Ictus cerebrale - 2

Data 21 maggio 2026
Categoria neurologia

Questo articolo fa parte di una serie dedicata all'ictus cerebrale.
Oggi vedremo come classificare l'ictus ischemico.

Questi gli articoli già pubblicati:
• La distinzione tra ictus ischemico ed emorragico (www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=9060)

Classificazione dell'ictus ischemico

Quando la TC cerebrale ha escluso un'emorragia intracranica, il paziente viene inquadrato come probabile ictus ischemico. Ma l'ischemia cerebrale è la via finale comune di meccanismi molto diversi e identificarli non è solo un esercizio accademico: determina infatti la strategia terapeutica nella fase acuta e la terapia preventiva a lungo termine.

• Una delle principali cause da considerare è l'aterosclerosi che interessa le arterie extracraniche – principalmente le carotidi interne nel collo – o le arterie intracraniche di calibro maggiore come l'arteria cerebrale media o l'arteria basilare. Il meccanismo può essere: una trombosi locale sulla placca aterosclerotica oppure un'embolia arteria-arteria, quando frammenti trombotici migrano distalmente. Un meccanismo differente è l'ipoperfusione dovuta a una stenosi critica o subocclusiva. Clinicamente e radiologicamente questi ictus tendono a coinvolgere territori corticali o sottocorticali ampi, compatibili con la distribuzione della grande arteria interessata.

• Una seconda causa, e probabilmente una delle più importanti nella pratica del medico di famiglia, è l'embolia di origine cardiaca. Un embolo che si forma nel cuore – tipicamente nell'auricola sinistra in presenza di fibrillazione atriale, oppure in un ventricolo sinistro dilatato o danneggiato da un infarto miocardico recente – si stacca e raggiunge la circolazione cerebrale. La fibrillazione atriale è di gran lunga la causa più comune di cardioembolismo cerebrale. La caratteristica più insidiosa è che può essere completamente asintomatica e quindi non diagnosticata fino all'evento cerebrovascolare. Un singolo elettrocardiogramma normale non esclude la fibrillazione atriale parossistica: questa può manifestarsi solo episodicamente e sfuggire a una registrazione di pochi secondi o persino a un Holter delle 24 ore. Altre possibili sorgenti emboliche cardiache includono valvulopatie, protesi valvolari ed endocardite. Dal punto di vista dell'imaging cerebrale, l'ictus cardioembolico tende a produrre lesioni corticali o cortico-sottocorticali di dimensioni variabili, spesso multiple e distribuite in territori arteriosi diversi – un pattern che riflette la natura "a pioggia" degli emboli che si frammentano e raggiungono rami diversi in momenti successivi. La presenza di lesioni simultanee in più territori vascolari all'imaging di risonanza magnetica è un segnale forte di provenienza cardiaca dell'embolo.

• L'ictus ischemico può essere dovuto anche a un interessamento dei vasi più piccoli. Le arterie perforanti – piccole arterie che originano direttamente dai tronchi arteriosi maggiori e riforniscono le strutture profonde del cervello come il putamen, il talamo, la capsula interna e il ponte – sono particolarmente vulnerabili agli effetti cronici dell'ipertensione arteriosa e del diabete mellito. Questi fattori di rischio inducono un processo di degenerazione della parete arteriolare, noto come lipoialinosi, che rende il vaso progressivamente vulnerabile all'occlusione. Ma oggi si conoscono anche altri fattori, come ad esempio il microateroma o altri meccanismi di malattia dei piccoli vasi. Le lesioni che ne derivano sono piccole e vengono chiamate lacune (ictus lacunare). La loro sede profonda dà luogo a sindromi cliniche caratteristiche e relativamente stereotipate, anche se non sempre completamente pure: emiplegia motoria senza disturbi sensitivi né cognitivi, sindrome sensitiva pura, disartria con goffaggine della mano, emiparesi atassica. L'assenza di segni corticali come afasia, neglect o deficit del campo visivo è un elemento clinico che orienta verso un ictus lacunare. Queste sindromi "pure" riflettono l'interruzione di un fascio di fibre motorie o sensitive in un punto preciso del percorso, senza coinvolgimento corticale. Molti lacunari lasciano disabilità importante, soprattutto motoria, e cumulativamente favoriscono declino cognitivo e disturbi della marcia.

• Vanno poi considerate le cause rare. La dissezione delle arterie carotide o vertebrale è probabilmente la causa più comune di ictus nel giovane adulto con formazione di un flap intimale, spesso preceduto da un trauma anche minore del collo, che può generare un trombo locale o uno pseudoaneurisma che embolizza. Le trombofilie ereditarie o acquisite – tra cui la sindrome da anticorpi antifosfolipidi – le vasculiti, le cardiopatie strutturali come il forame ovale pervio nel contesto di uno stato protrombotico, e le malattie metaboliche rare come alcune mitocondriopatie completano il quadro.

• Quando il work-up diagnostico completo non identifica nessuna causa, l'ictus viene classificato come criptogenico o di origine indeterminata. Questo gruppo rappresenta circa un terzo/un quarto di tutti gli ictus ischemici. Una quota rilevante di questi casi nasconde una fibrillazione atriale parossistica non ancora documentata (perchè ad esempio intermittente e non presente al momento dell'evento acuto): è per questa ragione che nei pazienti con ictus di origine inspiegata si raccomanda un monitoraggio cardiaco prolungato, idealmente con un loop recorder impiantabile sottocutaneo in grado di registrare il ritmo per mesi o anni. Il monitoraggio a breve termine può non essere sufficiente, poiché una quota rilevante di fibrillazioni atriali viene identificata solo dopo settimane o mesi.



Nel prossimo articolo verrà analizzato il work up diagnostico per identificare la causa dell'ictus ischemico.

RenatoRossi

Bibliografia

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