

## Ictus, nuove aree del cervello recuperabili

LINK: <https://www.milanofinanza.it/news/ictus-nuove-aree-del-cervello-recuperabili-201811091153311137>



Ictus, nuove aree del cervello recuperabili Diagnostica avanzata per curare pazienti in fase acuta di Elena Correggia Commenta Stampa Riduci carattere Ingrandisci carattere Vota 0 Voti Grazie a nuovi studi che si avvalgono di strumenti di diagnostica avanzata aumentano le possibilità di curare l'ictus ischemico in fase acuta. Le novità provengono da due ricerche pubblicate quest'anno e presentate in occasione del recente Congresso della **Società italiana di neurologia**. Si tratta dei trial Dawn e Defuse 3, che hanno analizzato la possibilità di sottoporre a rivascolarizzazione meccanica, la cosiddetta trombectomia, pazienti con ictus ischemico visti in buona salute da 16 a 24 ore prima. I pazienti sono stati selezionati dopo essere stati sottoposti a indagine attraverso una Tac di perfusione o una risonanza magnetica con sequenze in diffusione e perfusione. «Queste tecniche avanzate di neuroimmagini permettono infatti di individuare i pazienti con tessuto cerebrale sofferente ma non ancora necrotico e quindi salvabile», spiega il professor Danilo Toni, associato in neurologia, direttore dell'Unità di trattamento neurovascolare Policlinico Umberto I di Roma, «in particolare, la Tac mediante mezzo di contrasto riesce a visualizzare il flusso ematico all'interno del cervello, evidenziando le zone danneggiate a causa di una carenza importante di sangue, definite zona core o nucleo ischemico, e l'area ipoperfusa che invece non è ancora irreversibilmente danneggiata, la cosiddetta penombra ischemica, teoricamente recuperabile. Similmente, la risonanza magnetica in diffusione identifica la zona core, mentre la sequenza in perfusione quelle ipoperfuse. In aggiunta, la Tac permette anche di effettuare un'angiografia per valutare lo stato delle arterie e la localizzazione dell'occlusione». Gli studi citati hanno dimostrato che con questi esami è possibile identificare i pazienti con penombra ischemica anche dopo molte ore dal teorico esordio dei sintomi e sottoporli a una ricanalizzazione delle arterie occluse con esito favorevole in circa il 45-50% circa dei casi. È bene tuttavia precisare che quasi il 90% dei pazienti del trial Dawn e circa il 65% di quelli del trial Defuse 3 presentavano un ictus al risveglio, oppure verificatosi in assenza di testimoni, per cui è possibile che la reale ora d'esordio dell'evento non fosse così remota rispetto al momento di esecuzione delle neuroimmagini. Quest'anno è stato inoltre pubblicato lo studio Extend-ia Tnk che ha confrontato i risultati del trattamento con alteplase (il trombolitico attualmente usato di routine) rispetto a tenecteplase (un altro trombolitico con una più lunga durata di azione) somministrati in modo randomizzato in pazienti che erano candidabili sia alla cura con trombolisi farmacologica sia a trombectomia meccanica (ovvero soggetti nei quali l'ictus aveva avuto un esordio certo non più di 4 ore e mezza prima). Al momento della successiva angiografia è emerso che il 22% dei pazienti trattati con tenecteplase era già completamente ricanalizzato, e non necessitava più di trombectomia, contro il 10% dei soggetti trattati con alteplase. «Si tratta di uno studio pilota che, se confermato da studi su popolazioni più ampie finalizzati a raggiungere ulteriori risultati clinici, favorirebbe l'uso di tenecteplase in pazienti

candidati alla trombectomia, per la possibilità di ridurre il ricorso ad essa», precisa Toni, «Tenecteplase ha poi il vantaggio della somministrazione in un'unica iniezione. Laddove quindi il paziente dovesse comunque essere trasportato in un altro centro per essere sottoposto a trombectomia, questo farmaco renderebbe lo spostamento in autoambulanza più agevole, senza necessitare la sua somministrazione durante il trasporto». (riproduzione riservata)