

ICTUS: LA STRATEGIA DELLA SICVE PER ARGINARE LA PRIMA CAUSA DI INVALIDITÀ PERMANENTE

*In occasione del IV Congresso nazionale della SICVE - Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (L'Aquila 28 settembre-1 ottobre) vengono presentati i progressi della chirurgia in questo campo e la rapida guida della SICVE per **la più efficace prevenzione**.*

Il 6,5 per cento della popolazione italiana over 65 è colpita ogni anno da ictus. Nel 2008 si prevede che le vittime italiane dell'ictus saranno quasi un milione. L'ictus è la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di morte in Italia. Ma oggi sono a disposizione del chirurgo vascolare strumenti efficaci per fermarlo, primi fra tutti l'Endoarteriectomia carotidea e lo *stenting* medicato carotideo. Senza dimenticare la prevenzione.

Secondo quanto riportato nella più recente letteratura e sperimentato ogni giorno dai chirurghi vascolari dei centri appartenenti alla *Sicve*, la *Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare*, l'**endoarteriectomia carotidea (EA)**, riduce il rischio di ictus nei pazienti sintomatici con stenosi (restringimento arteria) pari o superiori al 70, in questi casi i trial internazionali hanno concordato che il miglior trattamento medico (cioè farmacologico, associato a norme dietetiche e a correzione di tutti i possibili fattori di rischio) non è in grado di raggiungere lo stesso risultato in termini di prevenzione dell'ictus che si ottiene con l'EA.

“L'endoarteriectomia carotidea consiste nell'aprire chirurgicamente la carotide ed eliminare direttamente dall'interno la placca aterosclerotica”, spiega **Giancarlo Bracale**, *Direttore della Cattedra di Chirurgia Vascolare e dell'Università degli Studi di Napoli, Federico II e vicePresidente SICVE*. “Tale intervento – continua Bracale - potrebbe portare in breve a rendere più rosee le previsioni che porterebbero nel 2008 il numero dei pazienti colpiti da ictus cerebrale a quasi un milione. Sulla base dei risultati clinici il numero di interventi di EA carotidea è, infatti, progressivamente aumentato negli anni, tanto da diventare la procedura di chirurgia vascolare più frequentemente praticata (150.000 interventi/anno in USA, 100.000/anno in EU, 20.000/anno in Italia)”.

L'alternativa meno invasiva, all'EA carotidea è l'impianto di **stent carotideo**, intervento mininvasivo che prevede di entrare con un catetere nella carotide ed applicare al suo interno una retina metallica che espandendosi schiaccia la placca aterosclerotica contro la parete della carotide dilatandone così il lume precedentemente ristretto. Tale procedura, praticata per la prima volta nel

1977 da Mathias, inizialmente ha presentato risultati meno favorevoli dell'endoarteriectomia carotidea. Con l'introduzione dei sistemi di protezione cerebrale e dei cateteri a basso profilo, la metodica è andata diffondendosi, con risultati sempre più favorevoli. Solo nel 2004 è apparso in letteratura uno studio che ha evidenziato i vantaggi in pazienti ad alto rischio, quali quelli affetti da coronaropatia e candidati ad un intervento di rivascolarizzazione miocardica.

“L'intervento con *stent* - commenta Bracale - sta aprendo scenari futuri sempre più interessanti: elimina l'incisione chirurgica e il rischio di lesione dei nervi cranici, permette un più rapido recupero del paziente e riduce notevolmente il periodo di ospedalizzazione”.

Esistono tuttavia ancora alcuni limiti legati all'applicazione degli *stent*.

Spesso, ad esempio, il trattamento endovascolare non risulta praticabile sia per la tortuosità dei vasi sia per la presenza di materiale trombotico all'interno dei vasi, o di lesioni delle pareti dei vasi che rendono difficile l'accesso. Un altro problema legato all'utilizzo di *stent* consiste nella proliferazione di tessuto cellulare all'interno dello *stent* stesso e quindi l'aumento di rischio di 'restenosi'. Per questo motivo è in valutazione l'uso di *stent* medicati o a rilascio di farmaco 'anti proliferazione' anche per il trattamento delle lesioni carotidiche, essendo stato dimostrato un beneficio in altri distretti.

Pertanto l'endoarteriectomia carotidea rimane attualmente il *gold standard* nel trattamento delle stenosi carotidiche, senza differenze tra pazienti considerati ad alto e basso rischio.

“In futuro grazie all'aumento di interventi di endoarteriectomia carotidea e lo sviluppo tecnologico degli *stent*, l'ictus potrebbe lentamente scendere nella terribile graduatoria delle principali cause di mortalità del nostro Paese” conclude Bracale.

Epidemiologia. Nei Paesi industrializzati l'ictus è la terza causa di morte dopo l'infarto miocardico ed il cancro (10-12 per cento dei decessi/anno; 400.000/anno in Europa).

In Italia rappresenta la seconda causa di morte e la prima di invalidità permanente; la prevalenza è del 6,5 per cento nella popolazione oltre i 65 anni, in misura equivalente ad altri paesi ad alto tenore di vita.

Nella popolazione italiana la prevalenza stimata nel 1990 era di circa 730.000 soggetti, destinata a salire ad oltre 950.000 casi nel 2008 (ad incidenza e mortalità costante).

L'incidenza cresce progressivamente con l'età fino a un massimo negli ultraottantenni e, tranne che in questi ultimi, è maggiore nei maschi. In Italia si sono registrati 186.000 nuovi casi nel 2001 e sono previsti oltre 206.000 casi nel 2008 .

L'incremento previsto della prevalenza è dovuto più che ad un aumento dell'incidenza, alla più lunga sopravvivenza dopo l'ictus, conseguente al miglioramento dei trattamenti in fase acuta

(mortalità : 20 per cento ; invalidità : 30-40 per cento).

Per quanto riguarda l'eziologia, l'85 per cento degli ictus è di natura ischemica, mentre il restante 15 per cento è di natura emorragica.

CONSIGLI DELLA SICVE PER LA PIÙ EFFICACE PREVENZIONE

I fattori di rischio principali , oltre che l'età, sono il fumo (15 per cento), la dislipidemia (fino al 40 per cento), il diabete (15 per cento), l'ipertensione arteriosa (40 per cento), l'iperomocisteinemia.

Muoversi ogni giorno almeno 30 minuti: l'attività fisica moderata (anche solo una passeggiata di 30 minuti) riduce il rischio di ictus rispetto all'inattività. L'effetto sembra maggiore nei maschi. **Un'attività fisica intensa non sembra conferire una protezione maggiore rispetto a quella moderata.** L'attività fisica influenza diversi parametri coinvolti nell'aterogenesi e nel rischio di ictus: riduce la pressione arteriosa, il peso, l'aggregabilità piastrinica; aumenta il colesterolo HDL e la sensibilità all'insulina; migliora la tolleranza al glucosio.

Attenzione al dosaggio dei grassi nella dieta: contenere il consumo di grassi al di sotto del 30 per cento dell'energia totale, di cui la quota più consistente deve essere rappresentata dai grassi monoinsaturi (11-17 per cento), garantendo un buon apporto di acidi grassi poliinsaturi (6-10 per cento). Il consumo di alimenti ricchi in fibra alimentare svolge un ruolo protettivo nei confronti della mortalità per ictus negli uomini.

No ai grassi saturi nella dieta: l'eccessivo apporto di grassi saturi interagisce con fattori correlati al rischio di ictus, attraverso l'aumento della colesterolemia, un possibile aumento del peso corporeo, e, probabilmente, un effetto negativo sulla pressione arteriosa. A sostegno di questi dati è possibile considerare i risultati ottenuti nel *Finland Large Intervention Study*, in cui la diminuzione dell'introito di grassi saturi ha portato ad una significativa riduzione della mortalità per ictus. I grassi saturi sono per lo più quelli di origine animale come ad esempio il burro e il lardo.

Sì ai grassi insaturi: un'azione protettiva è stata dimostrata sia per i grassi monoinsaturi sia per i grassi poliinsaturi. In relazione ai *grassi monoinsaturi*, le evidenze più significative riguardano il ruolo dell'acido oleico e palmitoleico la cui azione è associata ad un decremento nella produzione di colesterolo LDL. Inoltre essi presentano una elevata stabilità nei confronti dei danni derivanti dai processi perossidativi. Il ruolo protettivo nei confronti dell'ictus ischemico legato al consumo di

grassi poliinsaturi, in particolare all'acido linoleico e alla serie omega-3, è invece mediato da effetti legati alla variazione di alcune caratteristiche emodinamiche. Esse includono la diminuzione della viscosità del sangue, la riduzione dell'aggregazione piastrinica, il rallentamento nella crescita della placca aterosclerotica. Inoltre, i grassi poliinsaturi, se sostituiti ai saturi, abbassano i livelli di colesterolo totale e di trigliceridi plasmatici. I grassi insaturi sono quei grassi di origine vegetale, ad esempio l'olio di oliva, ma anche quelli che si trovano nel pesce come gli omega 3.

Sì alla Vitamina C e al Beta Carotene: un equilibrato apporto di *antiossidanti* con la dieta appare associato ad un effetto protettivo ed a una ridotta incidenza di ictus, come evidenziato in più studi. Ciò vale in particolare per la *vitamina C* e il *beta-carotene*, mentre i dati riguardanti la relazione tra *vitamina E* ed ictus sono più contraddittori.

Si a folati e vitamine del gruppo B: si possono ridurre i livelli di omocisteina, un documentato fattore di rischio per l'ictus, attraverso adeguati apporti di folati e di vitamine del gruppo B, in particolare le vitamine B₆ e B₁₂.

Controllo dell'ipertensione arteriosa: Ace inibitori o calcio antagonisti permettono di ridurre l'*ipertensione arteriosa*, che è presente in almeno il 40-50% dei pazienti colpiti da ictus.

Controllo del colesterolo: la riduzione della colesterolemia con statine, secondo un recente pazienti, è risultata efficace nel ridurre mediamente il rischio relativo di ictus del 19 per cento.

Stop al fumo: smettere di fumare riduce il rischio di ictus, ma esso rimane più elevato per 5-10 anni in confronto ai non fumatori.

L'ictus è anche una delle complicanze principali del diabete. Per la sua prevenzione il trattamento non-farmacologico di primaria importanza è quello dietetico che consente di migliorare il quadro glicemico ma anche quello metabolico generale. Il controllo del peso corporeo è fondamentale, così come il trattamento farmacologico imperniato sostanzialmente sull'impiego degli antiaggreganti piastrinici. Il controllo glicemico sembra essere significativo anche per la prevenzione delle complicanze macrovascolari e dell'ictus in particolare. Una riduzione di 1 punto percentuale dei valori dell'emoglobina glicosilata può determinare una riduzione di circa il 40 per cento dell'incidenza dell'ictus.

Prevenzione Secondaria

Dopo l'intervento chirurgico devono essere prescritte raccomandazioni per la riduzione dei fattori di rischio per l'arteriosclerosi. Queste ricalcano le norme indicate per la prevenzione primaria, ed in special modo la cessazione del fumo, la terapia antiaggregante piastrinica, il controllo dell'ipertensione arteriosa, la riduzione della colesterolemia, il controllo della malattia diabetica.

Per ulteriori informazioni:

Valentina Alfieri

Ufficio Stampa OSC healthcare
tel. 02 43912386
fax. 02 700519125
cel. 346 0152728
e-mail: valfieri@oscbologna.com