Uno score per predire il rischio di ictus dopo TIA

Data 13 settembre 2005
Categoria neurologia

Alcuni studiosi di Oxford hanno messo a punto un sistema a punteggio molto utile per predire il rischio precoce di ictus dopo un attacco ischemico cerebrale transitorio.

Lo score è stato ricavato da una coorte di 209 pazienti con TIA, nei quali si ebbero 18 ictus entro i successivi 7 giorni.
Il punteggio considera le seguenti variabili:
- età >= 60 anni: 1 punto
- pressione sistolica > 140 mmHg e/o diastolica > 90 mmHg: 1 punto
- debolezza muscolare monolaterale: 2 punti
- disturbi del linguaggio senza debolezza muscolare: 1 punto
- altri sintomi: zero punti
- durata superiore a 60 minuti: 2 punti
- durata tra 10 e 59 minuti: 1 punto
- durata inferiore a 10 minuti: zero punti

Il rischio di ictus a 7 giorni, validato in una coorte di 375 pazienti con TIA, è stato dell'1,1% per punteggi di 4 o inferiori, del 12,1% per punteggi di 5 e del 31,4% per punteggi di 6. In un'altra coorte di 206 pazienti il rischio era rispettivamente del 9,1%, dell'11,8% e del 23,8%.

Fonte: Lancet 2005 Jul 1; 306:29-36

Commento di Renato Rossi
Lo studio recensito in questa pillola è interessante, al di là delle diverse percentuali di ictus trovate nelle due coorti, perchè focalizza l'attenzione sui maggiori fattori di rischio per evoluzione precoce verso lo stroke dell'attacco ischemico cerebrale transitorio. Già altri studi avevano dimostrato che i pazienti con TIA hanno un rischio evolutivo elevato verso l'ictus nei giorni ma anche nei mesi successivi e che i pazienti spesso sono sottotrattati e poco investigati . Il rischio stimato dai vari autori varia però molto perchè probabilmente sono stati considerati pazienti diversi: ad un mese dal TIA vengono riferite percentuali di stroke variabili fino al 20-40%.
Il TIA è quindi un vero e proprio segnale di allarme e ogni sforzo deve essere fatto per migliorarne la gestione. Il lavoro pubblicato online dal Lancet va in questo senso permettendo una stratificazione del paziente molto semplice e che non richiede accertamenti od esami particolari ma si basa unicamente sulla clinica e sull'anamnesi. Tale stratificazione può essere molto utile per tenere particolarmente monitorati i pazienti a rischio più elevato ed essere pronti, se fosse il caso, a sottoporli ad immediato trattamento trombolitico.

1.Gladstone DJ et al. CMAJ 2004; 170:1099-1104
2. Eliasziw M et al. CMAJ 2004; 170: 1105-1109
3. Neurology 2005;64: 817-20