

■ NEUROLOGIA

Profilassi secondaria dell'ictus ischemico non cardioembolico

■ Maurizio Paciaroni

Stroke Unit - Divisione di Medicina Cardiovascolare
Ospedale S. Maria della Misericordia - Università di Perugia

Nella profilassi secondaria dell'ictus ischemico di origine non cardioembolica, una delle principali complicanze trombotiche dell'aterosclerosi, il trattamento con antiaggreganti piastrinici si è dimostrato efficace e sicuro nel prevenire nuovi eventi.

Secondo le linee guida nazionali e internazionali la terapia antiaggregante piastrinica rappresenta, infatti, il trattamento di scelta in questa tipologia di pazienti.

Tra le varie opzioni terapeutiche a disposizione del medico tre sono quelle che vantano il maggior numero di studi condotti per testarne efficacia e sicurezza e, precisamente, l'ASA, il clopidogrel e l'associazione ASA e dipiridamolo.

Le linee guida nazionali e internazionali considerano le tre possibilità come equivalenti per profilo di efficacia e tollerabilità.

Nell'operare una scelta tra l'una o l'altra di queste strategie è necessaria una valutazione dei fattori di rischio che sono propri di ogni sin-

golo paziente (e che concorrono a determinare il suo profilo globale di rischio), considerare la tollerabilità di ogni singolo farmaco e, non ultimo, fare una valutazione dei costi associati ad ogni trattamento.

I pazienti ad alto rischio, in quanto presentano un aumentato rischio di patologia vascolare occlusiva

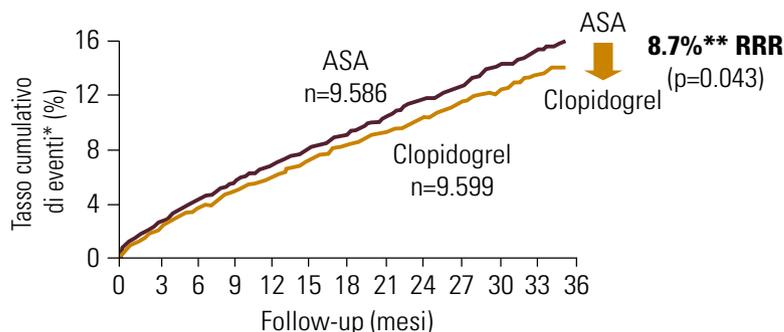
o perché la loro anamnesi riporta eventi precedenti (infarto miocardico acuto, storia di ictus ischemico o di attacco ischemico transitorio, arteriopatia obliterante periferica) costituiscono una categoria per la quale la terapia con clopidogrel ha ampiamente dimostrato la maggiore efficacia rispetto ad altre opportunità terapeutiche. Una fra tante dimostrazioni è quella che proviene dallo studio CAPRIE.

A dispetto del fatto che possono considerarsi "datati", i risultati di questo studio mantengono ancora oggi una grande attualità nella pratica clinica (figura 1).

Ciò che li rende ancora più interessanti nella pratica medica è la recente abolizione della necessità di compilare il piano terapeutico per clopidogrel, rendendone di fatto possibile la prescrizione a carico

Figura 1

Studio CAPRIE: beneficio di clopidogrel a lungo termine nella riduzione di eventi ischemici rispetto ad ASA



*Infarto miocardico, ictus ischemico, morte vascolare; **Analisi Intention-to-treat

CAPRIE Steering Committee. Lancet 1996; 348: 1329-1339

del SSN, da parte di tutti i medici, per tutte le indicazioni autorizzate dalla "scheda tecnica".

Ricordiamo che in base al piano terapeutico, compilato esclusivamente dallo specialista, clopidogrel poteva essere prescritto, oltre che nelle indicazioni cardiologiche, unicamente ai pazienti con una controindicazione per la terapia con ASA o con ticlopidina.

Quindi, la grande novità scaturita dall'abolizione del piano terapeutico si concretizza nell'"allargamento" del ventaglio di pazienti che possono beneficiare della somministrazione di clopidogrel, dove vengono inclusi, oltre ai soggetti con controindicazione ad ASA o ticlopidina, anche i pazienti con intolleranza e quelli con profilo di rischio elevato per pregresso infarto miocardico, altri eventi vascolari o storia di arteriopatia periferica obliterante.

Un'altra indicazione di grande valore pratico è quella che ne prevede l'uso in pazienti che, nonostante un trattamento antiaggregante con ASA, vanno incontro a recidive dell'ictus. Questo, che viene definito resistenza all'ASA, riguarda percentuali non indifferenti di pazienti (comprese tra 7 e 15%) ed è oggetto di estremo interesse da parte della comunità scientifica.

Ricordiamo infatti che la presenza di una documentata resistenza all'aspirina a livello laboratoristico, è legata ad una maggiore probabilità di eventi durante trattamento che comporta un livello peggiorati-

La recidiva di ictus nei pazienti trattati con ASA

- ▶ La recidiva di ictus varia tra il 5 e il 20 % all'anno ¹
- ▶ Nei pazienti trattati con ASA, che mostra una RRR del 13%,² la recidiva di ictus attesa sarà quindi compresa tra il 4 e il 17%
- ▶ Ogni anno vi sarebbero quasi 196.000 nuovi ictus in Italia... Di questi 196.000, l'80% sono primi episodi pari a circa 157.000, mentre il 20% sono recidive, pari a circa 39.000 ³

¹ Diener C. Int J Stroke 2006; ² van Gijn J, Algra A. Thromb Research 2003; ³ Ictus cerebrale: Linee guida italiane. SPREAD 6.a Edizione - 2010

vo negli *outcome* a lungo termine del paziente. Si può comprendere dunque la portata che ha il poter disporre di un'arma efficace come clopidogrel per questi pazienti.

Un'ultima considerazione riguarda l'uso che viene fatto di ticlopidina nella pratica clinica per la profilassi secondaria dell'ictus.

La ticlopidina è un antiaggregante appartenente alla famiglia delle tienopiridine, esattamente come clopidogrel ma, a differenza di questo è gravata da una più elevata percentuale di eventi avversi anche gravi che bisogna sempre tenere in considerazione: porpora trombocitopenica o neutropenia fino all'agranulocitosi.

L'uso di ticlopidina impone quindi un costante monitoraggio del profilo ematologico del paziente (ogni 2 settimane per almeno i primi 3 mesi).

In alternativa, la somministrazione di clopidogrel è più maneggevole e riduce il rischio di complicanze

che possono anche avere un carattere di irreversibilità.

Infine, un accenno va fatto alla gestione del paziente con ictus di origine cardioembolica, dove la profilassi secondaria di prima scelta è rappresentata dagli anticoagulanti per via orale ma dove, in alcuni casi, questo approccio da luogo a complicanze di tipo emorragico.

In questi pazienti l'associazione di ASA + clopidogrel è sicuramente più efficace della monoterapia con ASA e si associa ad un rischio ragionevole e accettabile di questo tipo di complicanze.

www.qr-link.it/video/1212



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code