

Come prevenire gli eventi ischemici successivi a un TIA?

Un mio paziente di 84 anni ha avuto due episodi di TIA a distanza di un anno uno dall'altro; in entrambi i casi si è trattato di un'ipostenia dell'arto superiore destro con disartria e confusione mentale, risolti completamente nell'arco di una giornata. Il paziente è un iperteso solo sistolico borderline, già in terapia antiaggregante per una fibrillazione atriale; io non ho ritenuto, data l'età, di passare a un anticoagulante o di aggiungere altri farmaci o indagini. Mi chiedo quale atteggiamento possa condizionare positivamente la prognosi.

La possibilità di avere un ictus entro una settimana riguarda addirittura il 10 per cento dei pazienti che ha avuto un TIA. In Gran Bretagna è stata esplorata l'urgenza di cogliere questa prima finestra sottoponendo tutti i soggetti a terapia specifica. Nella prima fase dello studio i medici curanti erano invitati a fissare un appuntamento per tutti i soggetti con sospetto attacco ischemico transitorio presso una clinica specialistica che suggeriva poi loro per fax il trattamento farmacologico idoneo. Nella seconda fase dello studio i pazienti venivano immediatamente posti in terapia dal centro. La ricorrenza di ictus era del 10 per cento nella prima fase e del 2 per cento nella seconda. Gli interventi attuati erano: acido acetilsalicilico, clopidogrel o entrambi; simvastatina, antipertensivi; anticoagulanti se indicato. L'indicazione all'endoarterectomia carotidea è stata posta in casi rari. Il manifestarsi di un TIA in una fibrillazione atriale renderebbe opportuno il passaggio dall'antiaggregante all'anticoagulante e andrebbe perseguito la normalizzazione della pressione arteriosa. Lo studio suggerisce la validità di un pronto intervento farmacologico, ma non stabilisce con chiarezza quale e non precisa se l'assetto completo di prevenzione secondaria sia stato prescritto più frequentemente dai curanti nella prima fase o dal centro nella seconda.

◆ Rothwell PM et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS Study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet* 2007; 370: 1432.

Il paziente è catatonico oppure ha un attacco ischemico cerebrale?

Una mia paziente ottantenne, da molto tempo affetta da disturbo bipolare, ha visto, nel corso degli anni, mutare le manifestazioni di malattia: sia la depressione sia il periodo maniacale sono più sfumati e sono soverchiati dalle manifestazioni di demenza: la paziente non riconosce la propria casa o attribuisce relazioni di parentela erranee a chi le sta attorno. Ultimamente ha presentato almeno quattro episodi, della durata di 24 ore, di assenza di risposta agli stimoli e impossibilità a muoversi e ad alimentarsi che io ho interpretato come una nuova manifestazione della sua malattia psichiatrica, stavolta in catatonìa. Mi resta però il dubbio che possa invece trattarsi di attacchi ischemici transitori.

Quando gli eventi ischemici transitori danno segni focali, come un'emiparesi, una difficoltà nell'articolazione della parola o un'amaurosi fugace, cadono nella definizione di TIA (Transient Ischemic Attack); a volte però compaiono sintomi neurologici non focali (disturbo della coscienza, amnesia, instabilità dell'equilibrio) transitori e non spiegati. Anche quando sono possibili altre spiegazioni (in questo caso, psicosi e demenza), è prudente ritenere possibile la spiegazione circolatoria, in considerazione del rischio di ictus futuro che nei pazienti con disturbi neurologici non focali è accresciuto (HR 1,56), seppure in misura minore che non in quelli con TIA (HR 2,48), come prova uno studio popolazione su 6.000 soggetti di età superiore ai 55 anni, senza IMA, ictus o demenza in anamnesi. Stando ai dati dello studio, la demenza può essere la causa, ma anche l'effetto della situazione vascolare cerebrale: chi soffre di attacchi neurologici non focali transitori rischia lo sviluppo di una demenza in misura maggiore di chi non li ha (HR 1,59). Lo studio citato è preliminare, avendo soprattutto il merito di identificare il fenomeno; lascia però inevase le domande sulla possibile terapia o sul tipo di sorveglianza che va attuata in questi soggetti (si veda al proposito anche la risposta a lato).

◆ Bos MJ et al. Incidence and prognosis of transient neurological attacks. *JAMA* 2007; 298: 2877.