

**XV CONGRESSO REGIONALE SIMEU CAMPANIA, 24-25 OTTOBRE 2018, CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)
IL TRATTAMENTO DELL'ICTUS ISCHEMICO: ESPERIENZA DEL DEA I LIVELLO NOCERA-PAGANI-SCAFATI,
CENTRO HUB NELLA RETE ICTUS.**

Lambiase A, La Mura F, Bevilacqua A, Ferro G, Strazzullo A, Schiavone M, Nocera R, Di Leo V, Viati L, Manzo M, Galdieri N, Pelo R, Contaldi P, Parrella P, Giovannone R, Serrettiello C, Esposito G dell' UOC DI MCAU; Cuomo T, direttrice dell' UOC di NEUROLOGIA; Manto A, direttore dell' UOC di NEURORADIOLOGIA.

L'ictus cerebrale si colloca tra le prime tre cause di morte nei paesi industrializzati e costituisce la principale causa di morte cardiovascolare in quasi tutti i paesi, compresa l'Italia. La mortalità risulta più alta per le emorragie subaracnoidee ed intraparenchimali rispetto agli ictus ischemici.

L'ictus ischemico è il principale sottotipo di ictus (80% dei casi); le emorragie intraparenchimali costituiscono meno del 20% dei casi e le emorragie subaracnoidee meno del 5% del totale.

I tassi grezzi annui di incidenza per 100.000 abitanti dell'ictus cerebrale ischemico in Italia oscillano tra 106 e 313/100.000/anno.

Il trattamento con r-tPA e.v. (0,9 mg/kg, dose massima 90 mg, il 10% della dose in bolo, il rimanente in infusione continua in 60 minuti) è raccomandato entro 4.5 ore dall'esordio di un ictus ischemico senza limiti superiori di età e di gravità.

E' comunque indicato che il trattamento sia effettuato il più precocemente possibile. (Raccomandazione 9.1 Forte a favore Grado A Linee Guida ISO SPREAD VIII edizione)

Nel caso di pazienti con ictus ischemico, i limiti di tempo, la logistica, gli aspetti organizzativi, rendono necessaria l'esecuzione delle attività diagnostiche (TC, Angio-TC o eventuale Angio-RM, routine ematochimica, valutazione clinica e somministrazione della scala NIHSS) e terapeutiche (trombolisi sistemica e, ove possibile trattamento endovascolare) nell'ambito della UO di MCAU del DEA, dove lo specialista dell'Unità di Neurologia (Stroke Unit) dell'Ospedale (per lo più un neurologo) garantisce l'espletamento di queste attività, coordinandosi con gli altri operatori coinvolti, ovvero il medico di emergenza ed il neuroradiologo.

Tanto accade anche nel DEA Nocera-Pagani-Scafati, dove i medici della UOC di MCAU hanno sostenuto, insieme ai neurologi e neuroradiologi, una formazione che ha permesso il trattamento di 8 casi da maggio 2018 ad oggi (4 dei soggetti hanno effettuato in bridging anche tromboendoarterectomia), nelle more del PDTA aziendale cui sta lavorando il Gruppo di Lavoro su mandato del Dipartimento.

Ogni operatore segue una check list cui deve attenersi. L'infermiere di triage (scheda 1) ha il compito di individuare il paziente affetto da ictus potenzialmente eleggibile ed attivare il "percorso ictus" allertando il medico di PS. Questi a sua volta è deputato alla conferma della attivazione del "percorso ictus" attraverso la valutazione neurologica con la Cincinnati, il tempo d'insorgenza, la storia clinica, con chiamata del neurologo e del neuroradiologo (scheda 2). Il Medico di emergenza, entro 15 minuti dall'ingresso in area gialla, effettua valutazione ABCDE, esecuzione e lettura di ecg, reperimento di doppio accesso venoso, emoprelievo "profilo ictus" ed invia il paziente in radiologia al 20 minuto, per raccogliarlo in PS non oltre il 45 minuto, insieme al neurologo. Quest'ultimo specialista, munito delle sue checklist (scheda 3), somministra la scala NIHSS e, valutati i criteri di esclusione, inizia la trombolisi nell'area rossa o gialla del PS, consapevole che ogni minuto consumato senza terapia, comporterà la perdita di due milioni di neuroni. (Fig 1 e 2)

L'associazione "Angels" supporta, promulgando formazione continua, il Dipartimento di Emergenza e delle Reti Tempo Dipendenti ad aumentare il numero di pazienti trattati negli ospedali attrezzati per l'ictus e ottimizzare la qualità del trattamento in tutte le stroke unit.

Scheda 1

Scheda 2

Scheda 3



Fig 1

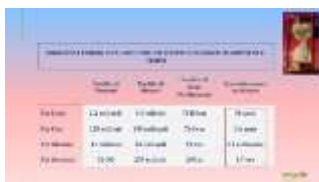


Fig 2