

## **L'ictus cerebrale ischemico**

**Marco Passamonti, Medico generale, SIMG – Sez. di Varese**

Ancora una volta, l'American Heart Association nella sua "posizione ufficiale" (1) enfatizza che, malgrado l'avvento del trattamento con l'attivatore tissutale del plasminogeno per pazienti selezionati, il miglior approccio per ridurre l'incidenza dell'ictus cerebrale resta l'intervento preventivo.

Più che sentire delusione per un traguardo mancato dalla scienza medica, dobbiamo essere consapevoli del peso e del ruolo importanti che gli AA. assegnano alla medicina generale (MG) come setting privilegiato per identificare i pazienti ad alto rischio di ictus e per realizzare specifici interventi con un costo/beneficio favorevoli 1.

Il prof. Kennedy R. Lees di Glasgow scriveva qualche anno fa 2: "Se avrò uno stroke.....bypasserò il mio medico di famiglia e programmerò un immediato trasporto all'ospedale... Sceglierò un ospedale dotato di "stroke unit", perché la cura in queste strutture riduce la mortalità e la disabilità secondaria allo stroke...": a questo punto si sono già superati i "confini" del compito operativo del MG.

Il prof. Philip A. Wolf del Dipartimento di Neurologia dell'università di Boston, ha affermato 3: "...la prevenzione continuerà ad essere la strategia più efficace per ridurre le conseguenze dello stroke sulla salute e sul costo sociale".

Molto si è scritto circa l'aggiornamento delle raccomandazioni sul modo più corretto di attuare la prevenzione primaria e secondaria dell'ictus. La SIMG ha attivamente collaborato alla stesura delle linee-guida italiane dell'ictus cerebrale (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion - SPREAD) 4 e ha divulgato con questa Rivista 5 l'uso del cosiddetto "Scoring system" 6 (Tab. 1) come semplice misura del rischio di ictus facilmente applicabile nella nostra pratica quotidiana.

Ma come applicare sul singolo paziente le raccomandazioni emerse nei trial clinici?

Obiettivo di questo articolo è di offrire informazioni "evidence based" sulla logica preventiva della medicina generale che deve, inevitabilmente, identificare strategie informativo-educative 7 per la loro realizzazione.

## **Ipertensione arteriosa**

L'ipertensione arteriosa (IA) rappresenta un fattore di rischio maggiore sia per infarto sia per emorragia cerebrale 8; l'incidenza di ictus aumenta all'innalzarsi dei valori di pressione sia sistolica sia diastolica, relazione diretta, continua e indipendente 9; anche l'IA sistolica isolata (>160 mmHg) rappresenta un importante fattore di rischio per ictus particolarmente nell'anziano 10.

A partire dagli anni '70, numerosi lavori hanno inequivocabilmente provato che il controllo dell'ipertensione arteriosa elevata era in grado di prevenire l'ictus 11. La raccomandazione più rilevante del Report del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 10 è di effettuare uno screening ogni 2 anni per la pressione arteriosa in tutti gli adulti e di attuare un appropriato trattamento ove necessario: l'inappropriata terapia è, infatti, il motivo di aumento dell'ictus negli ipertesi 12.

In conclusione, i numerosi dati disponibili mostrano la presenza di una relazione lineare tra pressione arteriosa sistolica e/o diastolica e rischio di eventi cerebrovascolari 4. Molti studi di popolazione confermano che l'HTA aumenta il rischio individuale di eventi cardiovascolari da 2 a 3 volte rispetto alla persona normotesa 12.

Un lavoro impegnativo per la MG, ma, ancora una volta, insostituibile.

## **Stenosi carotidea asintomatica**

La stenosi asintomatica del tratto extra-cranico della carotide viene unanimemente considerata un ben documentato fattore di rischio modificabile per ictus cerebrale ischemico 4, la cui prevalenza nella popolazione generale non è da sottovalutare: una stenosi carotidea >50% fu rilevata nel 7% degli uomini e nel 5% delle donne di età >65 anni (Cardiovascular Health Study 13); nella popolazione di età 66-93 anni nella coorte di Framingham 14, la prevalenza raggiungeva il 9% nell'uomo e il 7% nelle donne.

Recentemente gli Autori dello studio NASCET (North American Symptomatic Carotid Endoarterectomy Trial 15) hanno valutato in modo retrospettivo i loro dati relativi al rischio di ictus nel territorio di pertinenza di una stenosi carotidea asintomatica controlaterale ad una stenosi carotidea sintomatica mostrando che il rischio annuale di ictus era del 3.2% (5 anni di osservazione) in pazienti con stenosi tra il 60 e il 99%. Il rischio annuale medio di evento omolaterale alla stenosi aumentava dal 3% per i pazienti con 60% fino al 74% di stenosi, al 3.7% per quelli con 75-94% di stenosi e diminuiva al 2.9% per quelli con 95% fino al 99% di stenosi.

## **Due studi hanno valutato l'intervento di endoarteriectomia carotidea in pazienti con stenosi carotidea asintomatica.**

**Il Veterans Affaire Cooperative Study 16** includeva 444 uomini con stenosi carotidea >50% asintomatica, indagata con angiografia, con follow-up di 48 mesi. Lo studio prevedeva due bracci randomizzati di trattamento: 211 ricevevano endoarteriectomia+ terapia medica; 233 solo terapia medica (ASA 650 mg x due volte/die). L'end-point (ictus) fu ridotto nel gruppo sottoposto a intervento rispetto al controllo (4.7% vs 9.4%, differenza statisticamente non significativa, p=0.08).

**L'Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS) 17**, trial randomizzato su 1662 pazienti asintomatici con stenosi >60%; 828 con trattamento chirurgico+terapia medica, 834 solo trattamento medico. Lo studio venne interrotto dopo un follow-up mediano di 2.7 anni poiché si affermò un significativo beneficio del braccio con trattamento chirurgico. Si stimò che a 5 anni la frequenza di decesso, ictus ecc., era del 5% nel gruppo trattato con chirurgia e dell'11% nel gruppo in solo trattamento medico (p=0.004). Emerse, inoltre, che il beneficio della riduzione del rischio non era presente nel sesso femminile, differenza attribuita alle maggiori complicanze perioperatorie (3.6% vs 1.7%) delle donne rispetto agli uomini.

Questi risultati, poi confermati da altri studi, hanno portato a raccomandare l'endoarteriectomia nei pazienti con stenosi carotidea asintomatica >60% solo quando il team chirurgico può garantire un rischio operatorio di complicanze maggiori <3%.

## Conclusione

In Italia l'ictus cerebrale è la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10-12% di tutti i decessi/anno 4, nonché la principale causa di invalidità civile. Il ruolo del MG non deve limitarsi all'assistenza delle persone colpite da ictus con l'obiettivo di recuperare la loro autonomia quando possibile, ma va diretto primariamente verso la prevenzione. La carta del rischio coronario (equazione di Framingham) consente di stimare il rischio di essere colpito, nei 10 anni successivi, da un evento coronarico o da un ictus 18 in generale; è utile comunque, anche se in Italia pare sovrastimare il reale rischio della nostra popolazione 19

## Tabelle

### Tab. 1 - Lo "scoring-system": una strategia per la medicina generale

Score = 9 x età (anni)  
+ 2.85 x valore di PAS  
+ 70 se è presente CHD  
+ 90 se fumatore (1-20 sigarette/die) o + 130 (>20 sigarette/die)  
PAS = Pressione arteriosa sistolica      CHD = Cardiopatia ischemica

## BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein LB, MD, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, Hill M, Howard G, Howard VJ, Jacobs B, Levine SR, MD; Mosca L, Sacco RL, Sherman DG, Wolf PA, del Zoppo GJ. Primary Prevention of Ischemic Stroke. A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association. *Circulation* 2001;103:163
2. Lees KR. If I had a stroke... *Lancet* 1998; 352(Suppl III) 28
3. Wolf PA. Prevention of stroke. *Lancet* 1998;352(Suppl III) 15
4. Autori Vari. Ictus Cerebrale: Linee Guida Italiane. Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion – SPREAD. Milano 1999. Pubblicazioni Health srl
5. Passamonti M, Lanza G, Costato D. La Prevenzione dello Stroke Ischemico. L'importanza del Medico di Famiglia. *Rivista SIMG*. 1998; 5:27
6. Coppola WGT, Whincup PH, Papacosta O, Walker M, Ebrahim S. Scoring system to identify men at high risk of stroke: a strategy for general practice. *Br J Gen Pract* 1995;45:185
7. Cupples ME, Mc Knight A. Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994;309:993
8. Wolf PA. Cerebrovascular Risk. In: Izzo JL Jr, Black HR, Goodfriend TL, et al. *Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure*. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
9. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease, part 1: prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990;335:765
10. Joint National Committee. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413

11. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension, II: results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. *JAMA* 1970;213:1143

12. Klungel OH, Stricker BHC, Paes AHP, Seidell JC, Bakker A, Vokó Z, Breteler MMB, de Boer A. Excess Stroke Among Hypertensive Men and Women Attributable to Undertreatment of Hypertension. *Stroke* 1999;30:1312

13. O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Kittner SJ, Bond MG, Wolfson SK Jr, Bommer W, Price TR, Gardin JM, Savage PJ

Distribution and correlates of sonographically detected carotid artery disease in the Cardiovascular Health Study: the CHS Collaborative Research Group. *Stroke* 1992;23:1752

14. Fine-Edelstein JS, Wolf PA, O'Leary DH, Poehlman H, Belanger AJ, Kase CS, D'Agostino RB. Precursors of extracranial carotid atherosclerosis in the Framingham Study. *Neurology* 1994;44:1046

15. Inzitari D, Eliasziw M, Gates P, Sharpe BL, Chan RK, Meldrum HE, Barnett HJ

The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal carotid artery stenosis. *N Engl J Med* 2000;342:1693

16. Hobson RWI, Weiss DG, Fields WS, Goldstone J, Moore WS, Towne JB, Wright CB for the VA Cooperative Study Group. Efficacy of carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis: the Veterans Affairs Cooperative Study Group. *N Engl J Med* 1993;328:221

17. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA* 1995;273:1421

18. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Silbershatz H, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham study. *Stroke* 1991; 22: 312

19. Menotti A, Puddu PE, Lanti M. Comparison of the Framingham risk function-based coronary chart with risk function from an Italian population study. *Eur Heart J* 2000;21:365



top