

Prevenzione secondaria di ictus e TIA: il ruolo della medicina primaria

È al Mmg, più che allo specialista, che viene affidato il difficile compito di aiutare il paziente a prevenire nuovi eventi di ictus e TIA. Una recente review fornisce il quadro della situazione e fa il punto sulle più moderne indicazioni per svolgere al meglio questo delicato compito

Il Mmg si trova in una posizione di prima linea nell'aiutare il paziente con ictus o TIA a minimizzare il rischio di eventi ischemici successivi. La sfida è ardua, considerato che coloro che sono stati colpiti da un ictus presentano un rischio triplicato di recidiva nei successivi 3 mesi rispetto a quello stimato prima dell'evento e che i pazienti con un primo episodio di TIA hanno un rischio del 20% di incorrere in un ictus ipsilaterale entro 90 giorni dall'evento ischemico. Proprio la crucialità del ruolo del Mmg nella prevenzione secondaria di ictus e TIA costituisce l'argomento centrale di una recente review di Kirshner et al. (*Int J Clin Pract* 2007; 61: 1739-48) che fornisce un aggiornato quadro sulla funzione del medico di famiglia in questo ambito e offre una breve rassegna delle più moderne e accreditate strategie oggi a disposizione.

■ Un ruolo fondamentale

Da quanto emerge da una ricerca effettuata nel 2006 dalla Copernicus marketing consultant, i pazienti con ictus o TIA hanno come principale punto di riferimento il proprio medico di fiducia, sia durante che dopo l'evento ischemico. Secondo questa ricerca circa i due terzi dei pazienti con ictus o TIA non credono di essere a rischio; il risultato di questa percezione è che la maggioranza di essi non consulta un medico specificamente per la prevenzione secondaria. Nonostante la storia di eventi ischemici, il 26% dei pazienti con ictus e il 27% di quelli con TIA non assume una terapia preventiva.

Circa la metà dei pazienti che dopo l'evento ischemico si è rivolta a un medico, ha fatto riferimento al proprio Mmg; si tratta di una percentuale superiore a quella di coloro che si sono rivolti a un cardiologo o a un neurologo. Inoltre circa due terzi dei pazienti con ictus ritiene che il proprio medico di famiglia sia responsabile della prevenzione degli eventi futuri. Più della metà dei pazienti con TIA dichiara di aver discusso le opzioni di trattamento per la prevenzione secondaria di ictus/TIA col proprio medico.

■ Quale approccio?

Considerato l'elevato rischio di un nuovo evento aterotrombotico nei pazienti con ictus, è indispensabile che le misure di prevenzione secondaria vengano adottate il più precocemente possibile e mantenute a lungo termine. Il primo fondamentale passo è quello di gestire i fattori di rischio modificabili: stenting o angioplastica nei pazienti ad alto rischio con stenosi carotidea; modifica dello stile di vita e trattamento farmacologico con anti-pertensivi e/o ipolipemizzanti.

Le linee guida indicano come trattamento di scelta per la prevenzione delle recidive di ictus e TIA la terapia antiaggregante. Il trattamento anti-coagulante è raccomandato solo in specifiche situazioni, come per i pazienti con ictus o TIA ischemico cardioembolico con fibrillazione atriale persistente o parossistica (Sacco et al. *Stroke* 2006; 37: 577-617).

Le linee guida italiane (SPREAD: Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) raccomandano come farmaco di prima scelta per la

prevenzione secondaria di TIA e ictus ischemico non cardioembolico l'aspirina (100-325 mg/die) o, in alternativa, l'associazione ASA 50 mg/die più dipiridamolo a lento rilascio 400 mg/die (in Italia è da poco disponibile l'associazione, in un'unica capsula di gelatina dura, sotto il nome di Aggrenox, dispensato in classe A), che in diversi studi si è dimostrata più efficace di ASA da solo. È indicato clopidogrel come alternativa nel caso in cui ASA sia inefficace o non tollerato. Le linee guida statunitensi per la prevenzione secondaria in pazienti con TIA raccomandano la combinazione di dipiridamolo-ASA come opzione di prima scelta (Johnston et al. *Ann Neurol* 2006; 60: 301-13).

La scelta dell'antiaggregante non può prescindere dagli aspetti farmacoeconomici. Gli studi finora disponibili sembrano indicare che l'associazione dipiridamolo-ASA rappresenta una scelta costo-efficace, sia rispetto ad ASA che a clopidogrel (Shah et al. *Clin Ther* 2000; 22: 362-70; Pettigrew et al. *Pharmacother* 2001; 21: 452-63; NICE Technology appraisal guidance 90. <http://guidance.nice.org.uk/TA90/guidance/pdf/english>).

Gli studi in corso potranno fornire nuove informazioni preziose sulla prevenzione secondaria di ictus e TIA. Il più corposo di questi riguarda oltre 20.000 pazienti: il PROFESS (The PREvention Regimen for Effectively avoiding Second Strokes) sarà il primo confronto testa a testa tra clopidogrel e dipiridamolo-ASA nella prevenzione secondaria dell'ictus. I dati dello studio saranno presentati in occasione dell'European Stroke Conference, in programma a Nizza nel 2008.