Allegato 6- Prevenzione Secondaria dell'ictus

Prevenzione secondaria nel paziente con stroke a genesi cardioembolica

Nel paziente con TIA/Ictus non cardioembolico, a maggior rischio di sanguinamento cerebrale, è indicata la terapia con ASA 100-325 mg/die nella fase acuta, piuttosto che nessuna terapia (ISOSPREAD), successivamente sostituita dalla terapia con ASA 100mg/die nella fase cronica, se intolleranza all'ASA è indicata terapia con Clopidogrel (dose di carico 300 mg, seguita da dose giornaliera di 75 mg);

- Nel paziente con TIA/minor Stroke, a basso rischio di sanguinamento, è indicata nella fase acuta terapia con doppia antiaggregazione piastrinica (ASA+Clopidogrel), da valutare in prima giornata l'utilizzo di dose da carico per uno dei due antiaggreganti (ASA 300 o Clopidogrel 300 mg), seguita poi, in seconda giornata, da dosaggio standard ASA100mg+Clopidogrel 75 mg/die da proseguirsi in maniera continuativa) entro le 24 ore dall'evento fino ai 21 giorni. Solo nei casi selezionati (concomitante patologia cardiaca o severa patologia aterotrombotica) è indicata la prosecuzione di tale terapia fino ai 90 giorni dall'evento ischemico (AHA/ASA 2018, Canadian, ISOSPREAD);

Nel paziente già in trattamento con antiaggregante piastrinico che sperimenta un nuovo evento ischemico cerebrale è indicato lo shifting verso altro antiaggregante, non è indicato passare ad anticoagulante, non è indicata la triplice antiaggregazione piastrinica (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi aterotrombotica e con stenosi carotidea sintomatica critica (metodo NASCET) è raccomandata la endoarterectomia carotidea (TEA) prima possibile: la TEA è raccomandata nel paziente con stenosi >70% e rischio perioperatorio di morte <6%, la TEA è raccomandata nel paziente con stenosi del 50-69% e rischio perioperatorio di morte <6% in relazione alla morfologia di placca e al rischio di ricorrenza di evento cerebrovascolare (ISOSPREAD, Canadian);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi aterotrombotica e con stenosi carotidea sintomatica critica la TEA andrebbe eseguita entro i 14 giorni per il paziente non clinicamente stabile, tra le 48h e i 7 giorni nel paziente con stroke minore non disabilitante (mRS 0-2) (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi aterotrombotica e con stenosi carotidea sintomatica critica la scelta di intervento chirurgico vs stenting va ponderata in base al profilo di rischio cardiologico, di recidiva di stroke e di sanguinamento del singolo paziente ed in base all'expertise del singolo centro;

Nel paziente con TIA/Ictus e con stenosi carotidea asintomatica la TEA può essere considerata in casi selezionati, lì dove il rischio perioperatorio di morte è <3%: paziente con stenosi ≥70% (in diverse linee guida riportati anche valori >60% fino al 99%, o comunque stenosi >50% con morfologia di placca a rischio) è indicata la TEA se aspettativa di vita >3 anni,

La migliore terapia medica che include la terapia con statine ad elevato dosaggio e la terapia antiaggregante con ASA e Clopidogrel è indicata in tutti i pazienti con TIA/Ictus e ateromasia carotidea critica fino ad un periodo di 3 mesi;

Nel paziente con TIA/Ictus e con stenosi intracraniche critiche (70-99% nelle Canadian, 50-99% nelle linee guida AHA/ASA) è indicata la terapia con doppia antiaggregazione piastrinica per un periodo fino ai 90 giorni (Canadian, AHA/ASA), vi sono scarse evidenze circa il beneficio di trattamento con angioplastica intracranica.

Prevenzione secondaria nel paziente con stroke a genesi cardioembolica

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi cardioembolica con evidenza di FANV è indicata una terapia con anticoagulanti orali. I DOAC dovrebbero essere preferiti rispetto al Warfarin per il loro migliore profilo di sicurezza (ISOSPREAD, AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi cardioembolica e FANV l'utilizzo routinario della bridging therapy con EBPM non è raccomandato (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi cardioembolica che deve iniziare DOAC il timing corretto va dalla 4 alla 14 giornata dall'evento, in base alla severità dell'evento ischemico stesso può essere considerato il seguente schema: entro le 24h per il paziente con TIA, dai 3 ai 5 giorni per lo stroke lieve, dai 6-7 giorni per lo stroke moderato, 12-14 giorni per lo stroke severo;

In alcuni pazienti con TIA/Ictus e FANV può essere indicata una terapia anticoagulante anche se molto anziani o con decadimento cognitivo, in base al profilo di rischio di sanguinamento di ogni singolo paziente; Nel paziente con FANV e pregresso TIA/Ictus a genesi cardioembolica in cui è assolutamente controindicata la terapia con anticoagulanti orali (ad esempio paziente con angiopatia amiloide, in cui è controindicata sia terapia anticoagulante che antiaggregante), in casi selezionati può essere considerata la chiusura dell'auricola sinistra per ridurre il rischio di ricorrenza di stroke e tromboembolismo (ESO-CONSENSUS 2018 grade C);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi cardioembolica e FANV in cui è controindicata qualsiasi terapia anticoagulante (DOAC o Warfarin), è raccomandata la terapia con ASA 100mg/die (Canadian);

Nel paziente con TIA/Ictus a genesi cardioembolica con evidenza di FANV è indicata una terapia con anticoagulanti orali, l'associazione di eventuale terapia antiaggregante va valutata da caso a caso a seconda del rischio di ricorrenza di patologia cerebro e cardiovascolare (paziente con angina instabile/stenting coronarico) e sulla base del profilo di rischio di sanguinamento del singolo paziente (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus e diagnosi di PFO senza evidenza di altra patologia emboligena (TVP/EP) e indicazione a terapia anticoagulante o a chiusura del PFO è indicata una terapia antiaggregante (ISOSPREAD);

Nel paziente con TIA/Ictus e diagnosi di PFO, dopo discussione multidisciplinare del caso e valutazione del profilo di rischio di embolismo cerebrale del paziente (Rope Score) è indicata la chiusura del PFO e la terapia antiaggregante in maniera continuativa, secondo le seguenti indicazioni: paziente tra i 18 e i 60 anni con TIA/Ictus criptogenico e PFO ad elevato rischio (caratteristiche

morfologiche del PFO) è raccomandata la chiusura percutanea del PFO e la terapia medica (antiaggregante) vs solo terapia medica (ESO-CONSENSUS 2018 GRADO A); paziente tra i 60-65 anni con TIA/Ictus criptogenico e PFO ad elevato rischio (caratteristiche morfologiche del PFO) può essere offerta la chiusura percutanea del PFO e la terapia medica (antiaggregante) vs solo terapia medica (ESO-CONSENSUS 2018 GRADO B); paziente con età <18 anni o >65 anni con TIA/Ictus criptogenico e PFO ad elevato rischio (caratteristiche morfologiche del PFO) può essere indicata la chiusura percutanea del PFO e la terapia medica (antiaggregante) vs solo terapia medica su base individuale (ESO-CONSENSUS 2018 GRADO C);

Non vi sono ancora evidenze circa la superiorità della chiusura del PFO vs terapia anticoagulante

Prevenzione secondaria nel paziente con stroke a genesi non cardioembolica: dissezione carotidea/vertebrale extracranica ed intracranica

Nel paziente con TIA/Ictus non cardioembolico e dissezione carotidea o vertebrale extracranica è indicata terapia antiaggregante o anticoagulante per un periodo dai 3 ai 6 mesi, ci sono poche evidenze circa l'ottimale durata di terapia (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con TIA/Ictus non cardioembolico e dissezione carotidea o vertebrale extracranica che presenta eventi ischemici ricorrenti, nonostante la terapia medica in atto, il beneficio di stenting extracranico non è ben definito (AHA/ASA 2018);

Nel paziente con dissezione intracranica vi sono scarse evidenze circa il beneficio del trattamento con anticoagulanti;

Prevenzione secondaria nel paziente con stroke emorragico e FANV

Nel paziente con Ictus emorragico e FANV in cui è indicata la terapia anticoagulante, la stessa va ripresa dopo l'emorragia per i pazienti a elevato rischio di embolismo cerebrale/sistemico. I DOAC sono da preferire al Warfarin;

Il timing per l'introduzione della terapia anticoagulante non è ancora sempre ben definito. Per i DOAC può essere considerato ragionevole iniziare tra la 7° e 8° settimana dopo l'evento (studi osservazionali), per gli antagonisti della vitamina K tra la 10° e 30° settimana;

Prevenzione secondaria nel paziente con stroke: i fattori di rischio cerebrovascolari (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito)

Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato il controllo dei valori pressori per raggiungere un target di 140/90 mmHg, nel paziente con diabete mellito il target da raggiungere è di 130/80 mmHg, quest'ultimo target è quello consigliato anche nel paziente con epatopatia;

Nel paziente con TIA/Ictus per il controllo dei valori pressori i farmaci da preferire sono nell'ordine gli ACE-Inibitori, Calcioantagonisti e Diuretici;

Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato il controllo lipidico ponendo attenzione ai valori di LDL con l'obiettivo di ridurre i valori di LDL >50% rispetto ai valori al baseline o di mantenere LDL <70 mg/dL; Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato l'utilizzo di Statine per il migliore controllo lipidico, i maggiori benefici sono stati riscontrati con l'impiego di Atorvastatina 80mg/die, gli inibitori di PCSK9 possono rappresentare un'alternativa terapeutica alla statina+ezetimibe nel controllare i livelli di LDL; Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato l'utilizzo di Statine soprattutto se sono presenti altri fattori di rischio tra cui il diabete mellito; Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato il controllo dei valori glicemici mantenendo come obiettivo di compenso glicemico l'emoglobina glicata ≤7-8% (sia per DM tipo I che per DM tipo II), il controllo glicemico va ottimizzato per singolo paziente: nei soggetti anziani con pluricomorbidità e con storia di DM>10 anni è ragionevole ottenere un compenso glicemico con emoglobina glicata ≤8%, nel paziente più giovane con storia più recente di DM i valori attesi sono ≤7%, un controllo glicemico più stretto (valori di emoglobina glicata ≤6,5%) può essere preso in considerazione per il paziente con recente storia di malattia (DM), assenza di patologia cardiovascolare e lunga aspettativa di vita;
Prevenzione secondaria nel paziente con stroke (miscellanea) Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato un introito giornaliero di sodio che non superi i 2000mg/die; I pazienti con TIA/Ictus dovrebbero essere incoraggiati a svolgere regolare attività fisica; I pazienti con TIA/Ictus dovrebbero essere incoraggiati a mantenere un BMI tra i 18,5 e i 24,9 Kg/m^2, o avere una circonfrenza addominale <88 cm per la donna e <102 cm per l'uomo; I pazienti con TIA/Ictus dovrebbero limitare l'introito alcolico a 10 drinks/settimana (non più di due drinks/die) per la donna e 15 drinks/settimana (non più di tre drinks/die) per l'uomo; Nel paziente con TIA/Ictus è fortemente scoraggiato l'uso di droghe o altre sostanze di abuso; I pazienti con TIA/Ictus vanno istruiti sulla necessità di astensione dal fumo, può essere presa in considerazione la somministrazione di Nicotine replacement durante l'ospedalizzazione o nella fase acuta dell'astensione; Nel paziente con TIA/Ictus dovrebbe essere scoraggiata l'assunzione di estroprogestinici; Nel paziente con TIA/Ictus è raccomandato il trattamento dei disturbi del sonno come le OSAS