient neurological attacks						
None	5514	5187	4810	4422	4048	
Focal	282	229	174	126	81	
Nonfocal	228	186	137	96	59	
Mixed	38	25	17	10	7	



No. at Risk						
Transient neurological attacks						
None	5514	5266	4965	4642	4305	3929
Focal	282	231	178	131	86	42
Nonfocal	228	193	146	104	67	34
Mixed	38	28	21	13	10	6

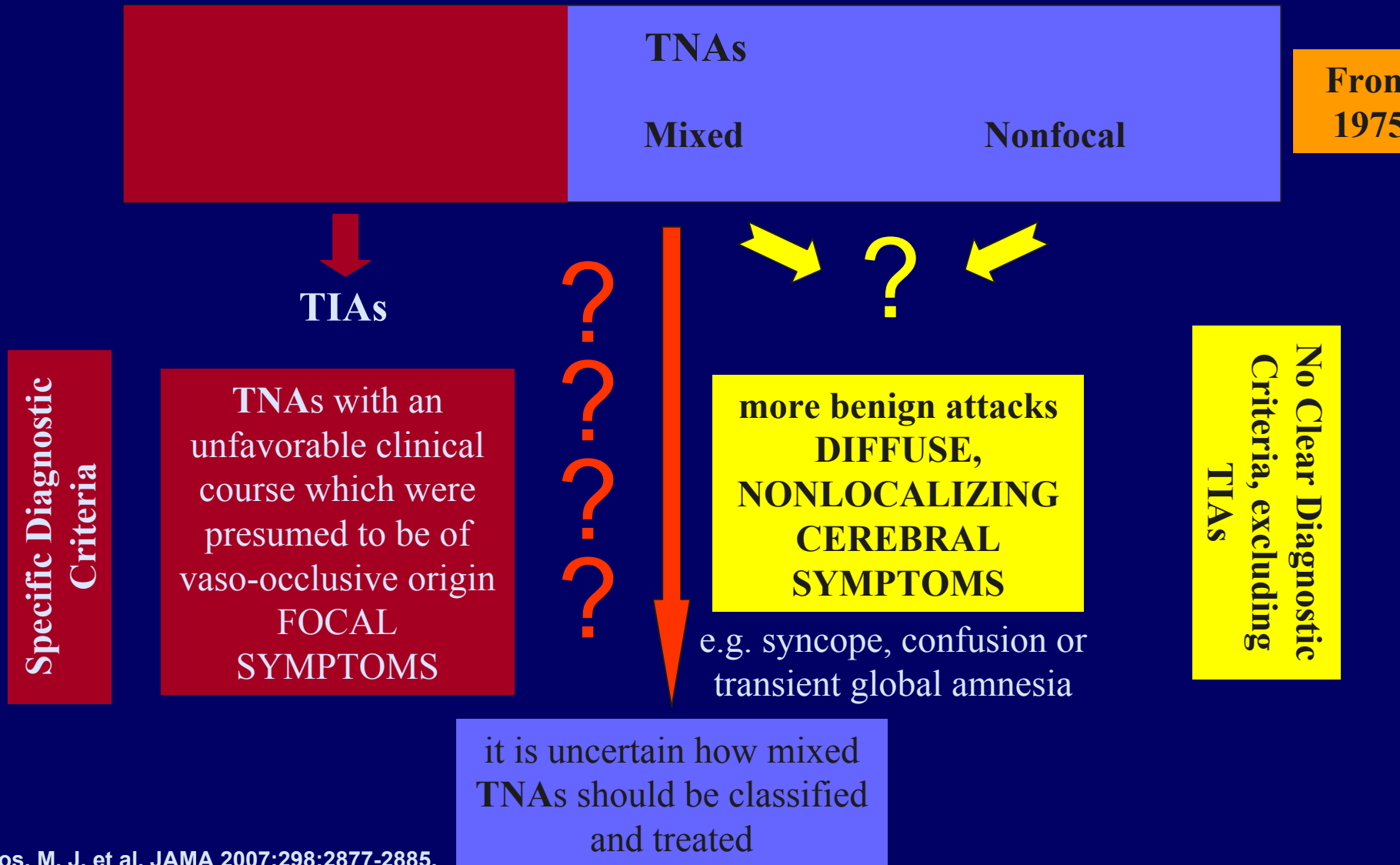


No. at Risk						
Transient neurological attacks						
None	5514	5159	4804	4454	4108	
Focal	282	223	169	125	82	
Nonfocal	228	183	131	94	62	
Mixed	38	26	20	12	8	

Transient neurological attacks (TNAs) are attacks with temporary (<24 hours) neurological symptoms.

These symptoms can be focal, nonfocal, or a mixture of both.

Little is known about the prognostic significance of TNAs with nonfocal or mixed symptoms.



Transient neurological attacks were defined as attacks of sudden neurological symptoms that completely resolved within 24 hours, with no clear evidence for the diagnosis of migraine, epilepsy, Ménière disease, hyperventilation, cardiac syncope, hypoglycaemia, or orthostatic hypotension.

If only focal brain symptoms were reported, the event was classified as a *focal TNA*.
If only nonfocal brain symptoms were reported, the event was classified as *nonfocal TNA*.

If focal and nonfocal symptoms were reported for one and the same attack, a *mixed TNA* was diagnosed.

Focal brain symptoms:

- ➡ Hemiparesis
- ➡ Hemihypoesthesia
- Dysphasia
- Dysarthria
- ➡ Amaurosis fugax
- ➡ Hemianopia
- Hemiataxia
- Diplopia
- Vertigo

If the vertebrobasilar symptoms diplopia and vertigo were present in isolation, this was not considered sufficient evidence for the diagnosis of focal TNA and the event was classified as aspecific vertebrobasilar attack.

Symptoms had to set in suddenly and to clear up within seconds to a maximum of 24 hours.

Nonfocal symptoms:

- Decreased consciousness
- Unconsciousness
- Confusion
- Amnesia
- Unsteadiness
- Nonrotatory dizziness
- Positive visual phenomena
- Cardiac or vegetative signs
- Paresthesia
- Bilateral weakness
- Unwell feeling

TIA: Definizione nosografica



Classic definition

(Fourth Princeton Conference, 1965)

A transient ischemic attack is a sudden, focal neurologic deficit that *lasts for less than 24 hours* and is presumed to be of vascular origin, and confined to an area of the brain or eye perfused by a specific artery

Proposed new definition

(NEJM 2002;347: 1713-1716)

A transient ischemic attack is a brief episode of neurologic dysfunction caused by focal brain or retinal ischemia, with clinical symptoms typically lasting *less than one hour*, and *without evidence of acute infarction*

A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack

PM Rothwell, MF Giles, E Flossmann, CE Lovelock, JNE Redgrave, CP Warlow, Z Mehta

Lancet 2005; 366: 29-36

The early risk of stroke of about 30% in TIA patients with an ABCD score of 6 necessitates not only emergency investigation and treatment but also admission to hospital during the acute phase. Even if acute prevention is ineffective, admission would probably still be cost-effective given the potential for immediate thrombolysis for any subsequent stroke.

CONCLUSIONS: Risk of stroke during the 7 days after TIA seems to be highly predictable. Although further validations and refinements are needed, the ABCD score can be used in routine clinical practice to identify high-risk individuals who need emergency investigation and treatment.

The California score identifies five factors independently associated with stroke risk within 90 days of TIA.

- age older than 60, **1/0**
- presence of diabetes, **1/0**
- symptom duration of 10 minutes or longer, **1/0**
- weakness, **1/0**
- speech impairment. **1/0**

The ABCD score evaluates risk of stroke within 7 days of TIA, using four factors:

- age older than 60, **1/0**
- S.B.P. >140 mm Hg and D.B.P. >90 mm Hg, **1/0**
- clinical features of TIA (unilateral weakness, speech disturbance, other) **2/1/0**
- duration of symptoms ($\geq 60'$, 10 to 59', <10') **2/1/0**

The California and ABCD scores were validated in four independent groups of patients (n=2893)

The two groups used to derive the original scores (n=1916) were used to derive a new unified score based on logistic regression.

ABCD²

(*A*ge, *B*lood pressure, *C*linical features, *D*uration of symptoms and *D*iabetes).

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007; **369**: 283-292.

- età: ≥ 60 anni = 1 punto
- pressione arteriosa: $\geq 140/90$ mm Hg = 1 punto
- clinica:
 - deficit di linguaggio senza ipostenia = 1 punto
 - ipostenia unilaterale = 2 punti
- durata:
 - 10-59 minuti = 1 punto
 - per durata ≥ 60 minuti = 2 punti
- diabete: = 1 punto

Punteggi

tra 0 e 3 identificano i soggetti a basso rischio (rischio di ictus a 2 giorni=1,0%)

4-5 identificano soggetti a rischio moderato (rischio a 2 giorni: 4,1%)

6 o 7 identificano soggetti ad alto rischio (rischio a 2 giorni=8,1%)

Score ABCD2 “We created a unified score for predicting 2-day risk of stroke, to serve as a standard for clinical care and public education” Johnston, Lancet Jan 2007

- California score : rischio stroke a 90 gg dopo probabile TIA (ED setting) entro 24 h.
- ABCD : rischio stroke 7 gg (ED e TIA clinic setting) entro 7 gg
- ABCD2 score: rischio stroke **a 2, 7, 90 gg** (ED and NHS TIA service setting) entro 7 gg

“In patients presenting with chest pain, a population often treated urgently and observed for 24 h in the hospital , short term risks of myocardial infarction and major cardiovascular complications are comparable to, or lower than, that of stroke after TIA.”

A TIA clinic with round-the-clock access

(**SOS-TIA**):

feasibility and effects (Lavallée- Lancet Neurol 2007)

- Popolazione: solo coloro che avevano avuto una completa risoluzione dal sintomo potevano accedere al TIA clinic con uno score medio, gli altri andavano al ED.
- Outcome: efficacia del TIA clinic misurata sulla quota di strokes osservata a 90 gg su quella attesa con lo score ABCD2
- **riduzione del 79% nel rischio relativo di stroke a 90 gg**
- Qualche dubbio:
 - a) ammessi prevalentemente pazienti a basso rischio al TIA clinic e gli altri invece inviati al DEA?

Prognosis in patients with transient ischaemic attack (TIA) and minor stroke attending TIA services in the North West of England: the NORTHSTAR Study.

- “Is not clear whether the predictive value of ABCD2 score can be generalised to UK TIA services in north west England, **where delayed presentation of TIA and minor stroke are common**” ...?
 - Popolazione: 711 pz da 5 centri (durata media dall'evento indice al reclutamento: 15 gg).
 - Outcome primario: TIA incidente, stroke, s.coronarica acuta o morte cardiovascolare a 3 mesi
 - 126 (18%) presentava un evento outcome
- Conclusions: in patients attending NHS TIA services, the risk of incident stroke was relatively low, probably reflecting delays to assessment. Current provision of TIA services, where delayed presentation to “rapid access” TIA clinic is common, **does not appear to provide an appropriate setting for urgent evaluation , risk stratification or timely secondary prevention for those who may be at highest risk**

GLI STUDI

Studio	Inviante	Accettante	Modalità invio	Criteri Prognostici	Accertamenti e tempistica	Interventi
SOS-TIA 2003-2005 <div style="background-color: #808000; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">1085 pts</div>	MMG Cardiologo o Neurologo o OCL	Neurologo esperto in vascolare	Linea telefonica dedicata (9-17 IP; 17-9 Neurologo) 24/24 h e 7/7 giorni	ABCD2 retrospettivo	Entro 4 h TC/RM EcoTSA, TCCD ECG Ecocardio (se indicato) Ematocritici	Dimissione immediata con: - raccomandazioni al MMG - avvio antiPLT/TAO - avvio antiipertensivi e ipolipemizzanti, ove indicato Ricovero in Stroke Unit
NORTHSTAR (TIA e minor stroke) 2003-2006	MMG ED Altri specialisti	TIA service (1 amb/settimana o 2 amb/settimana)	Non specificata	ABCD2 retrospettivo	Mediana d'accesso al servizio: 15 gg TC 68% EcoTSA 92%	Non riportato
Express Phase 1 (TIA e minor stroke) 2002-2004 634 pts	MMG	TIA clinic quotidiana (5/7 giorni)	Fax alla TIA clinic, che successivamente forniva telefonicamente appuntamento	NIHSS	TC, ECG 1 giorno EcoTSA, Ecocardio nelle settimane successive	Raccomandazioni al MMG
Express Phase 2 (TIA e minor stroke) 2004-2007 644 pts	MMG	TIA clinic quotidiana (5/7 giorni)	Invio immediato nel pomeriggio stesso di valutazione del MMG	NIHSS	TC, ECG 1 giorno EcoTSA, Ecocardio nelle settimane successive	Avvio di ASA/Plavix/TAO, Avvio di antiipertensivi, ipolipemizzante, ove indicato
FASTER (Trial randomizzato) 2003-2006	ED	Stroke Center	Reclutamento pz > 40 aa con TIA e Stroke con NIHSS ≤ 3	NIHSS	TC/RM, ECG prima della randomizzazione	Disegno 2 x 2 ASA + Placebo + placebo Placebo + Clopidogrel Placebo + Simvastatina Clopidogrel + Simvastatina
SINPAC (validazione) 2006 287 pts	ED	Neurologo	Visita neurologica urgente	ABCDI (ABCD + TC)	A giudizio neurologico	A giudizio neurologico

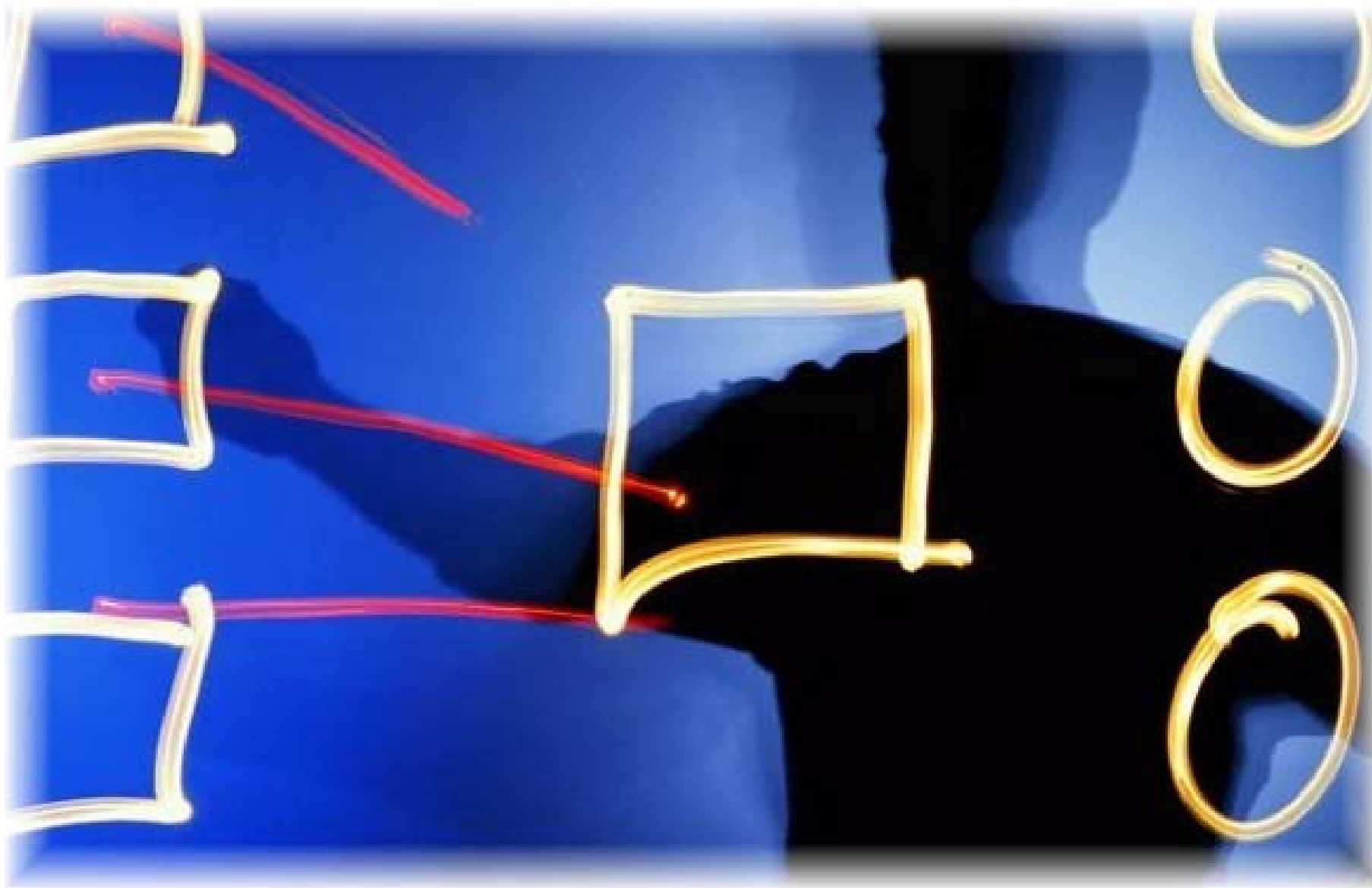
Studio	Outcome	Risultato
SOS-TIA (TIA e minor stroke) 2003-2005	Rischio <u>stroke</u> a 90 giorni	1.24% vs 5.96% atteso su ABCD2 score
	Rischio <u>stroke</u> a 1 aa	1.95 %
	Rischio <u>stroke</u> , IMA e morte vascolare a 1 anno	2.54 %
NORTHSTAR (TIA e minor stroke) 2003-2006	TIA, <u>stroke</u> fatale e non, SCA o morte cardiovascolare a 3 mesi	18% (di cui lo <u>stroke</u> rappresenta il 20%)
Express Phase 1 (TIA e minor stroke) 2002-2004	<u>stroke</u> a 90 giorni	9.9%
Express Phase 2 (TIA e minor stroke) 2004-2007	<u>stroke</u> a 90 giorni	4.2%
FASTER (Trial randomizzato) 2003-2006	1° Qualsiasi <u>stroke</u> 2° 1° + IMA+ morte vascolare 3° 1° + TIA, SCA, morte da qualunque causa a 90 giorni	Riduzione di rischio assoluto x ASA + Clopidogrel del 3.8% x outcome 1° 3.3% x outcome 2° 7% x outcome 3°
SINPAC (validazione) 2006	<u>Stroke</u> , morte o altro evento vascolare a 1 mese	3.6%rischio <u>stroke</u> a 7 g 5.5%rischio <u>stroke</u> a 90g

I RISULTATI

La nostra popolazione di riferimento è la popolazione di Reggio Emilia e Provincia

Sono utilizzabili:
la Rete Fibrinolisi
la Rete Neurologia in via di implementazione

Day TIA progetto Reggio Emilia



Cos'è il day T.I.A. ?

- E' una degenza breve: 1 letto dedicato 24 -48h a paz. affetto da TIA o minor stroke con ABCD2 score ≥ 5 in SU neurologica e in OBI-Medicina d'Urgenza se ABCD2 score < 5
- Cartella clinica informatizzata per raccolta dati uniforme e follow up
- ECG, TAC cerebrale ed ecodoppler TSA –TCCD entro 12-24 h
- Dimissione medico-infermieristica
- Follow up telefonico infermieristico

Informazione alla popolazione prima e durante il progetto:

Cosa
Quando
Dove

- Soggetti: gruppo multidisciplinare Stroke Care, Ufficio per la Prevenzione Azienda USL, Associazione ALICE
- Preparazione Carte del Rischio (sulla base dei dati di letteratura) e informazioni pratiche locali sul sito INTERNET ospedaliero.
- Invio lettera e materiale informativo procedura day TIA ai MMG e MCA

MISURE DI OUTCOME:

- Outcome primario:** Eventi cerebro- e cardiovascolari a 1 anno, inclusa morte vascolare
- Outcome secondario:** Ricovero per stroke dei pazienti dopo TIA (evento indice < 48 ore)

Presso il nostro centro:

**DEFINIZIONE DI UNA BROCHURE INFORMATIVA e
UN MODELLO DI LETTERA DI DIMISSIONE COMUNE A TUTTI I
REPARTI DI RICOVERO O DI DIMISSIONE A DOMICILIO
DOPO PRIMA VALUTAZIONE AMBULATORIALE,**

COMPRENSIVA :

- 1-DELL'INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN UN CIRCUITO DI VALUTAZIONE,**
- 2-DEGLI APPUNTAMENTI PER GLI ESAMI STRUMENTALI E**
- 3-PER LA PRIMA VISITA DI FOLLOW-UP**
- 4- DEL MEDICO DI RIFERIMENTO PER SEGNALAZIONE DI EVENTUALI ULTERIORI EVENTI, COMPRESI EVENTI AVVERSI DALLA TERAPIA.**



**Il percorso dei pazienti con TIA
recente:**

Entro 48 ore dall'evento

**Dalle 48 ore ai 7 gg → Ambulatorio
Neurovascolare**

Progetto **RE.BO.RA. TIA** (SU Reggio Emilia,
SU osp.Maggiore Bologna, SU Ravenna)

- Studio prospettico osservazionale
- Condivisione di metodi (nosologia, inquadramento eziologico, tempistica, scale di valutazione, misure di outcome, follow-up, criteri di trattamento).

Organizzazione e attrezzature e risorse professionali sono definite dalle singole aziende

Scopo: valutare il setting più efficace.

METODOLOGIA DI LAVORO (Centro di Reggio Emilia)

Il momento diagnostico fondamentale (diagnosi di probabile TIA vs diagnosi alternativa) è la **valutazione neurologica da parte del medico di guardia della Neurologia ASMN.**

I pazienti che vengono inviati lungo il percorso TIA devono necessariamente avere presentato, per lo più in forma anamnestica, un deficit neurologico focale, come da linee guida SPREAD.

La fase successiva del percorso avrà nella raccolta dati dei momenti obbligati e condivisi con gli altri due centri e alcune caratteristiche peculiari del percorso e della gestione del paziente differenti fra i 3 centri.

Il paziente può arrivare in Neurologia secondo i seguenti percorsi:

a) Medico che effettua la prima valutazione:



-

Visita Urgente (da MMG, Medico di continuità assistenziale, Specialista Neurologo ambulatoriale - Poliambulatori e territorio, altro specialista ambulatoriale)

- Medico di PS ASMN
- Medico di PS provincia
- Medico del 118
- Medico di altri reparti ASMN
- Medico di altri reparti Provincia
- Autopresentazione

Valutazione del Neurologo di guardia, e formulazione di probabile TIA oppure diagnosi alternativa, anche sulla base di eventuale TC cranio, se ritenuta opportuna, e altri esami ematochimici:

Una volta effettuata la diagnosi di TIA probabile andranno presi in considerazione, per definire il successivo percorso, i seguenti parametri:

Durata del TIA:

C

- < 10'
- 10-59'
- 60' – 24 ore

Intervallo fra il verificarsi dei sintomi e la valutazione neurologica:

C

- 0-60'
- 60'-3 ore
- 3-6 ore
- 6-12 ore
- 12-24 ore
- 24-48 ore
- > 48 ore-7 gg
- > 7 gg

ABCD2 score

C

BAMFORD CLASSIFICATION

Per quanto riguarda la stragrande maggioranza dei TIA, la cui durata è di minuti, la diagnosi è anamnestica e al momento della presentazione del paziente il deficit focale è regredito. In una minoranza di casi (es. sintomatologia insorta in ospedale o sintomatologia di durata > 1 ora, per cui si deve pensare ad una diagnosi alternativa o a stroke), che rispetta le prime 3 categorie temporali, l'approccio va differenziato:

- ***nella categoria dai 60' alle 3 ore, se non vi sono controindicazioni e se il deficit raggiunge un punteggio NIHSS sufficiente va presa in considerazione la terapia fibrinolitica, se il deficit non è in risoluzione***

- ***nella categoria 0-60' occorre attendere lo scadere dei 60' dall'esordio dei sintomi per potere eventualmente considerare il discorso del punto precedente***

- ***nella categoria 3-6 ore, considerare, se il deficit non è in risoluzione e se non risultano più probabili diagnosi alternative, la presenza (ECO TSA e TCCD) di lesion amenable to treatment, per un eventuale approccio locale.***

CRITERI per il RICOVERO


REQUISITI ASSOLUTI

- *presentazione entro le 48 ore dall'esordio dei sintomi (se presentazione > 48 ore solo gestione ambulatoriale)*

REQUISITI ULTERIORI (entro le 48 ore)

- *sempre con ABCD2 \geq 5*
- *sempre con eventi ripetuti (1/die negli ultimi 2 gg o > 1 evento al giorno)*
- *sempre con sintomatologia focale ripetuta e a differente localizzazione stimabile fra i differenti episodi*

Decisioni dipendenti dal ABCD2 score:

- **ABCD2 0-3** *Gestione ambulatoriale (dimissione a domicilio dalla Neurologia o dal PS, a seconda delle modalità di presentazione)  Ambulatorio Neurovascolare*
- **ABCD2 4-5** *Ricovero in OBI*
- **ABCD2 \geq 5** *Ricovero in Neurologia*

RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA

C

STENOSI CAROTIDEA SINTOMATICA (> 70% o 50-69% con ulteriori fattori di rischio, come da linee guida), diagnosticata con:

- ***EcoColorDoppler TSA (criteri AAR 2003)***
- ***AngioTC***
- ***AngioRMN***
- ***DSA***

STENOSI VERTEBRALE

OPZIONI

- TEA
- PTCA e STENTING

TEMPISTICA DELLA TEA o STENTING:
Numero esatto dei giorni

- **età**
- **fumo** (*sistema di quantificazione*)
- **ipertensione arteriosa** (*complicanze e classificazione in stadi WHO*) (*durata della malattia*)
- **IFGT**
- **diabete mellito** (*tipo I o tipo II, terapia con ADO o insulina o entrambe oppure solo terapia dietetica*) (*compensato o scompensato*) (*complicato o non complicato: neuropatia retinopatia, nefropatia, interessamento micro- o macrovascolare*) (*durata della malattia: < 5 anni, 5-10 anni, > 10 anni*)
- **dislipidemia** (*trattata o non trattata*) (*statine o omega 3*)
- **comorbidity vascolari** (*es. arteriopatia periferica aa.ii., stenosi aa. Renali, stenosi Mesenteriche, aneurisma aorta addominale sottorenale, aneurismi splancnici, pregressi interventi di disostruzione o bypass, asse iliaco-femorale o femoro-popliteo-tibiale*)
- **comorbidity cardiaca** (*cardiopatía ischemica, IMA, angina, coronaropatía documentata, CABG, PTCA e stenting*)
- **patologia aritmica** (*fibrillazione striale, altre*)
- **fonti cardioemboliche note** (*cardiopatía dilatativa o ipocinetica, valvole proteiche, PFO, trombosi intracavitaria, endocardite, masse intracardiache*)
- **patologia neoplastica maligna** (*sede, stadio, chemioterapia, radioterapia*)
- **precedenti episodi cerebrovascolari** (*TIA, ICTUS, eventi emorragici*)
- **Patologia stenoocclusiva dei vasi cerebroafferenti nota** (*Criteri AAR 2003 per il distretto carotideo*)
- **precedenti di tromboembolismo venoso**
- **familiarità per eventi cerebroscolari**
- **terapia domiciliare pre-evento**
- **deterioramento cognitivo**

I punti obbligatori fra i vari centri sono:

C

Applicazione dello score ABCD2, al fine di definire il profilo di rischio del paziente con TIA, e quindi determinare la tempistica di svolgimento degli accertamenti diagnostici necessari.

C

ECO TSA (indicare tempistica in relazione all'evento)

TC CEREBRALE (*indicare tempistica*)

Restante diagnostica da indicare caso per caso nel singolo centro (con tempistica) e non vincolante

C

Al termine degli accertamenti sarà possibile effettuare un INQUADRAMENTO EZIOLOGICO

Classificazione TOAST

TRATTAMENTO

C

Indicare terapia antiipertensiva, antiaggregante (compresa doppia antiaggregazione), ipolipemizzante, anticoagulante, eventuale rivascolarizzazione.

Indicare sia terapia domiciliare che terapia eventualmente aggiunta o modificata dal medico che ha valutato il paziente in occasione dell'evento indice.

C

FOLLOW-UP (Per Reggio Emilia **Ambulatorio Neurovascolare**)

a 30 gg

- **a 90 gg**

- **a 1 anno**

PERCORSI



TNAs

Accesso:
Pronto Soccorso e 118
MMG MCA
Ambulatori CUP
Autopresentazione

Visita neurologica: Neurologia

Verosimile TIA

ABCD2 score: 0-3 LR

TERAPIA A DOMICILIO

**DIMISSIONE A DOMICILIO CON
APPUNTAMENTO PER CONTROLLO A 30 gg
IN AMBULATORIO NEUROVASCOLARE
MULTIDISCIPLINARIETA'
AMBULATORIALE**

**Valutazione Neurovascolare a 30 gg con gli
accertamenti eseguiti**

Altre indagini: es. Screening trombofilico, TCCD con test per PFO, EEG, RMN, AngioRMN, TC cranio + mdc, Angio TC

• TC cranio senza mdc: necessaria per diagnosi differenziale; in regime **INDIFFERIBILE**

• Ecodoppler TSA (7 gg)

• Ecodoppler TCCD (30 gg)

• ECG (all'osservazione)

• ECOCG TT (entro 30 gg)

• Laboratorio batteria stroke + quadro lipidico, Lp (a), omocisteina oppure screening emocoagulativo per vasculiti giovanili se < 55 aa e non evidenti altre cause (es. cardioembolismo)

Iter specifico

Setting Ambulatoriale entro 30 gg

obbligati

facoltativi

TNAs

Accesso:
Pronto Soccorso e 118
MMG MCA
Ambulatori CUP
Autopresentazione

Visita neurologica: Neurologia

Verosimile TIA

ABCD2 score: 4-5 MR

24 ORE DI OSSERVAZIONE IN OBI

**DIMISSIONE A DOMICILIO CON
APPUNTAMENTO PER CONTROLLO A 30 gg
IN AMBULATORIO NEUROVASCOLARE
MULTIDISCIPLINARIETA' AMBULATORIALE**

TERAPIA A DOMICILIO

**Valutazione Neurovascolare a 30 gg con gli
accertamenti eseguiti**

Altre indagini: es. Screening trombofilico, TCCD con test per PFO, EEG, RMN, AngioRMN, TC cranio + mdc, Angio TC

**Setting: Osservazione in OBI per
24 ore**

• TC cranio senza mdc: necessaria per diagnosi differenziale.

Da effettuare in regime
INDIFFERIBILE - PS

• Ecodoppler TSA e TCCD (1-2 gg)

• ECG - PS

• ECOCG TT - **OBI (7 gg)**

• Laboratorio batteria stroke + quadro lipidico, Lp (a), omocisteina oppure screening emocoagulativo per vasculiti giovanili se < 55 aa e non evidenti altre cause (es. cardioembolismo) - **OBI**

Iter specifico

obbligati

facoltativi

TNAs

Accesso:
Pronto Soccorso e 118
MMG MCA
Ambulatori CUP
Autopresentazione

Visita neurologica: Neurologia

Verosimile TIA
ABCD2 score: 6-7 HR

RICOVERO IN SU PER 48 ORE

DIMISSIONE A DOMICILIO CON APPUNTAMENTO PER CONTROLLO A 30 gg IN AMBULATORIO NEUROVASCOLARE MULTIDISCIPLINARIETA' AMBULATORIALE

TERAPIA A DOMICILIO

Valutazione Neurovascolare a 30 gg con gli accertamenti eseguiti

Altre indagini: es. Screening trombofilico, TCCD con test per PFO, EEG, RMN, AngioRMN, TC cranio + mdc, Angio TC

• TC cranio senza mdc: necessaria per diagnosi differenziale. Da effettuare in regime **INDIFFERIBILE - PS/SU**

• Telemetria

• Ecodoppler TSA e TCCD (**24 ore**)

• ECG (**INDIFFERIBILE**) PS/SU

• ECOCG TT (**7 gg**) - SU

• Laboratorio batteria stroke + quadro lipidico, Lp (a), omocisteina oppure screening emocoagulativo per vasculiti giovanili se < 55 aa e non evidenti altre cause (es. cardioembolismo) - SU

Setting: Ricovero in Neurologia Stroke Unit per 48 ore

Iter specifico

obbligati

facoltativi