



AMBULATORIO MALATTIE CEREBROVASCOLARI CODICE DI ESENZIONE:

002B

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina



Strada di Fiume 447 – 34129 Trieste
www.asugi.sanita.fvg.it

Definizione

L'ictus acuto è definito nelle Linee Guida SPREAD (14 marzo 2012) come "l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale". Viene suddiviso in ischemico se causato dalla occlusione di un vaso cerebroafferente ed emorragico se dovuto alla rottura di un vaso sanguigno intracranico. Si tratta di infarto cerebrale ischemico nell'80% dei casi, emorragia cerebrale nel 15%, emorragia extracerebrale ed emorragia subaracnoidea nel restante 5%.

Oltre all'ictus esiste anche l'Attacco Ischemico Transitorio (Transient Ischaemic Attack: TIA) definito come "l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore", causato dalla transitoria occlusione di un vaso sanguigno.

Prevalenza

L'ictus è la seconda malattia a prognosi infausta nel mondo.

Ogni anno, negli Stati Uniti e in Europa Occidentale continuano a verificarsi circa 1,75 milioni di nuovi casi di ictus ischemico. La malattia ha un impatto notevole sui budget sanitari in tutti i Paesi del mondo e non solo incide sulla disponibilità di spesa sanitaria degli Enti e degli Ospedali ma anche sui redditi e sulle capacità di spesa delle singole famiglie.

A livello mondiale, nel 1990, l'ictus ischemico era responsabile di oltre 86.000.000 di anni di vita vissuti con disabilità-DALY. Questi ultimi nel 2010 sono aumentati del 21% (oltre 102.000.000 DALY/yr)⁴. A livello globale l'ictus è al terzo posto come condizione di disabilità e ha registrato una crescita costante negli ultimi 20 anni (+20%).

L'Italia, con altri Paesi europei, si differenzia dal quadro globale fin qui descritto. Dal 1990 al 2010 nel nostro Paese si è verificato un significativo decremento della disabilità conseguente ad ictus (-26%). Ciò significa che da circa 1,1 milione di anni vissuti con disabilità (DALY) attribuibili ad un evento cerebrovascolare di tipo ischemico (o emorragico acuto) si è passati a poco più di 800 mila DALY.

L'ictus è caratterizzato da una alta mortalità. Si tratta della seconda causa di morte a livello globale. Il numero di decessi è aumentato del 27% negli ultimi 20 anni.

Nell'Area Vasta Giuliana Isontina (circa 380.000 residenti nel 2013) circa 1.000 dimissioni ogni anno riguardano pazienti con Ictus acuto. Nel 2011 i decessi attribuiti in Area Vasta a questa malattia sono stati 517 (dati Istat). Si stimano circa 6.300 cittadini residenti nelle due Province di Gorizia e Trieste sopravvissuti ad un evento cerebrovascolare acuto maggiore (ictus).

Fattori di Rischio e Cause

Lo stroke è una condizione clinica espressione del precipitare di preesistenti fattori di rischio, tra i quali ricordiamo il fumo, la sedentarietà, una dieta scarsamente bilanciata, la pressione sanguigna alta, l'alto contenuto di grassi nel sangue, l'età, il sesso, l'eccesso di alcool, il diabete.

Tali fattori di rischio giocano un ruolo nello sviluppo dell'aterosclerosi dei vasi sanguigni del collo e intracranici, la cui progressiva chiusura e propensione a embolizzare è causa di circa il 30% degli stroke ischemici; nel 25% dei casi l'ictus è invece associato alle ripercussioni sulla anatomia dei piccoli vasi cerebrali in condizioni croniche quali diabete e ipertensione arteriosa, con tendenza alla chiusura delle arterie perforanti.

Esistono poi condizioni patologiche in grado da sole di determinare un evento ischemico cerebrale, quali patologie cardiache (fibrillazione atriale, infarto miocardico e scompenso cardiaco, mixoma atriale, cardiomiopatie, aterosclerosi dell'arco aortico) nel 40% dei casi. In una minoranza di casi (circa il 5%) l'ictus riconosce cause rare quali la dissecazione dei vasi del collo e/o intracranici, l'embolia paradossa, cause genetiche (MELAS; Malattia di Fabry; fibrodiplosia muscolare dei vasi del collo etc.), infiammatorie (vasculiti sistemiche o intracraniche) o emocoagulative.

Manifestazione clinica

Le manifestazioni cliniche dell'ictus variano in base al vaso coinvolto.

Nella maggioranza dei casi un evento cerebrovascolare determina comparsa di perdita di forza agli arti di metà del corpo (ad es. arti di destra), e/o perdita

di sensibilità o parestesie. Vi è spesso la deviazione della bocca e in molti casi viene coinvolto anche l'eloquio, nella comprensione/espressione verbale (afasia) o nell'articolazione delle parole (disartria).

Possono essere presente anche altri sintomi quali difficoltà visive in metà del campo visivo (raramente cecità completa), difficoltà nel riconoscere gli arti coinvolti come propri, difficoltà a capire che "qualcosa va male", impossibilità a riconoscere e ad avvertire stimoli in una metà del campo visivo.

Più raramente uno stroke può manifestarsi con visione doppia, difficoltà nel coordinare i movimenti e incertezza nella deambulazione; difficoltà a deglutire.

In fase cronica possono comparire ulteriori sintomi che vanno dalla spasticità (aumento di tono) degli arti coinvolti, crisi epilettiche, deficit cognitivi, depressione del tono dell'umore, fatica, labilità emotiva.

Diagnosi

La diagnosi di evento cerebrovascolare è clinica e viene corroborata da dati radiologici (TC cerebrale, RM cerebrale). Per la diagnosi di causa debbono essere studiati i vasi del collo e intracranici (Ecodoppler, angio-TC, angio-RM) per valutarne l'eventuale grado di stenosi; ponderare i fattori di rischio (lipidi, glucidi, ac. urico nel sangue, pressione arteriosa, dieta); eseguire nel caso di sospetta patologia cardiaca accertamenti quali ECG, ECG-Holter 48 ore, Ecocardiogramma transtoracico (transesofageo negli ictus giovanili).

Terapia

Il cardine della terapia di prevenzione secondaria dello stroke si basa sull'assunzione di stili di vita sani (astensione da fumo di sigaretta e alcolici; moderata attività fisica aerobica; dieta), dalla correzione farmacologica dei fattori di rischio presenti (ipertensione arteriosa, iperuricemia, diabete, dislipidemia).

Nel caso di stenosi delle arterie carotidi extracraniche potrà essere presa in considerazione la possibilità della bonifica chirurgica tramite endoarteriectomia o posizionamento di stenting.

In ogni paziente colpito da stroke ischemico dovrà inoltre essere intrapresa una terapia che riduca il rischio di apposizione trombotica (antiaggreganti quali aspirina, clopidogrel, aspirina+dipiridamolo).

Nel caso di stroke causati da patologia cardiaca quale la fibrillazione atriale, la prevenzione secondaria più efficace si basa oggi sull'uso di farmaci anticoagulanti diretti (Dabigatran, Rivaroxaban, Edoxaban, Apixaban) o tradizionali (warfarin, acenocumarolo).

Oltre alla terapia di prevenzione secondaria bisogna anche valutare le necessità individuali legate agli esiti dell'evento cerebrovascolare patito, per eventuali fabbisogni in ambito riabilitativo, logopedico, neurocognitivo.



Strada di Fiume 447 – 34129 Trieste
www.asugi.sanita.fvg.it

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testo fornito dal dott. Marcello Naccarato e dal dott.ssa Paola
Caruso della Struttura Complessa Clinica Neurologica
Telefono: 040 - 399 4908

Revisione 00 – giugno 2020