

FINALMENTE IN CALO I CASI DI ICTUS

Prof. Elio Agostoni, Direttore Dipartimento di Neuroscienze, Direttore S.C. Neurologia e Stroke Unit - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Prevenire è possibile, ma come?

L'ictus cerebrale rappresenta un rilevante problema di salute pubblica, è la prima causa di disabilità, la seconda causa di demenza e la terza causa di morte nel mondo industrializzato. In Italia vi sono circa 200.000 nuovi ictus ogni anno e circa 1.000.000 di persone vivono nel nostro paese con esiti invalidanti della malattia. Gli studi epidemiologici hanno individuato molteplici fattori che aumentano il rischio di ictus. Alcuni di questi fattori non possono essere modificati, principalmente l'età, ma costituiscono tuttavia importanti indicatori per definire le classi di rischio. Altri fattori possono essere modificati con strategie non farmacologiche o farmacologiche. Il loro riconoscimento costituisce la base della prevenzione sia primaria sia secondaria dell'ictus. La prevenzione è un insieme di attività, azioni e interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono due livelli di prevenzione: primaria e secondaria. Dati recenti sulla popolazione italiana indicano che negli ultimi vent'anni l'incidenza di primi ictus è diminuita del 29%, sia per ictus ischemici sia per ictus emorragici, ma non per l'emorragia subaracnoidea. Tale riduzione è stata osservata nonostante un indice di invecchiamento della popolazione con età superiore ai 75 anni pari al 33%. La riduzione dell'incidenza interessa in particolare gli ictus disabilitanti e fatali. La percentuale di mortalità a trenta giorni è invece rimasta la stessa. È plausibile comunque attribuire questa riduzione all'aumento e al miglioramento delle strategie preventive, a un miglior controllo dei fattori di rischio vascolare e al ruolo della chirurgia vascolare, anche per il considerevole numero di interventi chirurgici eseguiti per stenosi della carotide (dal 17,2% è passata al 17,8%).

Prevenire è meglio che curare

Le strategie di prevenzione dell'ictus sono più efficaci se vengono attuate quando l'ictus non si è ancora manifestato, ossia in soggetti "che stanno bene". È consigliabile effettuare visite periodiche presso il proprio medico di base che provvederà a verificare il vostro profilo di rischio vascolare.

Non fumare

Smettere di fumare riduce il rischio di ictus.

Praticare attività fisica e sportiva

Praticare quotidianamente attività fisica moderata, ad esempio camminare con passo spedito per 30 minuti al giorno per la maggior parte dei giorni della settimana.

Controllare il peso corporeo

Evitare l'aumento ponderale con misure dietetiche e attività fisica. Nei soggetti in sovrappeso la riduzione del peso corporeo ha effetti positivi sulla pressione arteriosa, sul diabete e sui grassi nel sangue.

Limitare il consumo di alcolici

Evitare un'eccessiva assunzione di alcol. L'assunzione di modiche quantità di alcol può esercitare un effetto addirittura protettivo per le malattie vascolari e l'ictus.

Correggere l'alimentazione

Ridurre il consumo di grassi e condimenti di origine animale, aumentare il consumo di pesce quale fonte di grassi polinsaturi, aumentare il consumo di frutta, verdura, cereali integrali e legumi quale fonte di vitamine e antiossidanti.

Limitare il sale nella dieta

Viene consigliato di limitare l'assunzione di sale nella dieta a meno di 6 grammi. Tale obiettivo si raggiunge evitando cibi ad alto contenuto di sale e non aggiungendo sale a tavola. La raccomandazione è ancora più importante per i soggetti con ipertensione arteriosa.

Controllare la pressione arteriosa

Nei soggetti con ipertensione arteriosa, qualora le modificazioni alimentari e dello stile di vita non siano sufficienti, è indicato il ricorso ai farmaci antipertensivi. I valori consigliati sono inferiori a 140/90 mmHg di 130/80 mmHg nei diabetici.

Controllare la glicemia

Eseguire periodici controlli della glicemia per diagnosticare precocemente la presenza di diabete. Nei diabetici la riduzione del peso corporeo, le modificazioni dello stile di vita e il controllo degli altri fattori di rischio devono essere particolarmente accurati.

Attenzione alla fibrillazione atriale

Per prevenire l'ictus nei soggetti con fibrillazione atriale è indicata l'assunzione di farmaci anticoagulanti nei pazienti di età superiore ai 65 anni e in quelli che hanno già avuto un ictus ischemico cerebrale.

L'efficacia dell'interventistica endovascolare per limitare i danni dello stroke

Lo scopo principale nella cura dell'ictus acuto è la ricanalizzazione arteriosa e la ri-perfusione dell'area cerebrale ischemica. La nuova frontiera terapeutica in fase acuta è la combinazione di trombolisi sistemica e trombectomia meccanica. Recenti trial clinici e metanalisi hanno dimostrato che il contributo del trattamento endovascolare in pazienti selezionati contribuisce a migliorare l'outcome clinico in relazione alle maggiori probabilità di ricanalizzazione e di ri-perfusione del tessuto cerebrale ischemico. Questi risultati sono stati prontamente recepiti dalle linee guida internazionali che hanno provveduto a stilare nuove raccomandazioni per il trattamento dell'ictus acuto, in particolare attribuendo un livello di evidenza di grado A per la trombectomia meccanica in pazienti con occlusione dei vasi di grande calibro. Nonostante queste promettenti evidenze, la variabile tempo rimane ancora la limitazione più importante per l'applicazione di queste procedure terapeutiche. Recenti metanalisi dimostrano che il ritardo evitabile è il fattore chiave per ottenere il migliore beneficio da questi trattamenti. L'efficacia della terapia dipende dal tempo e qualifica l'ictus come un'emergenza tempo-dipendente. Nella comunità scientifica è diffuso, nell'ambito delle emergenze tempo dipendenti, il concetto di ritardo evitabile inteso come momento organizzativo alla base dell'esito clinico. Il recupero del ritardo evitabile si fonda sull'efficienza organizzativa. La differenziazione dei percorsi clinici del paziente con ictus acuto in relazione alle caratteristiche strutturali, professionali, tecnologiche ed organizzative dei centri ospedalieri facilita le scelte del clinico e sottolinea l'importanza delle relazioni operative tra centri nella logica di rete. Le reti vengono costruite sulla base delle caratteristiche professionali, organizzative e tecnologiche degli

ospedali con la identificazione di un centro clinico di secondo livello (ospedali HUB) e di diversi centri clinici di primo livello (ospedali Spoke). Il criterio per la costruzione operativa e geografica delle reti stroke è rappresentato dal tempo di percorrenza su ruota dei mezzi di soccorso. Viene identificato un limite temporale di 60 minuti. Se il tempo identificato è inferiore a 60 minuti il trasporto avviene per mezzo di ambulanza. Se il tempo stimato è superiore a 60 minuti è indicato il trasporto in volo (elicottero). In questo secondo caso il centro HUB identificato può non essere il centro più vicino ma quello più disponibile ed organizzato. Il modello Hub e Spoke è sostenibile e ha dimostrato di essere efficace in base alla valutazione dell'outcome clinico in termini di mortalità e disabilità; in altre parole l'outcome è sovrapponibile sia con l'attribuzione diretta del paziente con ictus acuto ad un centro HUB per il trattamento combinato (trombolisi sistemica + trombectomia meccanica) sia con il trasporto secondario da un centro Spoke (trombolisi sistemica) al centro HUB (trombectomia meccanica) nonostante un intervallo temporale alla puntura arteriosa più lungo (comunque inferiore ai 60 minuti) per il paziente proveniente dal centro Spoke. Questo modello organizzativo sta dimostrando nel mondo reale buoni risultati sull'esito dei pazienti confermando i preliminari risultati dei trial clinici.