ANìMO CARE SHEET

Ictus Cerebrale: rischi e prevenzione

a cura di Lo Burgio Ignazia, Rapetti Roberta, Bertoncini Fabio, Di Berardino Stefania, Tesei Letizia, Clemente Domenico

Cosa sappiamo

L'ictus è una sindrome clinica, di presunta origine vascolare, caratterizzata dalla rapida insorgenza di deficit neurologici focali o globali che durano più di 24 ore o che portano alla morte[1].

L'85% degli ictus è di tipo ischemico, ovvero si verifica a causa di un'interruzione del rifornimento di sangue ad un'arteria del cervello, di solito causata da un trombo (coagulo) o embolo (derivante da altre parti del corpo). Il 10% degli ictus è di tipo emorragico, ovvero provocato da un'emorragia del parenchima cerebrale o del sistema ventricolare. Il rimanente 5% è causato da un'emorragia subaracnoidea[2].

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte a livello mondiale con circa 6 milioni di decessi ogni anno[3] e la prima causa di disabilità nell'adulto. Nel35% dei pazienti colpiti da ictus, globalmente considerati, residua una disabilità grave[4].

Ogni anno si verificano oltre 12 milioni di nuovi casi di ictus (un caso ogni 3 secondi). Si stima che circa il 25% della popolazione di età superiore ai 25 anni andrà incontro ad ictus nel corso della loro vita[3].

In Europa la spesa complessiva annua per i pazienti affetti da ictus è di 60 miliardi di euro[5] e nel mondo di 451 miliardi di dollari[6].

Contrariamente a quanto avviene nell'ictus, in un TIA si verifica un'interruzione temporanea dell'afflusso di sangue ad un'arteria cerebrale, con sintomi che durano meno di 24 ore[2].

Sono stati identificati numerosi fattori che aumentano il rischio individuale di ictus; tra questi vi sono fattori di rischio non modificabili, fattori modificabili, cardiovascolari e condizioni metaboliche e alcuni bio-marcatori.

Fattori di rischio non modificabili

• Genere: le donne hanno maggiori probabilità di avere un ictus rispetto agli uomini (53% vs 47%)[3].

• Età: il 62% di tutti gli ictus si verifica nei soggetti di età inferiore a 70 anni, mentre il 16% si verifica nelle persone di età compresa tra 15 e 49 anni[3].

• Etnia: i tassi di ictus sono più alti nei neri, negli ispanici e nei nativi americani rispetto ai bianchi; ciò è correlato ad una maggiore incidenza didiabete mellito ed ipertensione[7].
• Fattori genetici: una percentuale molto piccola di ictus è attribuibile a condizioni monogeniche. Sono stati identificati 12 loci di rischio per l'ictus ischemico e 2 loci di rischio per l'ictus emorragico[8].

Fattori di rischio modificabili
• L'uso del tabacco aumenta il rischio di ictus.
• Una dieta ad alto contenuto di colesterolo, grassi saturi e sodio, oltre chepovera in frutta e verdura aumenta il rischio di ictus[7,9].
• Inattività fisica aumenta il rischio di ictus fino al 30%[7,9].
• L'alcool e l'abuso di droghe possono aumentare la pressione sanguigna(BP), aumentando così il rischio di ictus[9].
• L'inquinamento ambientale, compreso l'inquinamento dell'aria prodotto in casa, è corresponsabile di circa un terzo dei casi di ictus a livello mondiale[10].

Condizioni cardiovascolari e metaboliche
• L'ipertensione aumenta il rischio di ictus di due volte.
• Il diabete mellito aumenta il rischio di ictus 1,8 volte nei pazienti di età superiore ai 75 anni di età e 5,6 volte in coloro che hanno 30-44 anni[9].
• In pazienti con entrambi i fattori di rischio diabete ed ipertensione, il rischio di ictus è aumentato di circa quattro volte[7,9].
• L'obesità, di solito definita dall'indice di massa corporea (BMI), è unfattore di rischio per l'ictus il cui rischio aumenta del 18% per ogni incremento di 5 kg/m^2 BMI[11].
• Individui che hanno avuto un attacco ischemico transitorio (TIA) o un ictus precedente hanno un rischio aumentato del 10-12% per l'ictus, soprattutto entro i primi 90 giorni dall'evento iniziale[7,9].
• Le condizioni cardiovascolari che aumentano il rischio di ictus includono malattia coronarica, storia di infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia delle arterie periferiche e fibrillazione atriale[7].
• La fibrillazione atriale sostenuta è l'aritmia cardiaca più comune, se non trattata rappresenta un fattore di rischio significativo, infatti è responsabile del ~ 20% di tutti gli ictus e aumenta il rischio di ictus di cinque volte; una coesistente insufficienza renale cronica aumenta ulteriormente il rischio di ictus[7].

Biomarcatori
• Alti livelli di colesterolo lipoproteico a bassa densità (colesterolo LDL, comunemente indicato come "colesterolo cattivo") e bassi livelli di colesterolo lipoproteico ad alta densità (colesterolo HDL, comunemente indicato come "colesterolo buono")aumentano il rischio di ictus[7].
• Alcuni biomarcatori sono specifici del sistema neurologico come l'enolasi neurone specifica, copeptina e proteina tau. Tuttavia a causa della loro limitata sensibilità e/o

specificità, non sono utilizzati nella pratica clinica per prevedere gli esiti di ictus. La combinazione di più biomarcatori (tra cui il complemento C3, la proteina C-reattiva ad alta sensibilità, il fattore di crescita degli epatociti, gli anticorpi anti-fosfatidilserina, ecc.) potrebbero migliorare la stratificazione del rischio di eventi avversi nei pazienti con ictus ischemico[12].

Cosa possiamo fare

L'infermiere riveste, senza alcun dubbio, un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria per la prevenzione dell'ictus.È necessario:

• Educare i pazienti alle strategie di prevenzione dell'ictus[3,9].

• Incoraggiare i pazienti a monitorare la pressione arteriosa[3,9].

• Incoraggiare i pazienti a smettere di fumare tabacco e limitare ilconsumo di alcol a meno di 2 bicchieri al giorno per gli uomini e meno di 1 bicchiere al giorno per le donne[3].

• Spiegare l'importanza dell'attività fisica, almeno 30 minuti 3 volte a settimana[3,9].

• Illustrare l'importanza di seguire un'alimentazione sana, seguendo la dieta mediterranea (dieta a base vegetale con diminuzione di latticini, grassi e zuccheri[13]) o la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ovvero una dieta a basso contenuto di grassi saturi, sodio e zuccheri e ricca di potassio, calcio, magnesio, fibre e proteine, in quanto possono ridurre gli eventi cardiovascolari incluso l'ictus, infarto del miocardio e mortalità per malattie cardiovascolari[14].

• Incoraggiare le pazienti in menopausa a parlare con il medico curante delrischio di ictus correlato alla terapia ormonale sostitutiva[7].

• Per poter ridurre il rischio di recidiva di ictus ischemico è necessario il supporto di un team multidisciplinare, finalizzato a cambiare le abitudini voluttuarie della popolazione (fumo, consumo eccessivo di alcol), favorendo una corretta alimentazione, un adeguato esercizio fisico e la compliance farmacologica[14].

• Educare i pazienti al riconoscimento precoce dei primi segni e sintomi di un ictus. Per ogni minuto di ritardo nell' intervento medico, si perdono circa 1,9 milioni di neuroni. Ciò potrebbe significare che il linguaggio, il movimento, la memoria e molto altro ancora possono essere influenzati[7].

Gli americani usano l'acronimo FAST per riconoscere i segni dell'ictus in modo rapido:

- F (Face, ossia, Faccia), paresi facciale: se la bocca appare storta, gli angoli "cadono" verso il basso o un lato non si muove come l'altro.
- A (Arms, ossia, Braccia), deficit motorio degli arti superiori: le braccia appaiono deboli e il soggetto non riesce a tenerle entrambe tese in avanti orizzontalmente.
- S (Speech, ossia, Linguaggio), difficoltà nel linguaggio: il soggetto non riesce a pronunciare frasi semplici e parla farfugliando.
- T (Time, ossia, Tempo): se è presente solo uno di questi segnichiamare i soccorsi.

Bibliografia

1. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE , Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study.

Bulletin of the World Health Organization. 1980;58(1):113-130.
2. Royale College of Physicians, National Clinical Guideline for stroke, 2016.
3. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0
4. SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento 2017.
5. Luengo-Fernandez R, Violato M, Candio P, Leal J. Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. Eur Stroke J. 2020;5(1):17-25. doi: 10.1177/2396987319883160.
6. Strilciuc S, Grad DA, Radu C, Chira D, Stan A, Ungureanu M, Gheorghe A, Muresanu. The economic burden of stroke: a systematic review of cost of illness studies. The Journal of Medicine. 2021;14(5):606–619. doi: 10.25122/jml-2021-0361.
7. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M,Turner MB. Heart disease and stroke statistics, 2016 updated: A report from the American Heart Association. Circulation, 133(4). doi: 10.1161/CIR.0000000000000350.
8. Chauhan G, Debette S. Genetic Risk Factors for Ischemic and Hemorrhagic Stroke. Curr Cardiol Rep. 2016; 18(12):124. doi: 10.1007/s11886-016-0804-z.
9. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Wilson JA. Guidelines for the prevention of stroke in patientswith stroke or transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke. 2014;45(7):2160-236. doi: 10.1161/STR.0000000000000024.
10. Vojvodic K, Todorovic J, Terzic Supic Z, Stojisavljevic S, Devleesschauwer B. The burden of ischemic stroke due to air pollution in ten European countries. Eur J Public Health. 2023;33(2). doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.230
11. Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration (BMI Mediated Effects). Metabolic mediators of the effects of body-mass index,overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: A pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants, Lancet. 2014;383(9921):970-83. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61836-X.
12. Zhenzhen Wang YH, Zhi-Xin Huang, Liu Z. Biomarkers and the outcomes of ischemic stroke. Front. Mol. Neurosci. 2023 Sec. Brain Disease Mechanisms 2023;16. doi.org/10.3389/fnmol.2023.1171101
13. Anderson P (2015). More evidence Mediterranean diet may reduce stroke risk. Medscape. Retrieved June 10, 2017.
14. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, Kamel H, Kernan WN, Kittner SJ. AHA/ASA GUIDELINE 2021. Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack A Guideline From the American Heart Association/American. Stroke. 2021; 52(7). doi: 10.1161/STR.0000000000000375.

©Associazione A.N.I.M.O. 2024