Ictus cerebrale - 1

Data 14 maggio 2026
Categoria neurologia

Questo articolo fa parte di una serie dedicata all'ictus cerebrale. In questa prima parte vedremo come distinguere l'ictus emorragico da quello ischemico e quale iter diagnostico avviare immediatamente.

Ictus cerebrale: ischemico o emorragico?

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte e la prima causa di disabilità acquisita nel mondo occidentale. In Italia si verificano ogni anno circa 150.000 nuovi eventi, con una mortalità a 30 giorni intorno al 20% per le forme ischemiche e significativamente più elevata per quelle emorragiche. Per il medico di medicina generale, il ruolo nella gestione dell'ictus acuto si concentra su due momenti fondamentali: il riconoscimento precoce dei sintomi e l'attivazione immediata della rete emergenziale; il follow-up a lungo termine con la prevenzione secondaria. Tuttavia, conoscere il razionale delle scelte ospedaliere è indispensabile per dialogare con il paziente e i familiari, coordinare la continuità assistenziale e riconoscere precocemente le recidive.

Il primo discrimine: emorragia o ischemia?

Appena il paziente giunge in pronto soccorso con un quadro clinico suggestivo di ictus, la prima domanda non riguarda dove si trova la lesione né quale sia la sua causa: riguarda la sua natura. Emorragia o ischemia? La risposta determina l'intero percorso terapeutico successivo, perché i trattamenti delle due forme non sono semplicemente diversi – sono diametralmenteopposti.

Nel caso dell'ischemia, il trattamento d'elezione – la trombolisi con attivatore tissutale del plasminogeno (rtPA) o la trombectomia meccanica – mira a ricanalizzare il vaso occluso. Nel caso dell'emorragia, la stessa trombolisi sarebbe letale: trasformerebbe un'emorragia contenuta in un'emorragia massiva. Non esiste nella medicina d'urgenza un altro esempio così emblematico di come una diagnosi errata possa trasformare il trattamento da salva-vita a causa di morte.

La clinica non basta

L'ictus emorragico non è spesso distinguibile da quello ischemico in base alla clinica. Alcuni segni orientano verso l'emorragia – la cefalea improvvisa e violenta "a rombo di tuono", il vomito all'esordio, la perdita di coscienza rapida, una pressione arteriosa molto elevata – ma nessuno di questi è sufficientemente specifico da escludere l'ischemia o viceversa.
L'unica eccezione parziale è l'emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma, dove la cefalea intensa associata a rigidità nucale e fotofobia ha un valore orientativo elevato. Ma anche in questo caso la conferma richiede imaging.

La TC cranio senza mezzo di contrasto: il gold standard

La tomografia computerizzata del cranio senza somministrazione di mezzo di contrasto è l'esame dirimente. È disponibile H24 in tutti i pronto soccorso di riferimento, richiede circa cinque minuti, non necessita di preparazione e fornisce una risposta immediata e inequivocabile:

• Iperdensità spontanea (bianco): → EMORRAGIA
• TC negativa nelle prime ore → Probabile ISCHEMIA (lesione non ancora visibile)
• Ipodensità, perdita differenziazione grigio/bianco → Ischemia già evoluta
• Sangue nelle cisterne della base → Emorragia subaracnoidea (ESA) → Angiografia urgente per aneurisma

Nel caso di ischemia valutare ASPECTS: Alberta Stroke Program Early CT Score (punteggio di estensione del danno ischemico precoce, range 0-10).

Un concetto fondamentale da tenere a mente è che la TC senza mdc nelle prime ore di un ictus ischemico può essere completamente normale. La lesione ischemica diventa visibile all'imaging convenzionale generalmente dopo 6-24 ore. La TC non serve a vedere l'ischemia: serve a escludere l'emorragia. Un risultato negativo in presenza di un quadro clinico compatibile è già sufficiente per procedere con il percorso trombolisi/trombectomia.

Gli esami di laboratorio urgenti

Parallelamente all'imaging, alcuni esami ematici vanno richiesti contestualmente all'ingresso in PS, non perché

modifichino la decisione sulla TC – che si fa comunque – ma perché alcune informazioni sono indispensabili per le decisioni terapeutiche successive:

• Valutazione della piastrinopenia e dell'anemia = Emocromo completo
• Fondamentale per valutare l'indicazione alla trombolisi e per il reversal degli anticoagulanti in caso di emorragia = PT, INR,aPTT
• Glicemia (emoglucostest immediato + glicemia venosa)
• Rilevante per il dosaggio e il metabolismo dei farmaci = Funzionalità renale ed epatica
• Elettroliti, in particolare il sodio, che può essere alterato in corso di ictus (soprattutto ESA).
• Troponina ed ECG. L'ictus può essere precipitato da un evento cardiaco acuto o causarlo. L'ECG può evidenziare la fibrillazione atriale, causa frequente di cardioembolismo.Troponina ed ECG
• Gruppo sanguigno = in previsione di eventuali interventi neurochirurgici o procedure invasive.

La rete stroke

La tempestività nell'ictus non dipende solo dalla velocità del singolo clinico: dipende dall'organizzazione del sistema. In Italia la rete stroke è strutturata su un modello hub-spoke: i centri spoke (ospedali periferici con capacità di TC e trombolisi) stabilizzano e trattano i pazienti con trombolisi quando indicata, attivando contestualmente il trasferimento verso i centri hub (centri di riferimento con disponibilità di neuroangiografia interventistica H24) per la trombectomia meccanica nel caso di interessamento di un grosso vaso.
Il percorso ideale dall'ingresso alla decisione terapeutica è sintetizzato nella regola del "door-to-needle time" per la trombolisi (obiettivo < 60 minuti, meglio < 45) e del "door-to-groin time" per la trombectomia (obiettivo < 90 minuti dal'arrivo al centro hub). Ogni minuto guadagnato in questa fase si traduce in outcome neurologico migliore.

Il ruolo del MMG

Il medico di medicina generale, pur non operando direttamente in questo contesto, deve conoscere i principi generali della gestione ospedaliera per tre ragioni fondamentali: per riconoscere precocemente il sospetto di ictus e attivare tempestivamente il 118; per informare correttamente il paziente e i familiari durante il follow-up; per comprendere le scelte effettuate dal team ospedaliero e coordinarsi efficacemente nella fase di continuità assistenziale.

Nel prossimo articolo vedremo quali sono le cause dell'ictus ischemico.

RenatoRossi

Bibliografia

Riporteremo la bibliografia di riferimento nell'ultimo articolo di questa serie.