



Carissimi amici,

fra pochi mesi la SINV si riunisce per il suo XX Congresso Nazionale a Biella. Il tema conduttore dell'evento è il ruolo che le diverse figure professionali devono avere per gestire al meglio la patologia cerebrovascolare in tutte le sue fasi, rimarcando l'importanza dell'interdisciplinarietà nella gestione di questa patologia che rappresenta la prima causa di disabilità e la terza causa di morte. Inoltre, nell'ottica del saper fare, nel corso del Congresso vi saranno tre appuntamenti chiave: quali il Corso di Neurosonologia, Corso per infermieri SINV-ANIN e, infine, la sessione Delegati Regionali, in cui si tratteranno le aree tematiche di maggior interesse della SINV nella capillarizzazione territoriale

La SINV, come sappiamo negli ultimi due anni è cambiata, non solo per il rinnovo del consiglio direttivo e del suo Presidente, ma anche per l'istituzione di una maggiore partecipazione dei delegati regio-

nali della società SINV. L'istituzione della nostra newsletter tramite la pubblicazione di articoli scientifici, di news dalla letteratura e di proposte di studio SINV ci permette sempre più di concretizzare un'adeguata formazione verso la "medicina dell'ictus". Confido, quindi, in una vostra sempre più attiva partecipazione alla Newsletter SINV in modo da dare offrire ai nostri soci un approfondimento culturale di grande interesse, all'altezza del rispetto che la nostra Società nel corso degli anni ha acquistato.

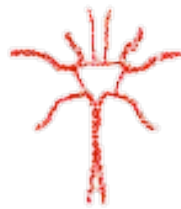
Nel rinnovamento generale non possiamo dimenticare, però, che molti dei colleghi e amici "storici" della SINV sono rimasti a darci il loro incoraggiamento e i loro consigli, e di questo noi tutti siamo loro grati.

Antonio Siniscalchi

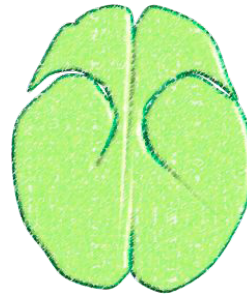
XX Congresso Nazionale SINV Biella, 28 - 29 - 30 novembre 2011



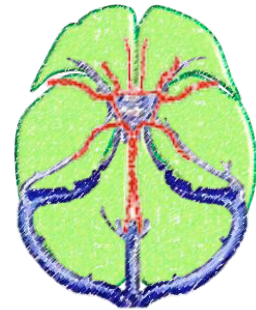
Vene



Arterie



Cervello



**dalla Tecnologia
alla Ricerca**

Egredi **Colleghi**,

Il percorso della multidisciplinarietà è più che mai attuale nella pratica clinica, con l'organizzazione per livelli di assistenza, soprattutto in ambito neurovascolare. La necessità del conoscere e del far conoscere cosa sta cambiando nel nostro lavoro sarà trattata al **XX Congresso Nazionale SINV**, non solo nei temi di interesse strettamente clinici quali **Vene**, **Arterie**, **Cervello**, ma anche di **Sviluppo Tecnologico e Ricerca**. Quest'ultimo item significa anche **percorsi di management** e per tale motivo vi sarà un'ampia tavola rotonda in cui confrontarsi. Nell'ottica del saper fare vi saranno tre appuntamenti chiave, quali il **Corso di Neurosonologia**, il **Laboratorio Didattico SINV-ANIN** e infine la sessione **Delegati Regionali**, in cui si tratteranno le aree tematiche di maggior interesse della SINV nella capillarizzazione territoriale

Presidente SINV
Dott. Giovanni Malferrari

Direttore SC Neurologia- Biella
Dott. Graziano Gusmaroli

Direttore CI. Neurologica - Novara
Prof. Francesco Monaco

Collegati al sito www.sinv.it e scarica gli Highlights del Congresso

Una Società

Cari amici,

il livello qualitativo di una società scientifica si riconosce dall'attività che è in grado di esprimere, segno diretto della vitalità dei suoi componenti.

I mesi passati hanno visto svolgersi una serie di eventi che vorrei ricordare, sperando di non dimenticarmi di nessuno, per sottolineare l'energia che la società sta spendendo. E nella parola energia ci sono la dedizione, la passione ed anche l'impegno economico che di questi tempi è sempre più difficile sostenere.



SINV Opening Meeting

con il quale è partita una collaborazione con l'ANIN che tuttora continua.

L'anno in corso è stato ancora più denso di eventi scientifici. Tra maggio e giugno la società si è spesa in importanti eventi che hanno coinvolto molti colleghi, con profusione di grande impegno, mi riferisco al Corso itinerante sull'IMT carotideo e alle Giornate di Formazione 2011.



IMT Carotideo

Le GIORNATE DI FORMAZIONE SINV 2011

in contemporanea in otto città italiane, hanno rappresentato un atto di impegno formale di FORMAZIONE INTERDISCIPLINARE SUL CAMPO sulla PATOLOGIA NEURO VASCOLARE che la nostra SINV ha stretto con l'Italia. Si è trattato di corsi molto apprezzati dai partecipanti, frutto di un grosso sforzo organizzativo e scientifico che la SINV ha sostenuto con il supporto dei Laboratori Guidotti. Il gradimento per questi eventi si è potuto apprezzare sia dalla partecipazione diretta di molti colleghi, sia dal numero di adesioni alla società che durante tali eventi abbiamo raccolto. Un ringraziamento particolare va ai responsabili locali delle città ove si sono tenute le giornate di formazione SINV, che in varia misura si sono adoperati per l'attuazione organizzativa: il Dr. Carrao a Trieste, il Dr. Ciampanelli a Foggia, il Dr. Frediani a Verbania, il Dr. Pozzessere a Roma, il Dr. Sanguigni a San Benedetto del Tronto, il Prof. Castellani a Firenze, il Dr. Sanzaro a Ragusa ed infine i miei collaboratori a Reggio Emilia.

Siamo partiti a Marzo 2010 con il SINV Opening Meeting a Reggio Emilia sulle prospettive di management dei TIA (vi ricordo che potete prendere visione sul sito internet della società di alcuni video di quella giornata). Poi a Novembre il nostro XIX congresso nazionale, organizzato dal nostro attivo segretario dott. Inchingolo, a San Giovanni Rotondo con i corsi di ultrasonologia vascolare e quello per gli infermieri



XIX Congresso N.

Voglio anche ricordare il SINV Opening meeting 2011 da me organizzato a Reggio Emilia nel Giugno scorso sul Management Regionale del paziente con TIA. Visto il nostro impegno sulla materia e la collaborazione scientifica maturata con il prof Amarenco, la giornata è stata una sorta d'incontro conoscitivo su cosa è cambiato nella regione Emilia Romagna nell'approccio ai TIA dopo il SINV Opening Meeting del 2010 che vide la partecipazione oltre che dello stesso Amarenco anche di altri esperti del settore. L'evento di quest'anno è stato di grande soddisfazione perché vi hanno partecipato tutte le Neurologie e le Medicine d'Urgenza-PS della regione, portando le loro esperienze e le loro realtà sul campo.



SINV Opening Meeting

Ricordo infine alcuni eventi organizzati da colleghi attivi nel direttivo che la SINV ha patrocinato, come la Conferenza Regionale della Rete Ictus, organizzata a Roma, a maggio, dal dott. Pozzessere e l'8° Corso di perfezionamento in diagnostica vascolare con ultrasuoni organizzato a Firenze, a giugno, dal prof. Castellani; ed inoltre un evento, lo SCI-SINV, organizzato a Merano dal dott. Lochner, delegato regionale, patrocinato dalla SINV (ne trovate un resoconto in questa newsletter).

Mi sento di dire che l'organizzazione societaria è così sempre più delineata e colgo l'occasione per ringraziare vivamente coloro che si stanno fortemente adoperando in tal senso, come il nostro segretario Dr. Inchingolo (cofirmatario del presente articolo), il Dr. Siniscalchi, responsabile di questa magnifica newsletter, il responsabile dei delegati regionali Dr. De Campora, i colleghi responsabili dei rapporti con l'ISO Prof. Castellani e Dr. Sanguigni.

Un ringraziamento particolare va anche a tutti i colleghi che stanno credendo in questo progetto SINV e che hanno manifestato il loro apprezzamento iscrivendosi alla nostra società.

Oggi la SINV ha un numero di soci in costante aumento. Avanti così!

Giovanni Malferrari – Presidente SINV

Vincenzo Inchingolo – Segretario SINV

Giornate di Formazione SINV 2011



Reggio Emilia



Trieste



Firenze



Colli del Tronto



Roma



Foggia

In Ricordo della Sci-SINV

Il 4 marzo 2011 si è tenuto un incontro di neurosonologia organizzato dal Dr. Lochner Piergiorgio, nell'ambito delle numerose iniziative sostenute dalla Società Italiana Interdisciplinare Neurovascolare SINV con scambio d'esperienze tra medici italiani e tedeschi.

La giornata congressuale veniva inaugurata dalla lecture del Prof. Manfred Kaps che riassumeva gli enormi progressi portati avanti dalla neurosonologia nel corso degli ultimi 25 anni. Venivano altresì considerati i pitfalls della tecnica.

Un giovane e brillante collaboratore della sua equipe, il Dr. Tanislav, sottolineava il ruolo di una completa diagnostica sia ecocardiografica nonché neurosonologica nell'ambito dell'ictus criptogenetico alla luce della sue ultime pubblicazioni. (Tanislav C et al.: High Frequency of Silent Pulmonary Embolism in Patients With Cryptoge-



Partecipanti



Dopo l'incontro: la delegazione germanica sulle piste da sci dell'Alto Adige

nic Stroke and Patent Foramen Ovale. Stroke 2011).

Ad avvalorare il ruolo dell'ecocolor Doppler, il Presidente della Società Neurovascolare il Dr. Malferrari mostrava come l'integrazione di una diagnostica neurosonologica precoce associata alla clinica nonché alle

scale dei TIA, possa portare ad una gestione più accurata del paziente affetto da disturbo transitorio cerebrale.

Il Dr. Baracchini infine sottolineava l'importanza del progetto italiano epidemiologico sull'incidenza delle stenosi intracraniche.

Dopo l'incontro tutti in pista. Faceva da cornice al programma una giornata trascorsa insieme con gli sci sulle nevi dell'Alto Adige.

*Piergiorgio Lochner
Neurologo presso l'Ospedale di Merano*

A Timely In-Hospital Management may be efficient in TIA patients (TIME-TIA). Applicazione ed efficacia di un PCA per il TIA in emergenza

Sabrina Anticoli, Francesca R. Pezzalla, Claudio Pozzessere

Stroke Unit A. O. San Camillo - Forlanini - Roma

Gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono condizioni cliniche instabili ad alto rischio di recidiva maggiore, soprattutto nelle prime 48 ore fino ai successivi 8-15 giorni dall'evento con un rischio di ictus maggiore dal 3 all'8%. È noto da recenti studi che il TIA può precedere uno stroke fino al 25% dei pazienti. Con queste premesse dal 2006 abbiamo applicato un percorso clinico assistenziale, (PCA) nel Dipartimento di Emergenza del nostro ospedale, che prevedesse per i pazienti con sospetto TIA, una valutazione immediata dello Stroke Team, un percorso diagnostico in urgenza ed un follow-up a tre mesi. L'obiettivo è stato di:

1. individuare i pazienti a maggior rischio di ictus maggiore;
2. eseguire procedure di neuroradiologia interventistica o di chirurgia vascolare precoce nelle patologie carotidee;
3. iniziare precocemente le terapie mediche e la prevenzione secondaria.

Dal mese di Ottobre 2006 ad oggi 361 pazienti con deficit neurologico focale regredito entro 24 ore, hanno seguito il PCA e sono stati sottoposti a prelievi ematici, ECG, Tc cranio, ecocolor doppler TSA, RM con sequenza pesata in DWI - AngioRM o AngioTC, ecocardiogramma e monitoraggio ECG.

I pazienti che presentavano una lesione ischemica alla risonanza sono stati ricoverati in Stroke Unit, quelli con esame RM DWI negativa continuavano ulteriori indagini in ambulatorio.

I pazienti sono stati suddivisi in gruppi in base alle manifestazioni cliniche, alla durata dei sintomi, alla presenza di lesioni ischemiche acute alla MR DWI, allo score ABCD2 score, ai fattori di rischio vascolari, all'eziopatogenesi sec. i criteri TOAST ed ai tempi di esecuzione della MR dall'insorgenza dei sintomi. L'analisi statistica è stata effettuata con l'analisi del chi quadro (semplice) e con il test esatto di Fisher (a 1 e 2 code).

I nostri dati confermano che i TIA sono spesso associati a lesioni tessutali alla MR DWI (nella nostra casistica 41,5%); non emerge una correlazione fra la presenza di danno ischemico e la sintomatologia clinica, la durata dei sintomi, lo score ABCD2. L'unica associazione evidenziata è risultata fra lesione tessutale in MR ed l'ateromasia carotidea ($p < 0.013$) rappresentata da uno spessore dell'intima media.

341 pazienti hanno eseguito un follow-up clinico a 90 gg, in cui sono stati registrati 12 eventi vascolari (3,5%): 6 ictus (1,76%), 5 TIA, 1 infarto miocardico (morte elettrica improvvisa) Le CEA nelle stenosi critiche carotidee sono state 28 (8,2%) eseguite entro massimo 2 settimane dall'esordio dei sintomi.

La bassa incidenza di stroke nei 90 giorni successivi all'evento, inferiore rispetto ai dati riportati in letteratura, suggerisce che l'applica-

zione del PCA in urgenza per i pazienti con TIA, possa determinare una prognosi migliore, una ottimizzazione delle risorse e un possibile risparmio in termini di costi - benefici.

Bibliografia

"Addition of brain infarction to the ABCD2 Score (ABCD2I): a collaborative analysis of unpublished data on 4574 patients" Giles MF, Albers GW, Amarenco P, Arsava MM, Asimos A, Ay H, Calvet D, Coutts S, Cucciaro BL, Demchuk AM, Johnston SC, Kelly PJ, Kim AS, Labreuche J, Lavalley PC, Mas JL, Merwick A, Olivot JM, Purroy F, Rosamond WD, Sciolli R, Rothwell PM. Stroke. 2010 Sep;41(9):1907-13

"Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison"

Peter M Rothwell FRCP, Matthew F Giles MRCP a, Arvind Chandrathewa MRCP a, Lars Marquardt MD a, Olivia Geraghty MRCP a, Jessica NE Redgrave MRCP aet al. of the Early use of Existing Preventive Strategies for Stroke (EXPRESS) study The Lancet, Volume 370, Issue 9596, Pages 1432 - 1442, 20 October 2007 doi:10.1016/S0140-6736(07)61448-2

"A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects" Philippa C Lavallée MD a, Elena Meseguer MD a, Halim Abboud MD a, Lucie Cabrejo MD a, Jean-Marc Olivot MD aet al. The Lancet Neurology, Volume 6, Issue 11, Pages 953 - 960, November 2007

"Validation of the ABCD(2)-I score to predict stroke risk after transient ischemic attack" Meng x Wang Y Liu L Pu et al. Neurol Res 2011 Jun;33(5):482-6

Differenze sessuali nell'endoarteriectomia carotidea

Antonio Siniscalchi

U.O. di Neurologia, Azienda Ospedaliera di Cosenza

L'incidenza di eventi cerebrovascolari è più alta negli uomini rispetto alle donne, ma dopo gli 85 anni d'età questa incidenza è maggiore nelle donne (1). Questa differenza d'incidenza nei due sessi potrebbe essere legata a diversi fattori come una maggiore sopravvivenza delle donne rispetto agli uomini e ad un differente trattamento farmacologico nei due sessi, caratterizzato da una minore aggressività di trattamento farmacologico nelle donne (2). In effetti, Simpson et al. 2005 hanno dimostrato che in prevenzione secondaria per eventi ce-

rebvascolari, le donne rispetto agli uomini assumono meno farmaci antipertensivi ACEinibitori: statine e farmaci antiaggreganti. Inoltre, in presenza di fibrillazione atriale nelle donne, rispetto agli uomini, vi è una minore prescrizione dei farmaci anticoagulanti (warfarin) (3).

Studi clinici condotti negli Stati Uniti, in Europa e in Canada hanno dimostrato che le donne rispetto agli uomini vengono meno frequentemente sottoposti ad interventi di endoarteriectomia carotidea (4). A tutt'oggi i rischi-benefici di un intervento chirurgico di endoarteriectomia carotidea tra i due sessi è un argomento dibattuto. Precedenti studi clinici hanno dimostrato che, generalmente, i pazienti affetti da una sintomatica stenosi carotidea di circa il 70%-90%, traggono beneficio da un trattamento di endoarteriectomia carotidea (2). Da uno studio clinico di Rothwell et al. 1997 è emerso che tra i pazienti sottoposti ad endoarteriectomia carotidea da sintomatica stenosi carotidea, le donne, rispetto agli uomini, sembrano essere maggiormente esposte a rischio durante l'intervento chirurgico, anche se questo dato può essere legato ad altri fattori quali la maggiore età delle donne e la presenza di altre patologie concomitanti (5). Questo dato è stato confermato da una recente sistematica review di 25 studi clinici. In questa review si è osservato che, indipendente dall'età, in un intervento di endoarteriectomia carotidea le donne, rispetto agli uomini, sono maggiormente a rischio di un evento ischemico cerebrale e hanno maggiore probabilità di decesso durante l'intervento. Il rischio di un evento ischemico cerebrale, come pure di un decesso, nelle donne aumenta con l'età (> 75 anni) (6).

In un altro studio si è evidenziato che i pazienti che venivano sottoposti ad intervento di endoarteriectomia carotidea per una sintomatica stenosi carotidea $\geq 70\%$, il rischio di sviluppare un evento ischemico cerebrale o di un decesso dopo due anni dall'intervento chirurgico è indifferente nei due sessi. Tuttavia si è anche osservato che, invece, entro i due anni le donne, rispetto agli uomini, hanno maggiori probabilità di sviluppare un evento ischemico cerebrale e minore probabilità di decesso. Questo può dipendere dal fatto che nelle donne l'insorgenza di patologie cerebrovascolari avveniva in età più avanzata e che le stesse hanno più patologie concomitanti (patologie coronariche, fibrillazione atriale, ecc.) (7). Tra i pazienti, invece, con sintomatica e asintomatica moderata stenosi carotidea (50%-69%), gli uomini, rispetto alle donne, traggono un maggior beneficio, in termini di riduzione di eventi cerebrovascolari, da un intervento di endoarteriectomia carotidea (2).

Nei pazienti affetti da una grave stenosi carotidea asintomatica ($\geq 70\%$) si è osservato che gli uomini, rispetto alle donne, manifestano un maggiore rischio di eventi cardio e cerebrovascolari quando vengono sottoposti a solo trattamento farmacologico (2). Questo potrebbe anche dipendere da una differente risposta farmacologica nei due sessi in seguito ad un trattamento antiaggregante. Precedenti studi clinici hanno dimostrato che tra pazienti che assumono aspirina in prevenzione primaria per eventi vascolari, le donne hanno una riduzione del rischio di eventi cerebrovascolari del 17% ma nessuna significativa riduzione dell'infarto del miocardio, al contrario, negli uomini hanno una riduzione del 34% del rischio di infarto del miocardio ma nessuna significativa diminuzione degli eventi cerebrovascolari (8).

Un altro dato interessante che è emerso dallo studio di Rothwell et al 2004 riguarda gli uomini con stenosi carotidea sintomatica nei quali non si osservava nessun beneficio nel ritardo ad effettuare un intervento di endoarteriectomia carotidea dal recente evento ischemico cerebrale, mentre nelle donne tale effetto è significativo (9). Infatti le

donne con sintomatica stenosi carotidea traggono dei maggiori benefici se l'intervento di endoarteriectomia carotidea viene effettuato all'interno di due settimane dal recente evento ischemico.

In futuro, se questi risultati saranno confermati in studi più ampi, avvaloreranno la necessità non soltanto di differenziare i risultati ottenuti da studi clinici anche in base al sesso, ma anche dimostreranno che le differenze sessuali possono essere importanti non soltanto per un trattamento farmacologico ma anche per un trattamento chirurgico per la prevenzione degli eventi ischemici cerebrali.

Bibliografia

- 1) Rosamond W., Flegal K., Friday G., Furie K., Go A., Greenlund K., Haase N., Ho M., Howard V., Kissela B., Kittner S., Lloyd-Jones D., McDermott M., Meigs J., Moy C., Nichol G., O'Donnell C.J., Roger V., Rumsfeld J., Sorlie P., Steinberger J., Thom T., Wasserthiel-Smoller S., Hong Y.: Heart disease and stroke statistics – 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 115, e69–e171, 2007.
- 2) Turtzo L.C., McCullough L.D.: Sex Differences in Stroke. *Cerebrovasc Dis.*, 26(5): 462–474, 2008.
- 3) Simpson C.R., Wilson C., Hannaford P.C., Williams D.: Evidence for age and sex differences in thesecondary prevention of stroke in Scottish primary care. *Stroke* 36, 1771–1775, 2005.
- 4) Mathew J., Reeves M.J., Bushnell C.D., Howard G., Gargano J.W., Duncan P.W., Lynch G., Khatiwoda A., Lisabeth L.: Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol.* 7(10), 915–926, 2008.
- 5) Rothwell P.M., Slatter L., Warlow C.P.: Clinical and angiographic predictors of stroke and death from carotid endarterectomy: systematic review. *BMJ* 315, 1571–1577, 1997.
- 6) Bond R., Rerkasem K., Cuffe R., Rothwell P.M.: A systematic review of the associations between age and sex and the operative risks of carotid endarterectomy. *Cerebrovasc. Dis.* 20, 69–77, 2005.
- 7) Kapral M.K., Wang H., Austin P.C., Fang J., Kucey D., Bowyer B., Tu J.V.: Sex differences in carotid endarterectomy outcomes: Results from the Ontario Carotid Endarterectomy Registry. *Stroke* 34, 1120–1125, 2003.
- 8) Berger J.S., Roncaglioni M.C., Avanzini F., Pangrazzi I., Tognoni G., Brown D.L.: Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 295, 306–313, 2006.
- 9) Rothwell P.M., Eliasziw M., Gumikov S.A., Warlow C.P., Barnett H.J.: Sex difference in the effect of time from symptoms to surgery on benefit from carotid endarterectomy for transient ischemic attack and nondisabling stroke. *Stroke* 35, 2855–2861, 2004.

Indagine eziologica di ictus ischemico in giovani adulti

Abbiamo cercato di classificare le cause di ictus ischemico in giovani adulti con un algoritmo diagnostico e il sistema di classificazione ASCO (malattia aterosclerotica, dei piccoli vasi, fonte cardiaca, altra causa). In questa analisi retrospettiva sono stati inclusi pazienti di età compresa tra 16-54 anni trattati per ictus ischemico acuto in una Stroke Unit. Le cause di ictus sono stati classificate utilizzando il sistema di ASCO, che assegna un livello graduato di probabilità ad ogni potenziale causa nei singoli pazienti. L'iniziale studio eziologico includeva TC e RM encefalo, angio-TC dei vasi cerebrali e cervicali, ECG, esami ematologici. I pazienti senza una causa precisa di ictus ischemico dopo la valutazione iniziale venivano sottoposti ad ecocardiografia transesofagea.

Sono stati inclusi 318 pazienti (195 uomini e 123 donne), 131 pazienti erano di età compresa tra 16-44 anni, e 187 erano di età compresa tra 45-54 anni. In 145 pazienti (45,5%) è stato possibile identificare una causa precisa di ictus (ASCO grado 1), mentre in 59 (18,5%) pazienti la causa dell'ictus rimane incerta (ASCO grado 2). In pazienti di età 16-44 anni, le 2 principali cause definite di ictus sono il forame ovale pervio associato con aneurisma del setto atriale (PFO-ASA) (20 di 131 [15,3%]) e la dissezione dell'arteria cervicale o cerebrale (19 di 131 [14,5%]), mentre in pazienti di età 45-54 anni sono la patologia aterosclerotica dei grossi vasi (37 di 187 [19,8%]) e PFO-ASA (23 di 187 [12,3%]).

I nostri risultati suggeriscono che PFO-ASA può essere una delle principali cause di ictus ischemico in giovani adulti.

Larrue V et al Neurology. 2011 Jun 7;76(23):1983-8

--

Diabete mellito e stroke ischemico nei giovani: caratteristiche cliniche e prognosi a lungo termine

Abbiamo confrontato i fattori di rischio, le caratteristiche ictus, e prognosi a lungo termine tra i giovani pazienti non diabetici con ictus ischemico e pazienti con ictus ischemico aventi una diabete mellito di tipo 1 (diabete di tipo 1) o diabete di tipo 2 (T2D)

Il nostro database comprende 1.008 pazienti consecutivi tra i 15 ei 49 con primo ictus ischemico 1994-2007. Misure di outcome primarie erano 1) non-fatale o fatale ictus ischemico e 2) endpoint composito vascolare (infarto del miocardio, ictus, rivascolarizzazione o morte vascolare). Rispetto ai pazienti non diabetici con ictus (n = 904), i pazienti con diabete di tipo 1 (44) o T2D (60) avevano più probabilità di avere l'ipertensione e ictus attribuibile alla malattia dei piccoli vasi (SVD). Inoltre, rispetto ai pazienti non-diabetici, quelli con diabete di tipo 1 avevano più frequentemente la malattia coronarica e arteriopatia periferica (PAD) e quelli con T2D più spesso l'obesità, PAD, storia di TIA e ictus attribuibili ad un'aterosclerosi delle grandi arterie ed erano più anziani. Rispetto ai pazienti diabetici quelli non diabetici erano prevalentemente di sesso maschile. Il cumulativo tasso di recidiva dell'ictus ischemico a 10 anni è stato del 40,9% per il diabete di tipo 1 (14 eventi), 29,7% per T2D (15) e 12,0% per i pazienti non diabetici. Corrispondenti tassi per l'endpoint composito vascolare sono state 65,1% per il diabete di tipo 1 (25), 46,9% per T2D (28), e 19,3% per i pazienti non diabetici (153).

I nostri risultati suggeriscono, quindi, che i pazienti con ictus ischemico e con diabete di tipo 1 o 2 presentano differenti profili nei fattori di rischio ed eziologici ed una prognosi peggiore vascolare rispetto ai pazienti non diabetici.

Putala J Neurology. 2011 May 24;76(21):1831-7

--

Attacco ischemico transitorio e incidenza della depressione

La depressione è comune dopo un ictus. Comel'ictus, l'attacco ischemico transitorio (TIA) è una manifestazione di danno aterosclerotica del cervello. Tuttavia, il rischio di sviluppare depressione dopo un TIA è incerto. Abbiamo studiato se la TIA aumenta il rischio di incidenza di depressione in tarda età.

Uno studio di coorte condotto su 5095 abitanti di Rotterdam (Paesi Bassi) è stato eseguito tra il 1993 e il 2005. I partecipanti erano di età compresa tra 56 anni o più anziani e privi di depressione al basale. TIA e la depressione sono stati identificati attraverso regolari esami standardizzati ed il monitoraggio continuo delle cartelle cliniche. Durante il follow-up, sono state evidenziate 407 sindromi depressive di cui 103 soddisfacevano i criteri del DSM quarta edizione per disturbi depressivi. TIA è risultato significativamente associato con il rischio di sindromi depressive (HR, 1,68, 95% CI, 1,12-2,51) e disturbi depressivi definiti dal DSM (HR, 2,42, 95% CI, 1,26-4,67). Il rischio di sindromi depressive aumentava con il numero di TIA (HR, 1,45, 95% CI, 1,17-1,81), così come il rischio di disturbi depressivi (HR, 1,63, 95% CI, 1,18-2,24). La nostra scoperta suggerisce che la malattia cerebrovascolare sintomatica in tarda età aumenta la vulnerabilità dei soggetti alla depressione.

Luijckx HJ et al. Stroke. 2011 Jun; 42:1857-1861

--

Negli anziani le donne hanno un'autoregolazione del flusso ematico cerebrale migliore rispetto agli uomini

Questo studio è stato progettato per determinare se l'autoregolazione cerebrale, valutata mediante Doppler transcranico, è più efficace nelle donne anziane rispetto agli uomini. Pertanto, abbiamo utilizzato metodi-Doppler transcranico per valutare autoregolazione cerebrale in 544 (236 maschi) soggetti di età superiore ai 70 anni. Di risultati è emerso che l'autoregolazione del flusso ematico cerebrale è ridotta nei maschi ma non è al di sotto dei valori normali, indicando, così, che il sistema di autoregolazione cerebrale era intatto, ma meno efficace. In conclusione, le donne sono state più in grado di mantenere la velocità di flusso ematico cerebrale durante i cambi posturali e hanno dimostrato una migliore autoregolazione cerebrale. I meccanismi responsabili di questa differente autoregolazione nei due sessi rimangono poco chiari, ma possono, però, in parte spiegare i tassi più elevati di ricovero per ipotensione ortostatica negli uomini anziani.

Deegan BM et al. Stroke. 2011 Jun; 42:1988-1993

--

Il successo di ricanalizzazione dopo trombolisi endovenosa nello stroke acuto del circolo anteriore dipende dalla lunghezza della misura del trombo

Noi ipotizziamo che nello stroke acuto la lunghezza del trombo a carico dell'arteria cerebrale media, misurata con la tomografia assiale computerizzata, è un fattore limitante il successo della ricanalizzazione dopo trombolisi endovenosa. Abbiamo misurato le lunghezze del trombo con immagini di TC con slices di 2,5 mm di larghezza per slices in 138 pazienti che presentavano ictus acuto dell'arteria cerebrale media e che sono stati trattati con trombolisi per via endovenosa (IVT). La ricanalizzazione vascolare è stata studiata dopo trombolisi e i risultati di una ricanalizzazione erano correlati con la lunghezza del trombo.

In 62 pazienti, nei quali la IVT aveva determinato una ricanalizzazione del vaso, la lunghezza del trombo non era superiore a 8 mm. Questi pazienti sono stati dimessi con una mediana al punteggio della scala di Rankin modificata di 2. Nei restanti 76 pazienti, che, per lo più, presentavano una lunghezza del trombo superiore a 8 mm la IVT aveva fallito nel ricanalizzare il vaso. Questi pazienti sono stati dimessi con una mediana punteggio della scala di Rankin modificata su 5.

In conclusione, questo studio evidenzia che in pazienti con stenosi dell'arteria cerebrale media sottoposti a trattamento acuto, la IVT

non ha quasi nessun potenziale di ricanalizzazione se la lunghezza del trombo supera gli 8 mm.

Riedel CH et al Stroke. 2011 Jun;42:1775-1777

Uso di cannabis, stroke ischemico, multifocale vasocostrizione intracraniale: studio prospettico in 48 giovani adulti

Il nostro obiettivo era quello di valutare la relazione tra consumo di cannabis e l'ictus ischemico in una popolazione di giovani adulti.

Hanno partecipato allo studio 48 pazienti giovani ricoverati per l'ictus ischemico acuto. Durante una prima linea di screening sono stati eseguiti esami del sangue, indagini cardiovascolari e analisi delle urine per i cannabinoidi. Inoltre, l'angiografia 3D di rotazione e l'analisi del liquido cerebrospinale sono state eseguite quando nessuna causa eziologica, era stata evidenziata. Un controllo è stato effettuato attraverso immagini neuro vascolari entro 3-6 mesi.

Nel 21 % dei pazienti (n = 10) che consumavano cannabis si è osservato una multifocale stenosi intracranica.

Dunque, l'angiopatia multifocale associata al consumo di cannabis potrebbe essere una causa importante di ictus ischemico nei giovani.

Wolff V et al. Stroke. 2011 Jun;42(6):1778-80



**Società Italiana
Interdisciplinare
NeuroVascolare**

www.sinv.it

SINV, Società Italiana Interdisciplinare NeuroVascolare
Associazione senza fini di lucro

Sede legale: viale Risorgimento 80, 42123 Reggio Emilia

Sede operativa: c/o Centro E-learning di Ateneo dell'Università di Modena e Reggio Emilia, via Allegrini 13, Reggio Emilia (RE),

tel: 0522 522521, e-mail: segreteria@sinv.it

P/IVA e C.F.: 02426840357

Il Comitato Editoriale della Newsletter:

Direttore responsabile Scientifico: Dott. Antonio Siniscalchi

Segreteria Scientifica: Dott. Giovanni Malferri (Presidente), Giuseppe Pistollato (Vice Presidente), Vincenzo Inchingolo, Nicola Carraro, Carla Carollo, Sergio Castellani, Roberto Frediani, Salvatore Mangiafico, Claudio Pozzessere, Sandro Sanguigni.

Gli articoli possono essere inviati via email al seguente indirizzo di posta elettronica: sinv.calabria@sinv.it

L'iscrizione alla SINV si effettua esclusivamente online collegandosi al sito www.sinv.it > modulo iscrizione.

Il costo annuale è di 30 euro.

Per il pagamento effettuare bonifico bancario dell'importo presso:

Banca Popolare dell'Emilia Romagna - sede di Castelfranco Emilia (MO)
IBAN: IT 72 S 05387 66690 000001055820

Causale: iscrizione 2011 sinv

Beneficiario: Società Italiana Interdisciplinare NeuroVascolare

Inviare la ricevuta a mezzo fax al numero: 0522 522512 oppure per e-mail a segreteria@sinv.it