

PATOLOGIA CAROTIDEA

Prof. Anna Florio

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia lo stroke è la terza causa di morte con il 12% di tutti i decessi per anno e la causa principale di invalidità.

La prevalenza e l'incidenza di stroke variano nei vari studi epidemiologici in relazione a:

- metodologia di ricerca
- definizione di stroke
- popolazione di riferimento in rapporto alla struttura etnica e sociale, distribuzione per età e sesso, prevalenza dei fattori di rischio e causali, mortalità e livello assistenziale.

Non sono disponibili a livello nazionale dati di incidenza affidabili generalizzati ma esistono studi riferiti a località geografiche varie.

Il tasso di prevalenza di stroke nella popolazione anziana nazionale è del 6,5% (limiti fiduciali al 95%: 5,8%-7,2%) con incidenza superiore nei maschi [(7,4%) limiti fiduciali al 95%: 4,9%-6,9%] rispetto le femmine [(5,9%) limiti fiduciali al 95%: 4,9%-6,9%]

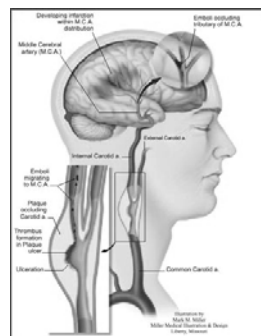
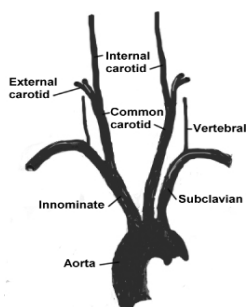
Il 75% degli stroke colpisce età compresa da 65 anni in poi, aumentando progressivamente con l'età: 4,1% da 65 a 69 anni, 6,6% da 70 a 74 anni, 8,1% da 75 a 79 anni, 10,3% da 80 a 84 anni.

I soggetti prevalenti per ictus nel 1990, 727.107, sono destinati ad aumentare nel 2008 a 956.453.

La frequenza relativa dei vari tipi di stroke è: 85% ischemici e 15 % emorragici. Il 16%-20% degli ischemici sono su base cardioembolica, i restanti su base trombotica.

Negli emorragici, il 90% sono secondari a emorragia subaracnoidea e la restante parte a emorragia intracerebrale spontanea.

La mortalità in fase acuta di uno stroke, a 28 giorni dall'esordio, è del 30% con invalidità grave residua nel 40% dei sopravvissuti.



Un TIA si manifesta in 1/3 di soggetti che presenteranno un ictus ischemico definitivo.

Il rischio di stroke in soggetti con TIA o minor stroke è aumentato 10 volte rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso nel primo anno seguente l'episodio iniziale: da 7 a 12% nel primo anno e da 4% a 7% per anno nei primi 5 anni dopo l'evento iniziale.

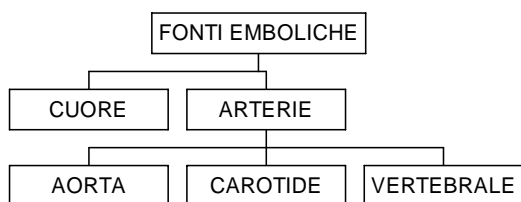
Il TIA è utile?

- Permette di individuare stenosi arteriose sintomatiche
- Permette la prevenzione dello stroke
 - Stenosi sintomatica dell'ICA (dal 70-79% al 90-99%) ⇒ infarto cerebrale entro 24 mesi nel 20-35% dei pazienti

STENOSI CAROTIDEA

Riduzione del lume carotideo con usuale incidenza di localizzazione alla carotide interna extracranica secondario nella maggior parte dei casi a placca ateromasica complicata o non. Seguono con possibile analogo interessamento emodinamico le lesioni secondarie a dolico-carotide (kinking o tortuosità, coiling o boucle, plicature) ed in cui l'alterazione morfologica parietale è variabile, le lesioni displasiche, le lesioni infiammatorie associate sovente ad analogo compromissione dei vasi epiaortici all'emergenza, le dissezioni spontanee o post traumatiche, gli aneurismi. In alcuni casi le lesioni secondarie ad alterazione di tragitto quali le dolico-carotidi possono esprimere il loro potenziale emodinamico solo in particolari posizioni del capo (stenosi funzionali).

Stroke di origine embolica



Stroke di origine embolica fonti arteriose

- Ateroma ulcerato dell'aorta
- Ateroma dell'arteria carotide
- Arteria vertebrale (dissezione)

Il grado di riduzione del lume a livello di stenosi è espresso in percentuale rispetto al diametro del vaso. A livello angiografico, i metodi di misurazione ECST, NASCET e della Carotide Comune sono differenti

