

## FRANCESCA PEZZELLA • MASSIMO DEL SETTE

**1. Il miglioramento drammatico con IgG ev si riferisce solo alla sintomatologia NEUROLOGICA o anche a quella generale?**

R. Alla sintomatologia neurologica.

**2. Avete avuto questo inverno in periodo pre-Covid delle strane encefaliti? tipo gennaio inizio febbraio?**

R. No, abbiamo avuto polmoniti in P.S., allora interpretate come da virus influenzale.

**3. I pazienti con COVID19 ed encefalite hanno manifestato delle anomalie particolari ai quadri EEG?**

R. Nei pazienti riportati in letteratura c'è poco riferimento ai dati EEG. Noi abbiamo avuto un solo paziente, in cui le alterazioni EEG (rallentamenti diffusi) non differivano dalle alterazioni EEG che si riscontrano in encefaliti di altra eziologia.

**4. Come distinguere un'encefalite da una encefalopatia da delirium associata?**

R. Nei casi descritti l'esame RM evidenziava alterazioni infiammatorie oppure necrotizzanti.

**5. Sono segnalati casi di lesioni demielinizzanti encefaliche e midollari?**

R. Non a mia conoscenza.

**6. Avete avuto casi con PCR per SARS COV 2 positiva su liquor in sospette encefaliti?**

R. Solo in uno dei casi descritti in letteratura è stato isolato il virus. L'altra ipotesi è che sia una risposta infiammatoria correlata alla "tempesta citochinica". Nei nostri 3 casi in cui abbiamo ricercato RNA virale (pazienti con polineuropatie), nessun positivo.

**7. Avete riscontrato particolari pattern all' EEG?**

R. Solo rallentamenti.

**8. Sappiamo perché vengono colpiti uomini e donne in maniera uguale, ma muoiono prevalentemente gli uomini?**

R. I tassi di mortalità per gli uomini sono da due a tre volte superiori rispetto alle donne ma sembrano fluttuare a seconda del territorio e della demografia della popolazione. I fattori sociali legati al genere, le differenze immunologiche, le disparità ormonali e le abitudini di vita come il fumo e il consumo di alcol sono considerati importanti. La vulnerabilità della popolazione maschile nei confronti della pandemia di COVID-19 potrebbe in una certa misura essere il risultato di polimorfismi genetici definiti dal genere.

**9. Ci sono delle caratteristiche cliniche e/o laboratoristiche che permettono di predire se un paziente Covid-19 + svilupperà una polineuropatia demielinizzante?**

R. Al momento non sono descritti predittori clinici o laboratoristici. L'ipotesi che una maggiore risposta infiammatoria sia predittrice di sviluppo di GBS deve essere confermata.

**10. Con le IgG ev migliora solo la s. neurologica o anche quella generale?**

R. La sintomatologia neurologica.

**11. Che terapia proporreste per encefalite da SARS COV 2?**

R. L'unico dato presente in letteratura è il trattamento con Ig vena nel caso di encefalite necrotizzante.

**12. Non pensate che la mancata valutazione (obbligatoria, viste le condizioni generali) in Terapia Intensiva non abbia permesso di identificare altre patologie neurologiche?**

R. Sì, questo sta emergendo chiaramente nei casi che stiamo rivalutando a distanza.

**13. Quale è il tempo di recupero medio della sintomatologia neurologica?**

R. Non vi sono molti dati in letteratura. Nella nostra esperienza di 2 casi di GBS e Miller Fisher, il recupero dopo Ig vena è stato nell'arco di 1-2 settimane.

**14. Ma i pazienti tampone negativi ma con polmoniti interstiziale li avete considerati come complicanze da COVID?**

R. Sì. Basiamo la valutazione su 4 cardini: anamnesi, clinica, laboratorio (PCR, D Dimero...) e tampone.

**15. È possibile avere forme di mieliti in assenza di lesioni alla TC del torace?**

R. Non abbiamo casistica sufficientemente personale né in letteratura.

**16. L'insufficienza respiratoria nei pazienti GBS covid era ipossiémica o ipercapnica?**

R. La BGS è esordita 20 giorni dopo la fase acuta COVID-19 e senza compromissione della muscolatura respiratoria.

**17. Uso del Tocilizumab?**

R. Viene usato regolarmente nei pazienti più compromessi.

**18. Le complicanze neurologiche possono essere considerate come un segnale di progressione non benigna della malattia?**

R. Sicuramente, peggiorano la prognosi sia *quad vitam* che *quad valetudinem* e allungano i tempi di guarigione.

**19. Nella vostra esperienza clinica in pazienti Covid + qual'è la frequenza di manifestazioni neurologiche in assenza di polmonite interstiziale?**

R. Le manifestazioni neurologiche sono diverse e variabili, la cefalea è presente ad esempio in circa il 10% delle forme lievi-moderate; l'osservazione di diseguesia e anosmia vanno dal 5-6% dei lavori relativi alla pandemia in Cina all'88-90% in Europa.

**20. Che tasso di infezione avete tra i vostri colleghi o personale infermieristico?**

R. 10%.

**21. Nelle vostre realtà è disponibile test sierologico quantitativo per IgM IgG Sars COV 2?**

R. Sì.

---

**ANNA CAVALLINI • FRANCESCO CAUSIN**

---

**1. Pensate che in Lombardia abbia funzionato la riorganizzazione della rete stroke?**

R. Non abbiamo ancora a disposizione i dati per poter dare un giudizio. Visto l'aumento esponenziale dei casi in Lombardia con conseguente incremento esponenziale dei ricoveri per COVID-19 era l'unica possibilità per continuare a garantire la funzionalità della rete. Lo stesso modello è stato applicato per tutte le reti tempo-dipendenti anche quelle chirurgiche.

**2. Sappiamo quanti ictus ci sono stati in questo periodo?**

R. Non abbiamo ancora il dato degli ictus né dei trattamenti eseguiti. La sola percezione abbastanza generale, per quanto possa essere di scarso valore, è che si siano ridotti gli accessi per sintomatologia lieve-moderata e siano invariati i casi gravi.

**3. Avete notato un aumento della trasformazione emorragica dopo fibrinolisi o un aumento degli ictus emorragici?**

R. Non a Pavia né a Padova.

**4. Non avete avuto casi di pazienti degenti in Stroke Unit che si sono complicati successivamente con polmoniti e febbre di ndd? In tali casi in attesa di tampone come vi siete comportati visto che erano già dentro la SU?**

R. Posti in isolamento nelle camere sospetto COVID-19, tampone anche a eventuali altri pazienti entrati in contatto.

**5. Come è possibile essere certi che un nuovo paziente appena arrivato con ictus sia COVID-negativo?**

**Forse è preferibile considerare tutti i nuovi pazienti COVID sospetti fino a prova contraria. Noi facciamo così, cosa ne dite?**

R. Anche noi. In PS tutti i pazienti con ictus vengono gestiti come sospetti COVID-19.

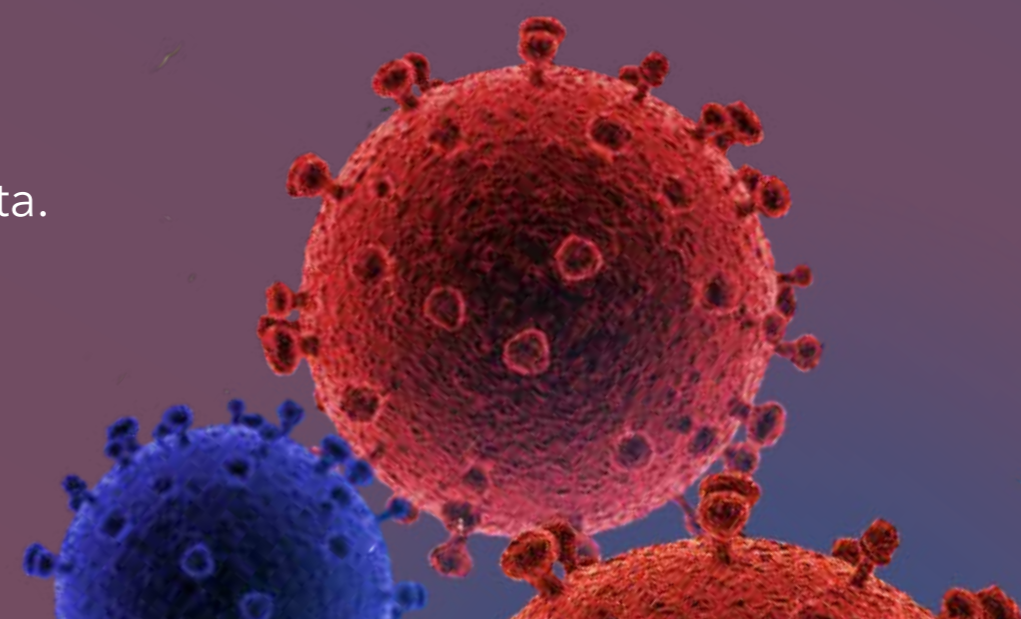
**6. Dove avete trattato i casi sospetti senza distress respiratorio, in attesa del tampone?**

**Avete creato spazi di isolamento all'interno dei vostri reparti?**

R. In PS in area dedicata per le procedure dell'emergenza poi in Stroke Unit in area dedicata.

**7. Avete notato casi di stroke con trombosi arteriosa o venosa periferica associata?**

R. A Pavia 1 caso con TVP ed embolia polmonare.



**8. Avete avuto casi di stroke da stenosi carotidea che siano stati operati?**

R. A Pavia 4 casi, 3 trattati con posizionamento di STENT, 1 con TEA.

**9. Può migliorare la funzione respiratoria dopo trombolisi?**

R. Non ho esperienza né dati.

**10. Per screening rapido in PS, nelle reti tempo dipendenti (Stroke), utilizzate test rapido sierologico IgG IgM per SARS COV 2?**

R. No solo tampone NF.

**11. Il dosaggio del fibrinolitico nello stroke covid+ delle ig vena nel periferico rimangono standard?**

R. Se la domanda è se nei pazienti COVID+ il dosaggio del tPA deve essere modificato la risposta è no, non vi sono attualmente evidenze che suggeriscano la necessità di modificare le indicazioni delle attuali LG.

**12. Vista la presenza di pazienti asintomatici o pauci sintomatici onde evitare il contagio successivo alla degenza ospedaliera, non pensate che il tampone andrebbe fatto a TUTTI i pz che vengono ricoverati in qualsiasi reparto?**

R. A Pavia nel protocollo ospedaliero è previsto tampone in PS ripetuto dopo 24 ore, consulenza infettivologica se sospetto COVID con tampone negativo per eventuale terapia e definizione delle precauzioni da mantenere nella fase post-ricovero per evitare contagi. A Padova tutti i pazienti che entrano per interventi/procedure programmate eseguono un tampone NF. I pazienti di PS eseguono tampone che viene ripetuto a 24 ore (standard NF o con BAL) se clinicamente sospetti.

**13. Ma se vi chiamano per uno Stroke in un paziente già degente in altro reparto... Considerate covid anche quelli?**

R. No se non vi è sospetto da parte dei colleghi; spesso ha già un tampone eseguito.

**14. Tasso di complicanze emorragiche nei pz covid sottoposti ad ivt, nella vostra esperienza?**

R. Uguale a quello dei pazienti no COVID-19.

**15. Prevedete un aumento dei casi nella fase 2?**

R. Penso potrebbe succedere se non sono rispettate le indicazioni generali.

**16. Avete registrato un aumento della incidenza di stroke emorragico rispetto a stroke ischemico in epoca COVID-19?**

R. No, anzi forse un calo.

**17. Nel nostro centro di Taranto, i dati sono in controtendenza. Abbiamo un lieve aumento delle procedure stroke e, anche delle ESA. Ce lo siamo spiegato con il fatto che da noi abbiamo modello mothership. Pensate che il mothership in questo scenario funzioni meglio dell'Hub&Spoke?**

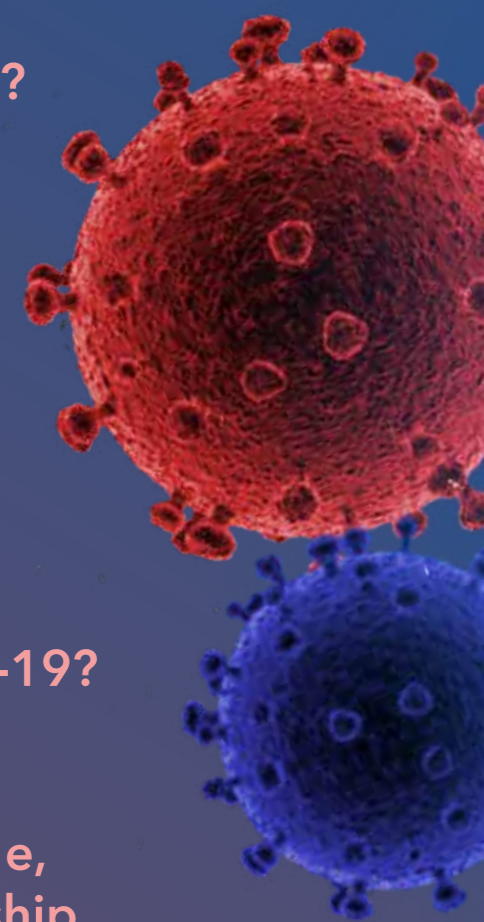
R. Penso di sì, però bisognerà valutare il numero dei trattati a livello regionale. Noi abbiamo avuto un significativo aumento delle procedure ma potrebbe essere anche solo perché altri centri sono stati chiusi e che il numero totale di procedure in Lombardia sia rimasto uguale o anche si sia ridotto. Per le ESA credo si possa fare un ragionamento differente rispetto allo stroke. Per esempio, il numero di ESA qui a Padova è abbastanza stabile da oltre 10 anni e i flussi variano mensilmente ma a fine anno i conti tornano sempre. Anche in altri posti la rete mothership sembra aver gestito meglio i pazienti. Infatti, per gli stroke ischemici molto dipende dal funzionamento delle reti locali e degli ospedali territoriali, in alcuni casi trasformati in Covid-center. Spesso questi ospedali erano in difficoltà anche pre-covid per carenze di risorse e nei trasporti secondari e quindi ora ancora più provati. Il trend per le TM è per tutti da anni in crescita costante; specie chi non aveva ancora raggiunto una piena risposta al fabbisogno della propria area potrebbe ora osservare una crescita; bisognerebbe analizzare se questa segue il trend precedente o ha altre ragioni. In questo periodo specifico, inoltre, potrebbero esserci stati anche dei cali, come registrato in alcune aree, a causa di una sottostima dei casi "minor" o TIA; è possibile quindi che molti di questi potrebbero arrivare più avanti come recidive.

**18. Avete notato maggiori complicanze emorragiche post-trombolisi? Il dosaggio rt-PA è sempre lo stesso in tutti i pazienti COVID-19 o pensate ci possano essere delle controindicazioni specifiche o riduzioni del dosaggio in alcuni casi?**

R. Non abbiamo notato un aumento del rischio emorragico continuando ad utilizzare il dosaggio suggerito dalle LG.

**19. Cosa ne pensate dell'uso del tenecteplase?**

R. E' un farmaco molto interessante, in particolare per la sua rapidità di somministrazione, di azione e durata. Potrebbe essere una valida alternativa al tPA.



**20. Un paziente con stroke ischemico trattato con trombectomia per occlusione M1 sin, TC torace: ispessimento interstiziale con addensamenti (suggestiva di Covid ma non specifica, diagnosi differenziale polmonite interstiziale), no tosse, lieve ipossiemia all'EGA, tampone n.1 e n.2 negativi, Come vi comportereste? paziente in area contumacia neurologica? Quando ripetere il tampone?**

R. Degenza in Stroke Unit in area dedicata, consulenza infettivologica/pneumologica per concordare sierologia per altri agenti causativi di polmonite interstiziale ed eventuale terapia. Se sierologia negativa per altri agenti tampone dopo qualche giorno e comunque 2 tamponi a distanza di 24 ore prima della dimissione. In casi così sospetti meglio avere un campione da BAL.

**21. Nella vostra esperienza ci sono state complicanze in percentuale diversa in pazienti trattati con trombolisi e/o trombectomia per diagnosi di Ictus, risultati poi Covid positivi con segni neurologici?**

R No. I dati relativi ai diversi gruppi di pazienti saranno disponibili tra alcuni mesi dopo le valutazioni sui registri attualmente in corso. Molto dipenderà da quanto sarà consistente il campione analizzabile e dal peso che potranno avere alcuni bias di selezione, tra i primi i ritardi diagnostici e di inizio delle terapie nonché dall'affidabilità, dal numero e tempestività della diagnosi infettivologica.

## DANILO TONI

**1. Prevedete l'organizzazione territoriale di Stroke Unit in grado di accogliere COVID-19 positivi sulla base dell'estensione della popolazione? Ad esempio noi nelle Marche potremmo averne una?**

R. E' auspicabile che ogni Ospedale identificato come riferimento per la COVID-19 organizzi un'area di accoglienza per pazienti COVID-19 con ictus. Ovviamente in Regioni non molto popolate è possibile ipotizzare un numero limitato di centri con tali caratteristiche.

**2. Esiste una linea guida ISO-COVID-19 per programmare gli steps in modo nazionale?**

R. La programmazione sanitaria è tipicamente demandata alle Regioni e alle Province Autonome e non può essere prevista a livello nazionale. ISO, insieme ad altre Società Scientifiche, ha provato a dare qualche indicazione di massima col documento congiunto Ictu-COVID-19.

**3. L'organizzazione prossima futura dovrebbe forse prevedere procedure e uso di DPI minimi come se tutti i pazienti fossero potenzialmente positivi e quindi cercare di limitare l'infezione degli operatori e la conseguente reinfezione dei pazienti?**

R. Certamente, l'uso di DPI minimi è appropriato. Inoltre, diversi centri stanno provando ad attivare misure di tutela basate sulla diagnostica, come effettuare su tutti i pazienti, anche non sospetti Covid in base all'anamnesi, tamponi rapidi e TC torace ad alta risoluzione.

Un'iniziativa congiunta di:

