

# TIA: ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO

## TAKE HOME MESSAGES:

- 1
  - La definizione di TIA non è più basata esclusivamente su un criterio temporale e clinico, ma necessita di un riscontro imaging che documenti l'assenza di un danno ischemico acuto congruo alla sintomatologia.
- 2
  - Il TIA è un'emergenza medica e va approcciato con le opportune indagini diagnostiche entro 48 (meglio 24) ore per meglio definire il profilo di rischio del paziente. Nell'impossibilità di effettuare le indagini nei tempi previsti, è consigliabile inviare il paziente in pronto soccorso.
- 3
  - Un approccio diagnostico condiviso di primo livello, che consideri le indicazioni delle Linee Guida nel contesto geografico in cui viviamo può essere riassunto in:
    - TC ENCEFALO + ECG + ECODOPPLER-TSA + ECOCARDIO/DOPPLER-TC
    - VISITA NEUROLOGICA
- 4
  - Tecniche radiologiche più sensibili e specifiche ma meno accessibili (RMN-DWI) o di secondo livello (ANGIO-RM...ecc) devono essere riservate, a discrezione dello specialista clinico, a pazienti selezionati con un profilo di rischio più elevato e secondo indicazioni specifiche.

# CEFALEA

## TAKE HOME MESSAGES:

- 1
  - Le cefalee sono un evento patologico **molto** frequente, per lo più di natura benigna; bisogna saper individuare con precisione e rapidità quelle che invece possono rappresentare un evento drammatico per la vita.
- 2
  - Soffrire di una cefalea primaria non esclude la possibilità di sviluppare una forma secondaria.
- 3
  - Secondo i criteri dell'evidence-based medicine, in un paziente con cefalea cronica e emicranica ed E.O.N. normale non è usualmente giustificata alcun tipo d'indagine neuroradiologica.
- 4
  - Nei pazienti con emicrania **NON** vi è una maggiore prevalenza di malformazioni vascolari rispetto alla popolazione normale.
    - **NO** a "screening" degli emicranici con **angioTC** o **angioRM**.
- 5
  - L'indagine di prima scelta in un paziente con cefalea acuta che necessita di neuroimaging è la TC encefalo senza m.d.c.
    - Il successivo iter neuroradiologico varia a seconda dei reperti TC e clinici.

# LINFONODO SOVRACLAVEARE

## TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • Un'attenta anamnesi, un accurato esame obiettivo e semplici ma mirati esami ematochimici, sono atti indispensabili per favorire un rapido ed efficace percorso diagnostico che già il MMG può svolgere, con vantaggio per il paziente e risparmio per il SSN.
- 2 • Nei casi in cui manchino segni/sintomi sospetti per neoplasia, può essere ragionevole un atteggiamento attendista di osservazione di 3-4 settimane.
- 3 • Evitare in modo assoluto l'uso di corticosteroidi che, favorendo una momentanea regressione del linfonodo, possono determinare un ritardo nella formulazione della diagnosi.
- 4 • Il riconoscimento di uno o più segni/sintomi di "rischio" può permettere di individuare precocemente i pazienti da inviare all'esame citopatologico ma in caso di parametri fortemente suggestivi per patologia linfoproliferativa è buona norma indirizzare il paziente allo Specialista.
- 5 • Quando una linfadenopatia "sospetta" è esclusivamente cervicale, la prima fase diagnostica deve includere anche una Endoscopia VADS oltre che una Ecografia con Agoaspirato ecoguidato.
- 6 • L'Ecografia, nel caso di una linfadenopatia postistuzionale, ha un ruolo nella valutazione delle caratteristiche morfologiche/strutturali del linfonodo "sospetto". Essa può altresì aiutare a confermare la natura linfonodale della neoformazione e ad evidenziarne la presenza di alterazioni suggestive per patologia infiammatoria o neoplastica pur nell'ambito di variabilità.
- 7 • LA PET non è mai un'indagine di primo livello ma è un valido supporto nella definizione e stadiazione della patologia neoplastica.

# NODULO TIROIDEO

## TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • "Non dimentichiamoci del collo"
- 2 • Generalmente la patologia nodulare tiroidea non richiede l'esecuzione di accertamenti morfologici in regime d'urgenza.
- 3 • Gli esami di primo livello da richiedere sono TSH R ed Ecografia tiroidea; la Calcitonina è fortemente consigliata.
- 4 • In caso di nodulo tiroideo con TSH Basso/Soppresso è indicato eseguire la Scintigrafia Tiroidea.
- 5 • In caso di TSH Normale/Alto i dati anamnestici ed il pattern ecografico guidano alla FNAC