

Accidente ischemico cerebrale e retinico transitorio

O. Fleury, I. Sibon

L'incidente ischemico transitorio (TIA) è una perdita focale e transitoria di una funzione cerebrale o retinica, di comparsa brutale, interamente regressiva e senza segni di infarto alla diagnostica per immagini cerebrali. Esso rappresenta un segnale d'allarme e richiede una gestione in urgenza assoluta in un ambiente specialistico. Infatti, il 20-30% degli incidenti ischemici costituiti (AIC) è preceduto da TIA e il 10% dei TIA andrà incontro a un AIC entro tre mesi, in assenza di una gestione terapeutica precoce. Dopo conferma del TIA mediante l'interrogatorio, sono necessari un esame clinico rigoroso e una diagnostica per immagini cerebrali, in quanto le diagnosi differenziali sono numerose. Una valutazione rapida dell'eziologia dovrà essere realizzata per iniziare senza ritardi il trattamento adeguato. Gli esami complementari ricercheranno principalmente un'aterosclerosi delle arterie intra- o extracraniche, una sorgente cardiaca o aortica di embolia, una microangiopatia cerebrale e, più raramente, una dissecazione. Il trattamento antitrombotico dipenderà dalla causa del TIA. Infine, il TIA è spesso testimonianza di una malattia aterosclerotica generalizzata, il che giustifica la ricerca di una coronaropatia e di un'arteriopatia obliterante degli arti inferiori e il trattamento dei principali fattori di rischio associati.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Accidente ischemico transitorio; Urgenza neurologica; Prevenzione cardiovascolare

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1	■ Trattamento	9
■ Definizione	1	In urgenza	9
■ Epidemiologia	2	Prevenzione secondaria	10
■ Screening e diagnosi	2	■ Conclusioni	11
Generalità	2		
Durata dei sintomi	2		
Ripetizione degli episodi	2		
Segni clinici	2		
Esame clinico	3		
■ Diagnostica per immagini cerebrali	3		
■ TIA e biomarker	4		
■ Rischio di infarto cerebrale	5		
■ Diagnosi differenziale	5		
Epilessia focale	5		
Emicrania con aura	5		
Ipoglicemia e disturbi metabolici	5		
Angiopatia amiloide	5		
Ictus amnesico	5		
■ Diagnosi eziologica	5		
Comprendere il meccanismo	5		
TIA per occlusione arteriosa	6		
TIA per riduzione di flusso senza occlusione arteriosa	6		
Bilancio eziologico	6		
■ Predire il rischio di recidiva	8		
Predire a lungo termine	9		
Predire la gravità delle recidive	9		
Predire la diagnosi di certezza	9		

■ Introduzione

L'incidente ischemico transitorio (TIA) è una perdita focale e transitoria di una funzione cerebrale o retinica, di comparsa brutale, di origine ischemica, interamente regressiva e senza segni di infarto alla diagnostica per immagini cerebrali. Esso rappresenta un segnale d'allarme importante che indica che il paziente è ad alto rischio di sviluppare un infarto cerebrale costituito entro il breve termine. Una volta posta la diagnosi di TIA, deve essere realizzato in urgenza un bilancio eziologico, il che permetterà l'instaurazione di una strategia terapeutica di prevenzione secondaria adeguata.

■ Definizione

La definizione del TIA è notevolmente progredita nel corso degli ultimi anni, in particolare a causa dello sviluppo dell'esplorazione del parenchima cerebrale mediante risonanza magnetica (RM). La definizione iniziale del TIA, ammessa negli anni 1950-1960, si basava sulla risoluzione totale dei segni clinici in meno di 24 ore. Questo limite di 24 ore era arbitrario. Essa era stata sviluppata soprattutto con l'obiettivo di omogeneizzare gli studi epidemiologici e gli studi terapeutici realizzati in questi pazienti. Nel corso

degli ultimi anni, numerosi studi hanno mostrato che la maggioranza dei TIA durava meno di 60 minuti e che, quando il deficit persiste per più di un'ora, la probabilità di recupero in meno di 24 ore è inferiore al 15%. In pratica, il TIA dura generalmente meno di 30 minuti e, il più delle volte, alcuni secondi o alcuni minuti. Parallelamente a questi dati clinici, lo sviluppo di nuove tecniche di diagnostica per immagini cerebrali, TC e RM, ha permesso di rivelare che il 15-20% dei pazienti che presentano un TIA secondo la definizione classica ha un infarto costituito alla TC e più di un terzo una lesione visibile sulla RM di diffusione. Così, nel 2002, Albers et al. hanno ridefinito il TIA come un episodio breve di disfunzione neurologica causato da un'ischemia retinica o cerebrale focale con dei sintomi neurologici che durano caratteristicamente meno di un'ora e senza evidenza di un infarto cerebrale alla diagnostica per immagini^[1]. L'apporto determinante della RM di diffusione nell'individuazione precoce delle lesioni ischemiche cerebrali ha, d'altronde, condotto alcuni autori a proporre recentemente una nuova definizione che non tiene più conto della durata dei sintomi ma unicamente della presenza o dell'assenza di un infarto costituito alla diagnostica per immagini cerebrali. Così, il TIA può oggi essere definito come: «un episodio breve di disfunzione neurologica causato da un'ischemia retinica o cerebrale focale con dei sintomi neurologici totalmente risolutivi al momento dell'esame e senza evidenza di un infarto cerebrale alla diagnostica per immagini»^[2]. È stato, peraltro, proposto recentemente il termine di sindrome neurovascolare acuta, per analogia con quello di sindrome coronarica acuta utilizzato nella patologia ischemica miocardica.

■ Epidemiologia

La diagnosi di TIA può essere difficile, in quanto essa si basa unicamente sui dati dell'interrogatorio. Questa difficoltà diagnostica spiega la variabilità di incidenza osservata tra alcuni studi. Tuttavia, si stima che l'incidenza dei TIA sia dell'ordine di 1 per 1000 abitanti per anno (1,08; IC [intervallo di confidenza] 95%: 0,95-1,21)^[3]. Questa incidenza varia in funzione delle aree geografiche, così lo studio OX-VASC condotto dal 2002 al 2004 ha identificato un'incidenza di 0,96 per 1000 abitanti per anno in ambiente rurale e di 0,6 per 1000 abitanti per anno in ambiente urbano^[4]. Essa aumenta anche con l'età e sarebbe di 6,41 per 1000 abitanti per anno nei pazienti di più di 85 anni^[5]. Le recenti modificazioni della definizione del TIA potrebbero, d'altra parte, essere responsabili di una riduzione dell'incidenza dei TIA dell'ordine del 30%. Comunque, nonostante questa nuova definizione, nessuna riduzione dell'incidenza dei TIA è stata segnalata a tutt'oggi. È probabile che l'invecchiamento della popolazione sia responsabile di un aumento progressivo dell'incidenza dei TIA. D'altra parte, la moltiplicazione delle campagne di informazione contribuisce probabilmente a un miglioramento del riconoscimento dei sintomi da parte dei pazienti, i quali sono portati a sottoporsi a visita mentre questi sintomi erano precedentemente trascurati. I TIA sono più frequenti negli uomini che nelle donne (rapporto fra i sessi = 3/2) e insorgono, nel 75% dei casi, in pazienti di più di 65 anni. Come per gli infarti cerebrali (IC), esiste una prevalenza dei TIA nel territorio carotideo. Si stima che vi siano otto TIA in territorio carotideo per due in territorio vertebrobasilare. Infine, i fattori di rischio sono identici a quelli degli IC, dominati dall'ipertensione arteriosa, che moltiplica il rischio per quattro.

■ Screening e diagnosi

Generalità

Il TIA è una diagnosi che può essere difficile, in quanto il medico è raramente testimone dell'incidente e i sintomi sono, di solito, regrediti al momento della prima valutazione clinica. Si tratta, quindi, il più delle volte, di una diagnosi di interrogatorio. La comparsa rapida, di solito in meno di due minuti, di manifestazioni neurologiche deficitarie è un precedente importante per sospettare un'origine vascolare dei sintomi. La scarsa

Tabella 1.

Accidente ischemico transitorio probabile.

Instaurazione rapida, di solito in meno di due minuti, di uno o più dei seguenti sintomi	
Sintomi suggestivi di un TIA carotideo (circolo anteriore)	Cecità monocolare Disturbi del linguaggio (afasia) Disturbi motori e/o sensitivi monolaterali che interessano la faccia e/o gli arti ^a
Sintomi suggestivi di un TIA vertebrobasilare	Disturbi motori e/o sensitivi bilaterali o a bascula da un episodio all'altro, che interessano la faccia e/o gli arti Perdita di vista in un emicampo visivo omonimo (emianopsia laterale omonima ^b) oppure nei due emicampi visivi omonimi (cecità corticale)

^a Questi sintomi indicano, il più delle volte, un'ischemia del territorio carotideo, ma, in assenza di altri segni, non è possibile distinguere tra una lesione carotidea e una lesione vertebrobasilare.

^b L'emianopsia laterale omonima può essere osservata anche nei TIA (accidenti ischemici transitori) carotidei.

Tabella 2.

Accidente ischemico transitorio possibile.

Uno dei seguenti sintomi, se è isolato ^a :
- vertigine
- diplopia
- disturbo della deglutizione (disfagia)
- disartria isolata
- perdita dell'equilibrio
- sintomo sensitivo che interessa solo una parte di un arto o della faccia
- drop attacks

^a L'associazione di questi sintomi permette di porre la diagnosi di TIA (accidente ischemico transitorio) probabile.

riproducibilità interosservatore (kappa di 0,65-0,77) della diagnosi di TIA quando gli osservatori utilizzano una «check-list» (serie comune di domande espresse in un linguaggio semplice, piuttosto che i criteri dell'Ad Hoc Committee for Stroke) illustra la relativa complessità di questa diagnosi^[6]. Tale difficoltà è ancora più importante se si considera l'identificazione del territorio presunto (carotideo contro vertebrobasilare; kappa = 0,31).

Durata dei sintomi

Si stima che circa un quarto dei TIA duri meno di cinque minuti, il 40% meno di 15 minuti, il 50% meno di 30 minuti e il 60% meno di un'ora e che solo il 14% abbia una durata superiore alle 6 ore^[7]. D'altronde, meno di un paziente su sei che hanno dei sintomi persistenti al di là di un'ora avrà una risoluzione completa delle sue manifestazioni nelle 24 ore.

Ripetizione degli episodi

Il TIA può essere unico o, nei due terzi dei casi, ripetersi. I TIA che si ripetono in modo ravvicinato, a una frequenza che va «crescendo» (più di due in 24 ore o di tre in 72 ore), richiedono una gestione particolarmente urgente a causa del rischio elevato di IC a cui essi sono associati.

Segni clinici

L'Ad Hoc Committee for Stroke (1975) ha definito dei criteri per la diagnosi dei TIA carotidei e vertebrobasilari. La presenza di una o più di queste manifestazioni cliniche permette di stabilire le nozioni di TIA probabile o possibile, ma, anche, poco probabile (Tabella 1-3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3049350>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3049350>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)