

# Congresso Regionale 2013 SIMEU Puglia

## 24-25 Maggio

### Gallipoli

#### **Ictus ischemico: caso clinico**

*Relatore: dott.ssa Ornella De Mitri*

*Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza*

*Ospedale "San Giuseppe da Copertino"*

*Copertino (LE)*



## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
P.O. "San Giuseppe da Copertino"  
Copertino (LE)

33.000 accessi/anno



Laboratorio analisi h 24

Radiologia h 24



Cardiologo h 24

Rianimatore h 24





*Ammalati, Tribolati, Perseguitati,  
Fatevi anima, non dubitate,  
Iddio provvedera'*

*San Giuseppe*



## La vigilia di Pasqua



## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

31 marzo 2013, ore 01,19 giunge in pronto soccorso la Sig.ra M.M. di 71 anni, riferisce improvvisa disartria insorta nel notte dopo essersi svegliata per andare in bagno

### Parametri vitali

P.A. 160/80 mmHg

F.C. 100b/min ritmico

SO<sub>2</sub> in aria ambiente 98%

FR 16 atti/min



Codice triage?



## **Ictus ischemico: caso clinico**

*Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri*

### **ANAMNESI**

riferisce improvvisa disartria insorta nella notte dopo essersi svegliata per andare in bagno.

Diabetica in trattamento con repaglinide, metformina, Presenta documentazione clinica che evidenzia stenosi carotide interna sinistra del 60% e carotide interna destra del 40%, assume ASA e lanzoprazolo

### **ESAME OBIETTIVO**

Vigile e collaborante, fortemente disartrica, lievemente afasica, lieve ipostenia emisoma sn, lieve laterodeviiazione destra della rima buccale, pupille normoreagenti, EO CR nella norma



## IPOSTESI DIAGNOSTICA



## DISTURBO DI CIRCOLO CEREBRALE





Quale diagnosi?

TIA?

ICTUS? Emorragico? Ischemico?

ICTUS ISCHEMICO? TROMBOLISI?

## **COSA FARE?**



**SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion -**  
Ictus cerebrale: Linee guida italiane 2012

*ABC e segni vitali*

*Accesso venoso*

*ECG*

*Esami ematochimici e coagulazione*

*TC encefalo*

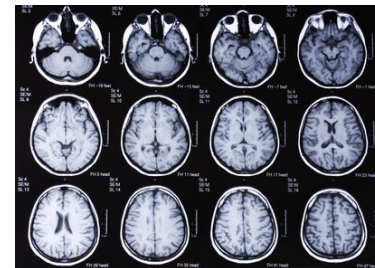
## TIA

Sulla base della definizione indicata dall'OMS, il TIA (*transient ischemic attack*) è caratterizzato dalla «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.»



la maggior parte dei TIA risolve entro un'ora dall'esordio dei sintomi

La tomografia computerizzata, la risonanza magnetica e la tomografia ad emissione di positroni hanno mostrato che non tutti i TIA sono equivalenti da un punto di vista della lesione, associandosi ad alcuni la presenza di danno tissutale



**Ictus ischemico: caso clinico**  
Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

La probabilità che in un paziente con TIA sia presente alle neuroimmagini una lesione congrua con la sintomatologia è direttamente proporzionale alla durata della sintomatologia.



Secondo la *nuova definizione* sono da classificare come TIA solo quegli episodi di disfunzione neurologica da ischemia cerebrale o retinica con durata in genere inferiore ad un'ora e senza evidenza di danno cerebrale permanente.

**SPREAD** – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion - Ictus cerebrale: Linee guida italiane 2012

## **Come valutare il rischio individuale: scores e outcome**

Sono molti gli studi che hanno identificato i fattori di rischio per stroke dopo un TIA e questi fattori possono aiutare a guidare il percorso gestionale iniziale. Tre strumenti predittivi formali nella sostanza simili sono stati sviluppati e validati in maniera crociata in California e nel Regno Unito.



Il **California Score** predice il rischio di stroke a 90 gg,

Lo **score ABCD** (Age, Blood Pressure, Clinical Features and Duration) predice il rischio a 7 g e 90 gg.

Lo **score ABCD2** (Age, Blood Pressure, Clinical Features, Duration and Diabetes) **che è stato** elaborato per combinare i due precedenti e sostituirli, incorpora elementi di entrambi e predice il rischio a 2, 7, 30 e 90 gg. Quest'ultimo score è stato validato in uno studio di Johnston del 2007

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet 2007; 369: 283–92



## **ABCD<sup>2</sup> score** punteggio validato predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA).

È la somma di punti assegnati a 5 fattori clinici (0-7)

- |   |         |
|---|---------|
| ➤ <b>A</b> età ≥60 anni:  | 1 punto |
| ➤ <b>B</b> pressione:<br>sistolica ≥140 mm Hg o diastolica ≥90 mm Hg:   | 1 punto |
| ➤ <b>C</b> caratteristiche cliniche del TIA:<br>ipostenia monolaterale: | 2 punti |
| afasia senza ipostenia:   | 1 punto |
| ➤ <b>D</b> durata del TIA:<br>≥60 min:                                  | 2 punti |
| 10-59 min:  | 1 punto |
| ➤ <b>D</b> diabete:   | 1 punto |

- Nei pazienti con TIA, lo ABCD<sup>2</sup> score classifica il rischio di ictus a 2 giorni come:
  - basso: score <4;
  - moderato: score 4-5;
  - alto: score >5.

**CASO CLINICO: Sig.ra M.M.**

Sintomatologia persistente da più di un'ora

**ABCD<sub>2</sub> SCORE**

ETA' : 70 aa	1 punto
PA : 160/80	1 punto
Ipostenia monolaterale	2 punti
Durata : >60 min	2 punti
Diabete: SI	1 punto

**SCORE**

**7**

**>5 RISCHIO ALTO**

## **ICTUS**

### **IL TEMPO E' CERVELLO**

#### **In < 10 min.:**

- ABC e parametri vitali
- Ossigenoterapia
- Accesso venoso ed esami ematochimici (Emocromo, PT e PTT, Fibrinogeno Elettroliti, Creatinina, AST, ALT, Amilasi, Colinesterasi, glicemia)
- Glucotest
- ECG
- (neurologo)

**SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion** - Ictus cerebrale: Linee guida italiane 2012

## **ICTUS**

### **IL TEMPO E' CERVELLO**

#### **In < 25 minuti:**

- Storia clinica
- Valutazione ora inizio (< 4,5 h: trombolisi?)
- EOG
- EON (GCS + NIHSS)



## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

### COSA E' STATO FATTO

Subito.....

**A-B:** SO<sub>2</sub> in aria ambiente 98%, FR 16 atti/min, MV presente su tutto l'ambito

**C:** P.A. 160/80, F.C. 100b/min ritmico, 2 toni cardiaci validi, polsi periferici percepiti e validi



**Ictus ischemico: caso clinico**  
*Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri*

Entro 10 minuti



ECG

Ritmo sinusale a 90/min, anomalie aspecifiche del recupero

**Ictus ischemico: caso clinico**  
Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

Entro 10 minuti

incannulamento vena periferica, prelievi

risultati	
GB	7.660/mm <sup>3</sup>
GR	4.550.000/mm <sup>3</sup>
Hb	12.16 g/dl
Hct	37.89
PLT	369
linfociti	54.10% 
monociti	7.20%
neutrofilii	36.50% 
eosinofili	1.30
basofili	0.90%

**Ictus ischemico: caso clinico**  
Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

Esami ematochimici				
glicemia	212 mg/dl	↑	Proteine totali	7.0 g/dl
azotemia	22 mg/dl		Bilirubina dir.	0.00 mg/dl
creatinina	0.68 mg/dl		Bilirubina indir.	0.7 mg/dl
Ac. urico	3.7 mg/dl		Bilirubina tot.	0.7 mg/dl
sideremia	52 µg/dl		PCR	0.6 mg/dl
AST/GOT	19 UI/l		PT%	100%
ALT/GPT	19 UI/l		PT_INR	0.87 ratio
GGT	13 U/l		PTT	22.5 sec.
Fosfatasi alcalina	61 U/l		D-Dimero plasmatico	86 ng/mL
Na	140 mEq/L			
K	3.8 mEq/L			

**Ictus ischemico: caso clinico**  
*Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri*

**ICTUS**

**IL TEMPO E' CERVELLO**

**TC CEREBRALE**

**ENTRO 45 MINUTI**

**La TC cerebrale senza contrasto è indicata il più presto possibile dopo l'arrivo in Pronto Soccorso per:**

la diagnosi differenziale fra ictus ischemico ed emorragico ed altre patologie non cerebrovascolari;

l'identificazione di eventuali segni precoci di sofferenza ischemica encefalica.

**SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion - Ictus cerebrale: Linee guida italiane 2012**



## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

Entro 40 minuti

TC encefalo

### **REFERTO**

**Non si rilevano focolai emorragici parenchimali, né segni indiretti di lesioni vascolari ischemiche in fase acuta.**

*A giudizio clinico, rivalutazione strumentale a breve distanza di tempo.*

*Sfumata ipodensità della sostanza bianca periventricolare in rapporto quadro di vasculopatia cronica.*

*Minute focalità ipodense in corrispondenza dei nuclei della base in relazione verosimilmente a piccoli esiti ischemici.*

*Nei limiti la morfovolumetria del sistema sovratentoriale*

## ICTUS

### IL TEMPO E' CERVELLO

### TROMBOLISI

In Italia: terapia da fare solo in centri autorizzati.

Candidati:

- inizio sintomi < 4,5 h.
- NIHSS 6-25
- TAC: negativa o ipodensità < 1/3 del territorio nella cerebrale media
- Non controindicazioni specifiche alla trombolisi
- Definizione della sede e tempo di lesione

**Ictus ischemico: caso clinico**  
 Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

## NIH Stroke Scale

<p><b>1a. Livello di coscienza</b>  <b>0</b> vigile  <b>1</b> sonnolento  <b>2</b> stuporoso  <b>3</b> coma</p>	<p><b>2. Motilità oculare</b>  <b>0</b> normale  <b>1</b> paralisi parziale di sguardo  <b>2</b> deviazione forzata o paralisi totale dello sguardo</p>	<p><b>5a,5b. Mobilità dell'arto superiore</b>  <b>6a,6b. Mobilità dell'arto inferiore</b>  <b>0</b> normale  <b>1</b> slivellamento dopo 10 "  <b>2</b> movimento contro gravità  <b>3</b> movimento a gravità eliminata  <b>4</b> nessun movimento  <b>9</b> anchilosi o amputazione</p>	<p><b>9. Linguaggio</b>  <b>0</b> normale  <b>1</b> afasia lieve/moderata (conversazione difficile)  <b>2</b> afasia grave (conversazione impossibile)  <b>3</b> paziente muto o afasia globale</p>
<p><b>1b. Orientamento</b>  <b>0</b> risponde correttamente  <b>1</b> risponde correttamente a una delle due domande  <b>2</b> non risponde correttamente</p>	<p><b>3. Campo visivo</b>  <b>0</b> Normale  <b>1</b> emianopsia parziale  <b>2</b> emianopsia completa  <b>3</b> cecità completa</p>	<p><b>7. Atassia arti (sup. e inf.)</b>  <b>0</b> normale  <b>1</b> presente in 1 arto  <b>2</b> presente in 2 arti</p>	<p><b>10. Disartria</b>  <b>0</b> assente  <b>1</b> lieve o moderata  <b>2</b> grave  <b>3</b> eloquio impossibile</p>
<p><b>1c. Esecuzione ordini semplici</b>  <b>0</b> esegue gli ordini  <b>1</b> esegue uno degli ordini  <b>2</b> non esegue gli ordini</p>	<p><b>4. Paralisi facciali</b>  <b>0</b> assente  <b>1</b> lieve asimmetria  <b>2</b> paralisi del VII inferiore  <b>3</b> paralisi del VII inf. e sup.</p>	<p><b>8. Sensibilità</b>  <b>0</b> normale  <b>1</b> perdita lieve/moderata  <b>2</b> perdita rave</p>	<p><b>11. Neglect</b>  <b>0</b> assente  <b>1</b> Estinzione alla stimolazione bilaterale in una delle modalità sensoriali  <b>2</b> emidisattenzione, grave o in più di una modalità sensoriale</p>

SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion - Ictus cerebrale: Linee guida italiane 2012

## Controindicazioni specifiche alla trombolisi

Sospetto ESA  
Ora d'esordio non chiara  
Stupor o coma  
Età > 80 anni  
Rapido miglioramento prima del trattamento  
Deficit troppo lieve NIHSS < 6  
Storia di epilessia  
Ictus con crisi epilettica in esordio  
Ictus ischemico pregresso con esiti invalidanti  
Recente ictus ischemico < 3 mesi  
Storia di emorragie intracraniche  
Altra patologia neurol. invalidante  
Intervento neurochirurgico < 3 mesi  
Grave trauma cranico < 3 mesi o trauma cranico < 14 giorni  
Ipertensione non controllabile al momento dell'intervento  
(PAS > 185, PAD > 110)  
Presunto embolo settico  
Endocardite infettiva nota  
Presunta pericardite, trombo o aneurisma ventricolare da recente IMA  
Intervento chirurgico o biopsia di un organo ≤ 1 mese  
Trauma con danno organi interni o ferite da < 1 mese  
Diagnosi di ulcera duodenale o emorragia intestinale da ≤ 1 mese  
Rettocolite ulcerosa, varici esofagee  
Aneurisma dell'aorta  
Diatesi emorragica: INR > 1,7, eparina nelle 48 ore precedenti, PLT < 100.000/mm<sup>3</sup>  
Glicemia < 50, > 400 mg%  
Puntura ev in sede non comprimibile ≤ 7gg  
Puntura lombare ≤ 7gg  
Gravidanza, allattamento, parto recente (30 gg)  
Condizione che riduca la speranza di vita

**Score: 4**

## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

### Caso clinico: che fare?

Dimissione?



Ricovero?



Ricovero dove? OBI?

MEDICINA?

NEUROLOGIA?

STROKE UNIT?



## **Ictus ischemico: caso clinico**

*Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri*

### **CASO CLINICO: cosa è stato fatto**

È stato contattato il dr. Barbarini responsabile della Stroke Unit del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce

Ore 3.09: la paziente è stata inviata presso la Stroke Unit



Dopo valutazione neurologica la paziente è stata ricoverata in ambiente neurologico in quanto non rispondente ai criteri per la trombolisi

## Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri

### DISCUSSIONE/DUBBI



Potevo ricoverarla in una medicina?

Stroke Unit: eccesso di zelo ?

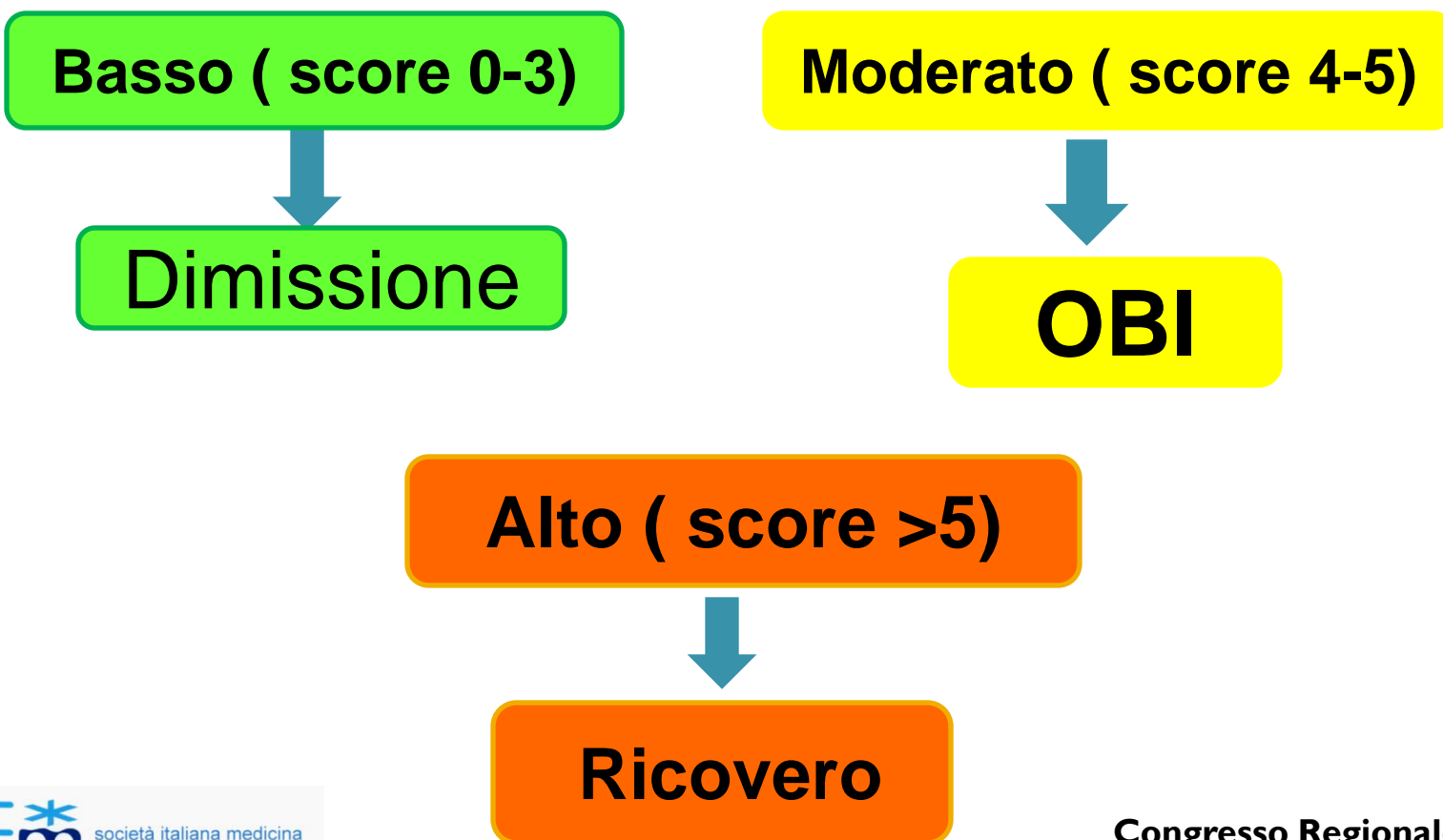


## TIA

**Le Linee Guida europee ed italiane suggeriscono l'ospedalizzazione per il paziente con rischio moderato-alto (ABCD2 score > 4)**

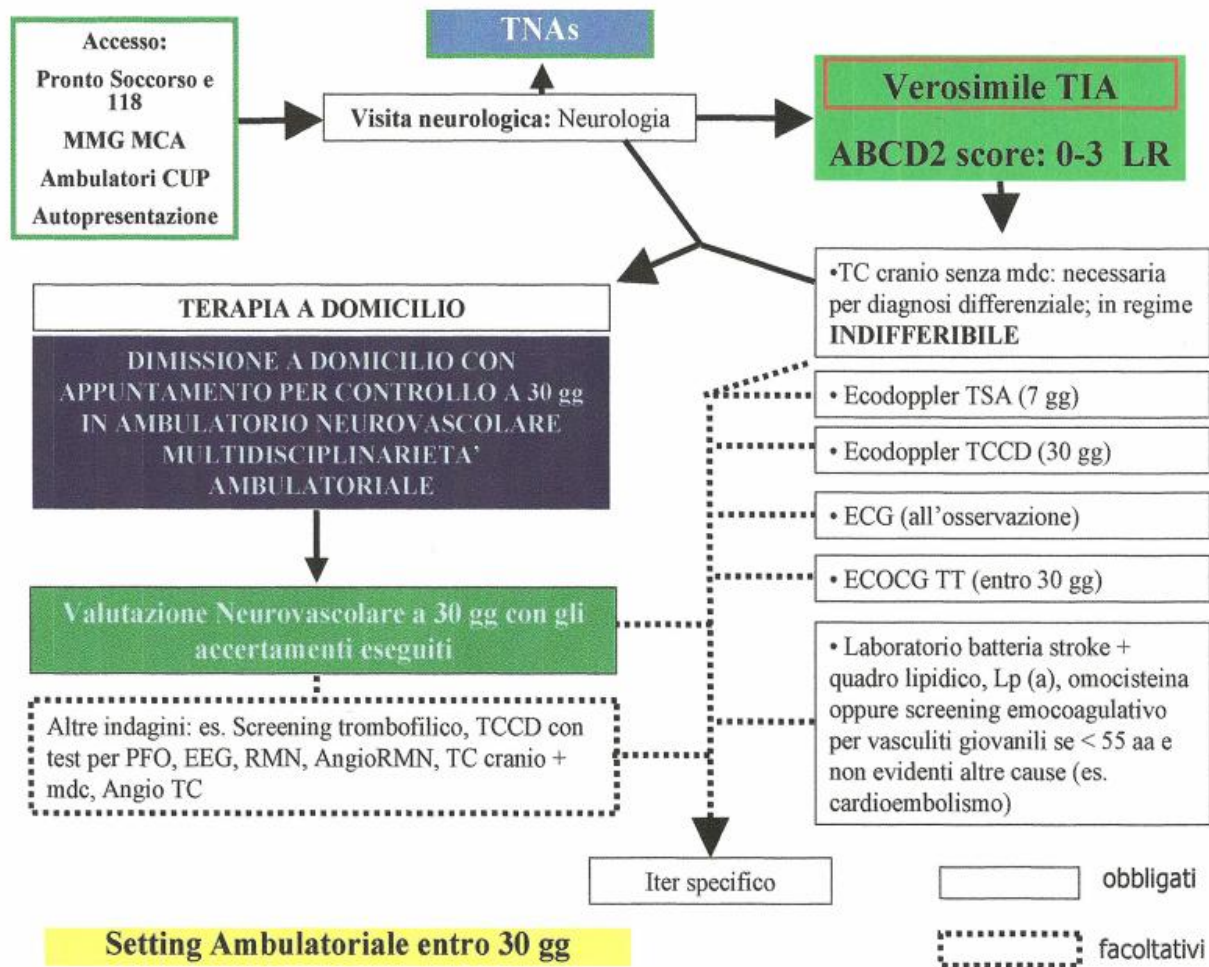
in particolare con la prospettiva di una osservazione per aumentare la probabilità di ricevere terapia con rtPA prontamente in caso di recidiva di stroke ischemico; in alcuni contesti organizzativi questo è ritenuto sufficiente a giustificare i costi dell'ospedalizzazione, dal momento che il trattamento fibrinolitico può avere un enorme impatto sull'outcome del paziente.

Nei pazienti con TIA, l' **ABCD2 score** classifica il rischio di ictus a 2 giorni



# Ictus ischemico: caso clinico

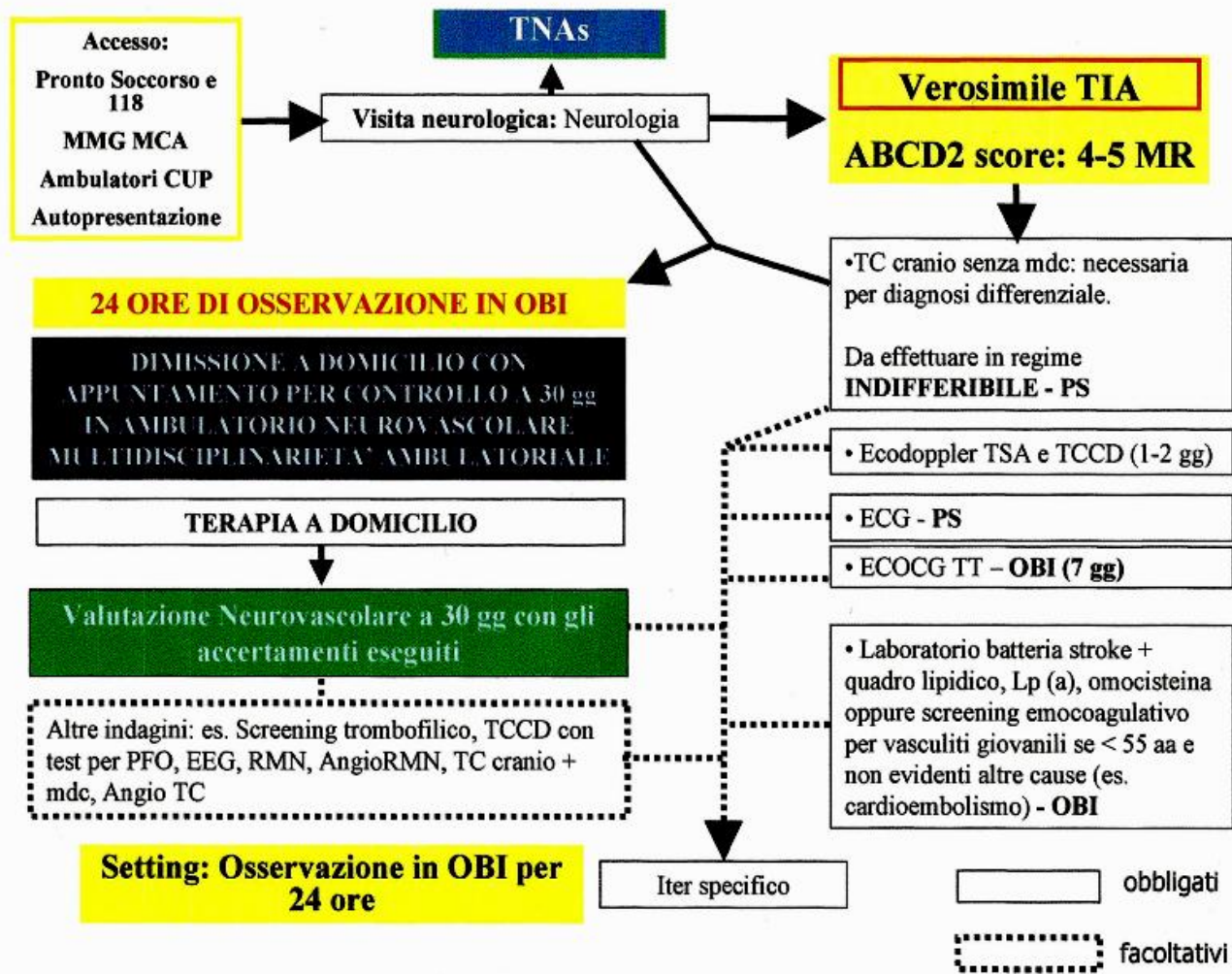
Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri





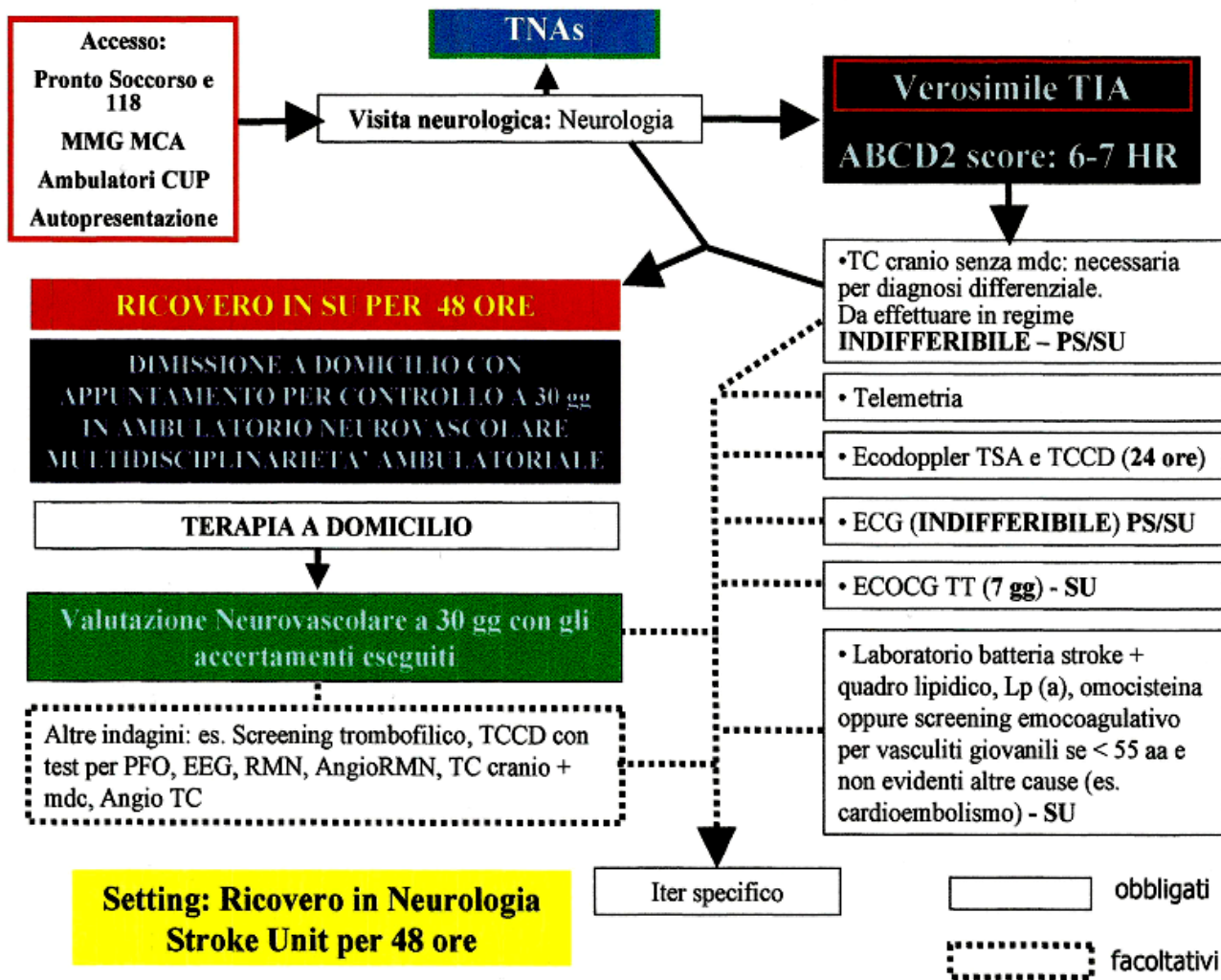
# Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri



# Ictus ischemico: caso clinico

Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri



**Ictus ischemico: caso clinico**  
*Relatore: Dott.ssa Ornella De Mitri*



Grazie.....