

Domande frequenti sull'Ictus cerebrale e la placca carotidea

Che cosa è l'Ictus ? E' evento pericoloso: a causa di un disturbo improvviso nell'irrorazione sanguigna parti del cervello non ricevono ossigeno. La causa è un vaso sanguigno occluso nel cervello. Si rischia che vengano perturbate importanti funzioni corporee con la comparsa di complicanze gravi incluse la morte del paziente.

E' una malattia frequente ? L'ictus cerebrale è la terza causa di morte in Svizzera ed il motivo più frequente di invalidità. Un trattamento rapido aiuta a salvare vite e a evitare danni permanenti.

Quanti tipi di Ictus esistono ? Sostanzialmente due tipi di ictus: l'ictus ischemico e l'ictus emorragico. In entrambi i casi spesso si presentano gli stessi sintomi. Si parla di infarto ischemico cerebrale (75% dei casi) quando un vaso sanguigno si occlude e si blocca acutamente la vascolarizzazione al cervello. Più raro è l'infarto emorragico cerebrale (15% dei casi) in cui un vaso sanguigno scoppia ed il tessuto viene danneggiato a tale livello.



85 % Ictus ischemico.



15% Ictus Emorragico.

Perché si verifica l'Ictus ischemico? Le cause più frequenti includono:

- la formazione di sangue coagulato (trombosi) all'interno dei vasi cerebrali danneggiati dall'aterosclerosi (accumulo progressivo di colesterolo, lipidi, tessuto fibroso e calcio all'interno del vaso)
- la formazione di coaguli pericolosi all'interno del cuore. In presenza di fibrillazione atriale (l'aritmia cardiaca più frequente) questi coaguli si mobilizzano dall'atrio del cuore sino al cervello dove bloccano la circolazione di uno più vasi.
- la formazione di un restringimento (stenosi) a livello della biforcazione carotidea e dell'origine della carotide interna. Questo vaso extracranico è frequentemente lesionato al suo interno dalla "placca aterosclerotica". Man mano che la placca cresce, il lume del vaso si riduce e diminuisce il normale apporto di sangue nei territori cerebrali a valle. Inoltre se la placca, in base alla sua consistenza e forma

(liscia, ulcerata, soft) si rompe, provoca il distaccamento di piccoli frammenti o trombi che occludono i piccoli vasi cerebrali.

Come faccio a riconoscere un ictus cerebrale? Nella maggior parte dei casi si presenta uno o più dei seguenti sintomi:

- paralisi improvvisa, disturbi della sensibilità o debolezza, di solito solo a un lato del corpo (viso, braccio o gamba)
- disturbi della parola o difficoltà a capire quanto viene detto
- cecità improvvisa (spesso solo da un occhio) oppure visione doppia
- forti vertigini con incapacità di camminare
- mal di testa improvviso, insolito e intenso

Se si presenta uno di questi segnali, bisogna allertare subito i soccorsi per un eventuale ricovero in un ospedale dotato di Stroke Center o Stroke Unit, specializzato nel trattamento di pazienti con ictus cerebrale.

In alcuni casi prima di un ictus si possono presentare dei “campanelli di allarme” con sintomi neurologici a veloce e completa risoluzione: gli Attacchi Ischemici Transitori (TIA). Questi eventi correlati ad una transitoria alterazione del flusso anche se possono sembrare benigni, suggeriscono al contrario di rivolgersi urgentemente al proprio Medico di famiglia o Neurologo per sottoporsi ad un’accurata visita clinica e ad eventuali accertamenti diagnostici per comprenderne rapidamente la causa.

Come si cura l’Ictus cerebrale? Il medico specialista per il trattamento dell’ictus è il Neurologo. Quest’ultimo oltre a diagnosticare la causa che ha portato all’ictus e ad offrire la miglior terapia medica si interfaccia con i Colleghi Neuroradiologi o Chirurghi vascolari in caso sia necessario mettere in atto procedure di rivascolarizzazione per salvare o prevenire la morte del tessuto cerebrale.

Come si diagnostica la placca carotidea? La presenza di una placca aterosclerotica a livello delle carotidi andrebbe esclusa in tutti i pazienti che presentino sintomi neurologici compatibili con un Ictus cerebrale. Inoltre tutti i pazienti affetti dai fattori di rischio dell’aterosclerosi (familiarità, ipertensione arteriosa, fumo, colesterolo alto, malattie del cuore, diabete) dovrebbero sottoporsi ad una visita di controllo con l’avanzare dell’età. La placca carotidea si può rilevare come un soffio all’auscultazione del collo e confermare mediante esame ultrasonografico ecocolor-Doppler dei tronchi sovraortici. In caso si osservi una placca “a rischio” è importante sottoporsi ad accertamenti specifici come l’angio-TAC (tomografia assiale computerizzata) o l’angio-RMN (risonanza magnetica) per confermare la tipologia della lesione ed eventualmente pianificare il trattamento più adeguato.

Quali sono i possibili trattamenti per prevenire e curare la placca carotidea? Non esiste una medicina che faccia guarire dall'ictus, né che cancelli le placche aterosclerotiche. La migliore strategia è la prevenzione primaria, bisogna cioè agire sui fattori di rischio che sono l'ipertensione arteriosa, il tabagismo, il diabete mellito, l'obesità e la dislipidemia. In presenza di placche ateromasiche può essere impostata una terapia volta a rendere il sangue più "fluidico" (terapia antiaggregante) e una specifica per ridurre il valore di colesterolo nel sangue (terapia statinica).

Nei casi in cui la placca continui a crescere in maniera progressiva e rapida provocando il restringimento di oltre l'80% del vaso o si presentino sintomi neurologici correlabili è indicato l'intervento di rimozione della placca.

Quali sono le tecniche invasive per trattare la placca carotidea? Esistono due tipi di trattamento, quello chirurgico (**endoarteriectomia** carotidea) e quello endovascolare (**stenting** carotideo).

L'intervento chirurgico chiamato "trombo-endoarteriectomia carotidea" (TEA) ha l'obiettivo di asportare fisicamente la placca dalla parete della carotide. L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o in anestesia generale. La procedura consiste nell'apertura dell'arteria carotide, la sua pulizia e chiusura in maniera diretta o con l'interposizione di un patch (sintetico o biologico) per allargare il vaso. Dovendo chiudere il vaso carotideo per poterlo aprire, la circolazione del cervello è garantita dal flusso sanguigno proveniente dalla carotide controlaterale e da un aumento controllato della pressione arteriosa. In caso questo non fosse sufficiente, il Chirurgo può inserire un piccolo tubicino che funge da bypass temporaneo garantendo la perfusione cerebrale.

In alternativa si può trattare la stenosi della carotide senza un vero e proprio intervento chirurgico ma dilatando l'arteria ristretta con un palloncino e posizionando un cilindro a rete metallica (stent) che mantenga aperto il lume del vaso ed eviti la mobilizzazione di piccoli frammenti che si possono formare schiacciando la placca. Questa procedura si chiama: angioplastica transluminale percutanea e stenting. In questo caso la procedura può essere eseguita a paziente sveglio con una puntura percutanea a livello femorale o a polso senza tagli chirurgici. Nonostante possa sembrare una procedura più semplice, anch'essa presenta difficoltà tecniche e rischi di complicanze per cui deve essere scelta in casi particolari caratterizzati da una favorevole anatomia.

Come si decide quale è il trattamento più idoneo? Non esiste un intervento migliore dell'altro.

La scelta tra una modalità e l'altra è viene effettuata attraverso una discussione multidisciplinare tra il Collega Neurologo, il Chirurgo vascolare ed il radiologo interventista che decideranno in maniera personalizzata a seconda delle caratteristiche del paziente quale sia il tipo di intervento più adatto al fine di garantire il minor rischio.

Come cambia la qualità della vita dopo l'intervento di TEA o Stenting? Nel giro di pochi giorni dalla procedura il paziente tornerà autonomo e quindi potrà tornare a casa. Dopo alcuni giorni di riposo, potrà riiniziare ad aver una vita normale, invariata rispetto a prima della procedura.

Tutti i pazienti dovranno impegnarsi per ridurre i fattori di rischio, assumere la terapia medica prescritta e sottoporsi a controlli clinici e strumentali seriati nel tempo. Il primo controllo sarà a circa 4 - 6 settimane dalla procedura e successivamente una volta all'anno al fine di monitorare la corretta "cicatizzazione" del vaso così come il regolare flusso sanguigno.

Si ringrazia la Fondazione Svizzera di Cardiologia per la collaborazione ed il contributo che hanno permesso la pubblicazione di questo opuscolo informativo.