

D P B # ECO(COLOR)DOPPLER TSA

CLASSE DI PRIORITÀ (Ricettario S.S.N.)	"PAROLE CHIAVE" INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U URGENTE	NON PREVISTA: ictus cerebrale e TIA (Transient Ischemic Attack) sono condizioni patologiche per le quali è indicato inviare il paziente in Pronto Soccorso per una valutazione neurologica urgente . Anche i sintomi suggestivi per TIA, insorti da meno di 90 giorni, sono sintomi per i quali è più indicata una valutazione neurologica in tempi brevi, prima che un EcoColorDoppler TSA.
BREVE (max 10 giorni)	<ul style="list-style-type: none"> - Tumefazione pulsante laterocervicale - Sintomi suggestivi per ischemia cerebrale insorti da più di 90 giorni (v. Tabella 1). - Occlusione venosa retinica
DIFFERITA (max 30 giorni)	<ul style="list-style-type: none"> - Soggetti asintomatici candidati a: <ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi di chirurgia maggiore (pazienti a rischio cardiovascolare alto o molto alto) 2. Coronarografia - Soffio laterocervicale in paziente a rischio cardiovascolare alto o molto alto - Furto della succlavia sintomatico
PROGRAMMATA (max 60/90 giorni)	<ul style="list-style-type: none"> - Età maggiore di 65 anni - Pregressi eventi cardiovascolari maggiori (infarto miocardico acuto, TIA/ictus) o equivalenti coronarici (aneurisma dell'aorta addominale, arteriopatia periferica) - Presenza di fattori di rischio di aterosclerosi fumo, diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, insufficienza renale cronica). - Altre indicazioni (terapia radiante al collo, soffio laterocervicale, fibrodisplasia carotidea).

LIVELLO DI RISCHIO DEL PAZIENTE	STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
Pazienti a rischio cardiovascolare alto	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio per evento cardiovascolare fatale ≥ 5 e $< 10\%$ (SCORE) (secondo linee guida ESC/EAS) • Dislipidemie familiari • Ipertensione grave • Diabete mellito senza fattori di rischio cardiovascolare e senza danno d'organo. • Insufficienza renale cronica moderata (FG 30-59 ml/min/1,73 m²).
Pazienti a rischio cardiovascolare molto alto	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio per evento cardiovascolare fatale a 10 anni $\geq 10\%$ (SCORE). • Malattia coronarica. • Ictus ischemico. • Arteriopatie periferiche. • By-pass aorto-coronarico. • Diabete mellito con uno o più fattori di rischio cardiovascolare e/o markers di danno d'organo (p. e.: microalbuminuria). • Insufficienza renale cronica grave (FG 15-29 ml/min/1,73 m²)

Tabella 1

SINTOMI ISCHEMICI CEREBRALI	
	<ul style="list-style-type: none"> • Turbe motorie con paresi o plegia (mono-, emi-, contro-laterale). • Parestesie (mono-, emi-, contro-laterale).

Territorio carotideo	<ul style="list-style-type: none"> • Amaurosi fugace. • Parestesie facciali • Afasia e disartria
Territorio vertebro-basilare	<ul style="list-style-type: none"> • Vertigini e/o disturbi dell'equilibrio associato ad altro sintomo neurologico focale. • Turbe dell'equilibrio. • Drop Attack • Diplopia. • Disartria. • Turbe motorie con paresi o plegia (mono-, emi-, contro-laterale). • Parestesie (mono-, emi-, contro-laterale)

PERIODICITA' DEI CONTROLLI IN PAZIENTI CON ARTERIOPATIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI		
	Ispessimento miointimale	Biennale/triennale (non raccomandato se non presenti fattori di rischio cardiovascolare maggiori associati)*
Stenosi sintomatica	• ≤ 30%	12-24 mesi
	• > 30% - < 50%	Annuale
	• ≥ 50%- < 70%	Semestrale
	• ≥ 70%	Consulenza specialistica
	• < 50% con occlusione controlaterale	Annuale
	• ≥ 50% con occlusione controlaterale	Consulenza specialistica
Stenosi asintomatica		Consulenza specialistica
Restenosi post rivascularizzazione		Semestrale
Endoarteriectomia carotidea o stenting carotideo		Controlli a 3 mesi, a 6 mesi, a 12 mesi e poi a cadenza annuale.