



*A cura del prof. Danilo Toni, Associato in Neurologia, Direttore Unità di Trattamento Neurovascolare Policlinico Umberto I di Roma*



Le novità nell'ambito della patologia cerebrovascolare riguardano i trattamenti di riperfusione nella fase acuta dell'ictus ischemico. Quest'anno sono stati pubblicati due trial, il DAWN (DWI or CTP Assessment with Clinical Mismatch in the Triage of Wake-Up and Late Presenting Strokes Undergoing Neurointervention with Trevo) e il DEFUSE 3 (Endovascular Therapy Following Imaging Evaluation for Ischemic Stroke) che hanno studiato la possibilità di sottoporre a rivascolarizzazione meccanica (la cosiddetta trombectomia) pazienti con ictus ischemico visti per l'ultima volta in buona salute da 16 a 24 ore prima.

I pazienti da trattare sono stati selezionati utilizzando tecniche avanzate di neuroimmagini, ovvero la TC di perfusione o la RM con sequenze in diffusione e perfusione. In questo modo sono stati evidenziati pazienti che avevano una lesione già consolidata non troppo estesa e un'area ischemica con ridotta perfusione ematica ma non ancora irreversibilmente danneggiate, la cosiddetta penombra ischemica teoricamente recuperabile.



Prof. Danilo Toni

Entrambi gli studi hanno dimostrato che con queste modalità di indagine è possibile identificare pazienti con penombra ischemica anche dopo molte ore dal teorico esordio dei sintomi e che è possibile ricanalizzare le arterie occluse con esito clinico favorevole in circa il 45-50% dei casi.

Va comunque sottolineato che quasi il 90% dei pazienti del trial DAWN e circa il 65% dei pazienti del trial DEFUSE 3 avevano un ictus al risveglio o verificatosi in assenza di testimoni, per cui è anche possibile che la reale ora d'esordio dell'evento non fosse così remota rispetto al momento di esecuzione delle neuroimmagini.

Un altro trial pubblicato quest'anno, il trial WAKE-UP STROKE, ha valutato efficacia e sicurezza della trombolisi farmacologica in pazienti con ictus al risveglio, identificando quelli trattabili in base alla presenza di una lesione visibile alla RM in diffusione e non visibile alla RM in FLAIR (una sequenza che tende a positivizzarsi dopo molte ore dall'esordio dell'ictus). Anche in questo caso, i pazienti così selezionati si sono giovati della trombolisi, con un buon recupero funzionale nel 74% dei casi, contro il 65% dei pazienti placebo.

Infine, sempre quest'anno è stato pubblicato il trial EXTEND-IA TNK, nel quale pazienti eleggibili sia a trombolisi farmacologica che a trombectomia meccanica, sono stati randomizzati a terapia con alteplase (il trombolitico attualmente usato di routine) o con tenecteplase (un altro trombolitico con una più lunga durata d'azione) prima di esse e portati in sala angiografica.

Il risultato interessante è che al momento dell'angiografia il 22% dei pazienti trattati con tenecteplase era già completamente ricanalizzato, così da non necessitare di trombectomia, contro il 10% dei pazienti trattati con alteplase. Se confermato in studi più ampi, questo dato favorirebbe l'uso del tenecteplase in pazienti candidati alla trombectomia, per la possibilità di ridurre il ricorso a questa.