Nuove linee guida per la prevenzione primaria dell'ictus

Data 19 luglio 2006
Categoria cardiovascolare

L'American Heart Association e l'American Stroke Association hanno licenziato le linee guida per la prevenzione primaria dello stroke che aggiornano le precedenti del 2001.

I fattori di rischio per lo stroke sono stati suddivisi in fattori non modificabili, potenzialmente modificabili e modificabili. I fattori di rischio non modificabili sono l'età (il rischio raddoppia ogni 10 anni dopo i 55 anni), il sesso, la razza, la storia familiare: lo stroke è più frequente negli anziani, negli uomini (al contrario il rischio è maggiore nelle donne dopo gli 85 anni e nella fascia 35-44 anni), negli afro-americani e in chi ha una anamnesi familare positiva per stroke. Inoltre anche un basso peso alla nascita sembra essere un fattore di rischio ovviamente non modificabile: chi alla nascita pesava meno di 2500 grammi ha un rischio doppio di chi pesava meno di 4000 grammi. I fattori di rischio modificabili sono l'ipertensione, il fumo attivo e passivo, la mancanza di attività fisica, il trattamento inadeguato della fibrillazione atriale, delle arteriopatie carotidee e dello scompenso cardiaco. Anche l'esistenza di una patologia aterosclerotica in altri distretti aumenta il rischio di stroke. Si raccomanda di valutare il rischio di stroke usando i vari strumenti a disposizione come per esempio di Framingham Stroke Profile e di trattare con statine i pazienti diabetici ad alto rischio. In più le linee guida consigliano di eseguire uno screening con ecodoppler carotideo nei bambini con falcemia all'età di due anni e considerare la terapia trasfusionale per quelli ad alto rischio di stroke. Anche gli adulti con falcemia dovrebbero essere screenati per i fattori di rischio tradizionali. Altri fattori di rischio potenzialmente modificabili sono l'apnea del sonno, la sindrome metabolica, l'abuso di alcol, l'uso di droghe e di contraccettivi orali associati al fumo. Per quanto riguarda l'apnea del sonno il rapporto ammette che non ci sono RCT che abbiano dimostrato che trattandola si riduce il rischio di stroke, anche se sappiamo che si può ridurre la pressione arteriosa. Le linee guida enumerano altri fattori di rischio emergenti come la flogosi, le infezioni, l'emicrania. Anche fattori nutritivi possono influenzare, riducendolo, il rischio di stroke: un ridotto apporto di sodio (< 2,3 g/die) ed elevato di potassio (> 4,7 g/die), folati (400µg/die) , vitamina B6 (1,7 mg/die), vitamina B12 (2,4 µg/die). Per questi motivi si raccomanda di aumentare il consumo di vegetali, frutta, legumi e pesce. Per quanto riguarda l'uso di apririna a basse dosi lo si consiglia nelle donne a rischio sufficientemente elevato mentre non ci sono abbastanza evidenze per raccomandarlo negli uomini, a meno che non si sia una documentata stenosi carotidea asintomatica. La endoarteriectomia caritidea deve essere presa in considerazione nei pazienti con stenosi severa (affidandosi ad un team chirurgico che garantisca un tasso ci complicanze post-operatorie basso, inferiore al 3%). Infine non si devono più usare gli estrogeni (con o senza progestinico) al fine di prevenire lo stroke.

Fonte: Stroke. Pubblicato online il 4 maggio 2006.

Commento di Renato Rossi

Questo aggiornamento sulle linee guida per la prevenzione primaria dello stroke ribadisce molti concetti che sono ormai patrimonio comune di conoscenza tra i medici, come l'adozione di uno stile di vita salubre, una dieta povera in grassi animali e sodio e ricca in vegetali, legumi e pesce, l'abolizione del fumo (e anche l'esposizione al fumo passivo viene ritenuta un fattore di rischio), il trattamento dell'ipertensione, dei singoli fattori che compongono la sindrome metabolica (ipercolesterolemia, intolleranza al glucosio, obesità), l'anticoagulazione nella fibrillazione atriale, il trattamento dei diabetici con statine in presenza di un altro fattore di rischio, ecc. Vengono introdotte anche alcune novità. Quelle più interessanti mi sembrano l'individuazione di nuovi fattori di rischio come l'emicrania, le infezioni e l'apnea notturna. Per l'apnea notturna le linee guida consigliano di far riferimento a medici specialisti della materia in quanto il suo trattamento ha dimostrato di riuscire a ridurre i valori della pressione arteriosa, anche se non ci sono ancora evidenze che trattare la sindrome riduca il rischio di stroke. Un'altra novità è il recepimento dei dati di una recente meta-analisi secondo cui l'asa in prevenzione primaria si comporta in maniera diversa per gli uomini (riduzione del rischio di infarto miocardico ma non di ictus) e per le donne (riduzione del rischio di ictus ma non di infarto miocardico). Per la verità nell'unico studio in cui l'asa era stato usato in prevenzione primaria nelle donne non c'era differenza tra gruppo trattato e gruppo controllo sull'end-point primario (infarto non fatale, stroke non fatale e decesso cardiovascolare) anche se l'analisi dei singoli sotto-endpoint mostrava una riduzione statisticamente significativa dello stroke del 17%. E' noto tuttavia che in questi casi il dato va interpretato con cautela. Infine un'ultima annotazione circa l'endoarteriectomia nei casi di stenosi carotidea asintomatica. Le linee guida consigliano l'intervento se la stenosi è marcata (generalmente > 60-70%) a patto che il chirurgo a cui ci si affida sia abile tanto da vantare un tasso di complicanze post-operatorie inferiore al 3%. In caso contrario i benefici sulla prevenzione dello stroke, rispetto al trattamento medico, vengono annullati dall'aumento della mortalità e delle complicanze a breve. Una scelta che non appare per nulla semplice, almeno nella pratica di tutti i giorni; infatti sarebbe necessario che i medici curanti potessero disporre di statistiche aggiornate che, per ogni unità vascolare, mostrasse il tasso di complicanze post-operatorie.

Bibliografia
1. Berger JS et al. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men
A Sex-Specific Meta-analysis of Randomized Controlled Trials . JAMA. 2006 Jan 18;295:306-313.
2. Ridker PM et al. A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in

Women
N Engl J Med 2005 Mar 31; 352: 1293-1304.