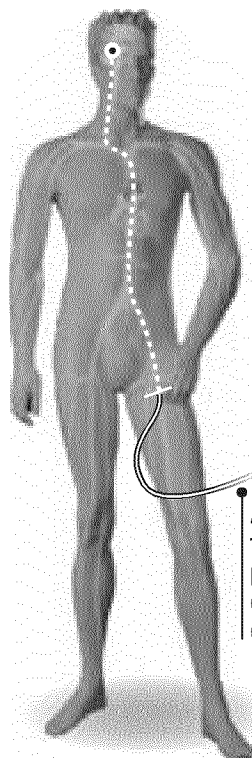


Neurologia Una nuova tecnica ideata in Canada e ora in sperimentazione anche in Italia

Ictus: la cura aspira-trombi

Una sonda è in grado di frantumare e asportare il coagulo

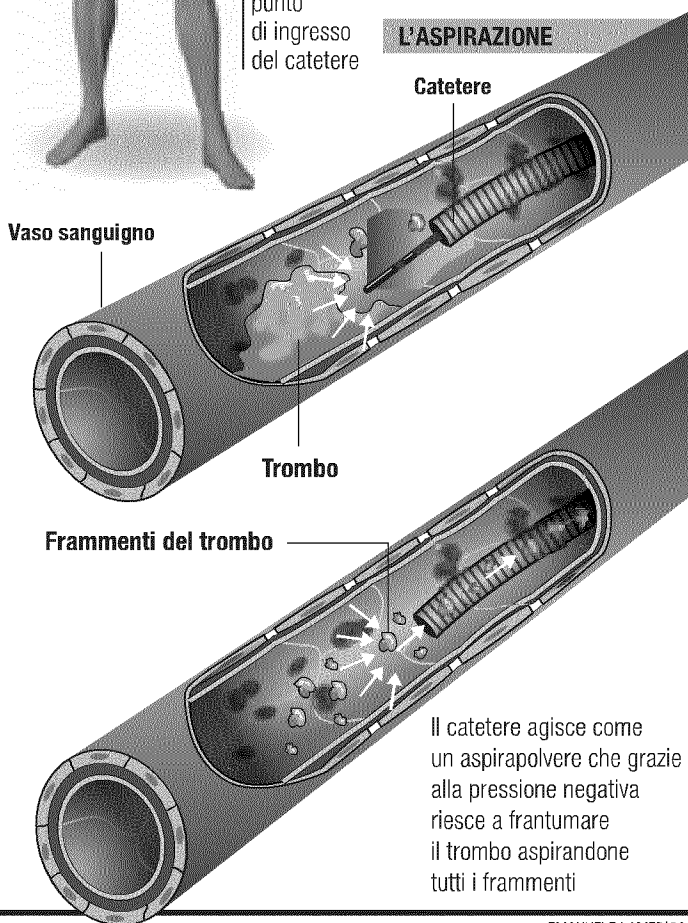


Col tubo via l'ostacolo

All'Università di Calgary l'equipe di Mayank Goyal ha sperimentato con successo su 27 persone colpite da ictus grave una nuova tecnica. Si tratta di far risalire dall'arteria femorale fino ai vasi della testa un catetere che aspira, frantumandolo, il coagulo responsabile dell'ictus. La tecnica è in sperimentazione anche in Italia

Arteria femorale
punto di ingresso del catetere

L'ASPIRAZIONE



Vaso sanguigno

Catetere

Trombo

Frammenti del trombo

Il catetere agisce come un aspirapolvere che grazie alla pressione negativa riesce a frantumare il trombo aspirandone tutti i frammenti

EMANUELE LAMEDICA

vasi che portano il sangue al cervello si ostruisce, le cellule nervose muoiono e la perdita delle funzioni neurologiche, in poche ore, diventa irreversibile.

Per allungare questa finestra temporale, intervenendo in modo mirato dove i neuroni ancora sopravvivono e possono essere recuperati, sono allo studio diverse tecniche che permettono di riaprire i vasi in tempi rapidi anche quando il Tpa, acronimo di attivatore tissutale del plasminogeno, il principale farmaco sciogli-trombi, non è più efficace. Sono metodi meccanici che disintegrano i coaguli con gli ultrasuoni, li tirano via con uno strumento in nickel e titanio che somiglia a un minuscolo cava-tappi, o li risucchiano con un catetere sottilissimo che funziona come un aspirapolvere.

I risultati più recenti di quest'ultima tecnica, proposta dall'azienda californiana Penumbra, sono stati presentati a Quebec City, al Congresso canadese sull'ictus, da Mayank Goyal, direttore del Seaman Centre dell'Università di Calgary. Ventisette persone, tutte colpite da ischemie che potevano danneggiare aree estese del cervello e portare a morte o a gravi disabilità, sono stati strappati alla loro sorte, con un esito che Goyal definisce «miracoloso».

Infatti, non solo è stata salvata la vita, ma si è riusciti a preservare in gran parte le funzioni neurologiche. «Utilizziamo un catetere che, inserito nell'arteria femorale a livello dell'inguine, viene fatto risalire fino ai vasi della testa, dove si trova l'occlusione — spiega Goyal — . L'intervento, per il quale non è necessaria l'anestesia generale, dura 60-90 minuti ed è condotto sotto controllo radiologi-

Una, due, tre ore dall'ictus. Anche quattro e mezza, stando agli studi più recenti. Dopo, pe-

rò, gli interventi per limitare i danni dell'ischemia sono poco utili. Perché, quando uno dei

co». «Aspirare il coagulo permette di eliminare tutti i frammenti, che potrebbero invece depositarsi più a valle con i sistemi a cavatappi o con gli ultrasuoni — commenta Vincenzo Di Lazzaro, direttore dell'Istituto di neurologia del Policlinico Gemelli di Roma —. Più in generale, i trattamenti meccanici possono essere utili, oltre che per i pazienti che giungono all'ospedale tardi e non rispondono al Tpa, anche quando a essere ostruiti sono grossi vasi oppure l'arteria basilare. Quest'ultima porta il sangue ad aree vitali del cervello e se si occlude, la mortalità raggiunge il 90 per cento».

Per i casi più gravi, negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration* ha già approvato sia il sistema a cavatappi, sulla base di studi che mostrano che riesce a riaprire i vasi nel 55 per cento dei casi, sia il *Penumbra*, per cui la percentuale sale all'80 per cento, ma si accompagna a un 11 per cento di emorragie. Servono altri dati per stabilire quando questi metodi sono davvero convenienti, tenuto conto dei rischi e dei costi elevati (richiedono infatti strut-

ture dedicate e personale altamente specializzato).

Per questo è in corso anche in Italia uno studio sul sistema *Penumbra* che coinvolge 20 centri. La ricerca, i cui risultati preliminari saranno noti a settembre, è coordinata dall'Ospedale *Niguarda* di Milano. «Abbiamo già trattato 180 pazienti e prevediamo di arrivare a 300 — spiega Roberto Sterzi, direttore della Struttura di neurologia dell'ospedale milanese. — Un punto critico è la selezione dei casi adatti a questa terapia, che è utile solo se ci sono ancora neuroni vitali che potrebbero essere danneggiati dal mancato apporto di sangue. Per individuarli utilizziamo la risonanza magnetica, che permette di visualizzare il danno cerebrale e di valutare il flusso sanguigno».

Il protocollo del *Niguarda* prevede poi che attraverso l'arteria femorale si somministri anche il Tpa, che di solito è iniettato endovena, ma che in questo modo arriva esattamente nella zona dell'occlusione e può essere utile anche diverse ore dopo l'ictus. «Con questi metodi dovrebbe essere possi-

bile intervenire in modo efficace per tempi più lunghi rispetto a quelli che abbiamo a disposizione attualmente — riprende Sterzi — ma va comunque sottolineato che l'ostacolo principale nel trattamento dell'ictus oggi è che chi ne viene colpito sottovaluta i sintomi, mentre in caso di alterazioni della vista, della capacità di parlare e della sensibilità degli arti si dovrebbe chiamare subito il 118. La metà dei pazienti trattati con il Tpa infatti riguadagna la sua autonomia entro tre mesi, mentre solo un terzo ottiene lo stesso risultato senza il farmaco». E a rendere più critica la situazione, per una malattia che in Italia registra un caso ogni tre minuti ed è la seconda causa di morte e la prima di disabilità, contribuisce anche la carenza di strutture. «Solo il 13 per cento dei pazienti che potrebbe beneficiare dal Tpa riceve il farmaco», denuncia Di Lazzaro.

E le *stroke unit*, le unità specializzate nel trattamento precoce dell'ictus, sono ancora poche: appena 70, distribuite per lo più al centro nord.

Margherita Fronte

Recupero

Nei casi trattati non solo è stata salvata la vita ma si è riusciti a recuperare le funzioni neurologiche