

## I traumi cervicali come causa di ictus

di Dr. Giovanni Migliaccio

Il termine *ictus* (dal latino, colpo) è entrato nel linguaggio comune, grazie anche alle trasmissioni pseudo scientifiche che proliferano nelle nostre TV, la cui causa è spesso attribuita quasi esclusivamente a un'emorragia cerebrale o a un infarto cerebrale.

L'ictus è una delle maggiori cause di morte e, per la prevenzione, quello che viene percepito dall'uomo della strada è limitata al controllo della dieta, della pressione arteriosa, del diabete, di una vita più sana, insomma.

Una causa cui non si pone l'attenzione dovuta, spesso anche da noi medici, è la causa traumatica degli ictus.

Un breve, generico e semplicistico accenno all'anatomia può far comprendere come e perché un ictus cerebrale si può verificare anche in individui giovani senza fattori di rischio.

Il sangue giunge al cervello attraverso 4 assi arteriosi, le due carotidi interne e le due vertebrali.

Queste arterie nascono da un grosso vaso, l'aorta che ha origine dal cuore, prima che questa si diriga verso il torace e l'addome distribuendo i suoi rami al resto degli altri organi del corpo.

Le due carotidi, nel loro tragitto dal cuore al cervello, attraversano la parte anteriore del collo in vicinanza dei corpi vertebrali cervicali, ma a una distanza, diciamo, di sufficiente sicurezza. Le due arterie vertebrali, invece, seguono il medesimo tragitto, ma più posteriormente contraendo rapporti molto stretti con le vertebre cervicali, in quanto esse passano infilandosi accanto alle vertebre come un filo di una collana nei cosiddetti forami vertebrali. Queste arterie, superati tali forami giungono alla base del cranio e vi penetrano per raggiungere le rispettive zone di cervello da irrorare.

Da questa sommaria descrizione si può comprendere come i traumi che interessano il collo e la colonna vertebrale cervicale possano danneggiare tali vasi creando difficoltà alla circolazione del sangue e quindi alla irrorazione del cervello, con conseguenze a volte disastrose.

La lesione di tali vasi viene definita con il termine di **dissecazione**, cioè, l'evento traumatico lede le pareti dell'arteria "scompaginandole" e consentendo in tal modo che il sangue fuoriesca dal lume dell'arteria prendendo false strade.

## ARTERIA CAROTIDE

In passato le dissecazioni della testa e del collo, come causa di ictus, erano ritenute lesioni estremamente rare, al contrario del giorno d'oggi, che sono sempre più ritenute responsabili di tale patologia.

La dissecazione si verifica a causa del sangue che viene spinto "forzatamente" fra i piani dei tessuti che compongono la parete arteriosa. Le cause più facilmente predisponenti sono i traumi assieme ad altri stati morbosi, ma una dissezione arteriosa si può verificare anche spontaneamente, in un'arteria apparentemente normale.

I criteri importanti da tenere in considerazione quanto meno per sospettare la diagnosi di dissezione arteriosa carotidea, sono:

- 1) Paziente giovane con segni clinici di ischemia cerebrale
- 2) Paziente traumatizzato con deficit focale
- 3) TC encefalo normale

Un relativo vantaggio nella patogenesi della dissezione carotidea è che il deficit neurologico spesso compare in ritardo, nel senso che l'incipiente dissecazione può manifestarsi clinicamente con lievi alterazioni disfunzionali o con un TIA prima di presentare un ictus completo.

**Ed è per questo che la diagnosi va fatta precocemente in modo da poter mettere in atto, prima possibile, tutti i provvedimenti terapeutici che devono comunque essere tempestivi.**

Ormai da tempo, numerosi studi in merito, hanno confermato e quindi fatto abbandonare l'errato concetto che le dissociazioni della carotide siano rare. Infatti una dissezione si può verificare in un soggetto apparentemente sano, oppure per un danno vascolare a seguito di varie malattie, come per es. *l'arterite sifilitica*. Tralasciando tali cause e quelle traumatiche da incidenti come le fratture longitudinali della base cranica o quelle più rare in sede intraorale (pilastro tonsillare), in un individuo con anamnesi negativa di traumi recenti, va tenuta presente la lesione da stiramento dell'arteria carotide interna durante un'iperestensione del collo nel suo passaggio sui corpi vertebrali.

Il sintomo iniziale in circa 2/3 dei pazienti è un dolore al collo che si irradia dietro l'orecchio (regione mastoidea) o alla regione nucale (sotto-occipitale) e nel 50% circa dei casi, la sindrome di Claude-Bernard Horner, che si caratterizza per l'*enoftalmo* (più o meno

marcato infossamento del globo oculare nell'orbita), la *ptosi palpebrale* ( abbassamento della palpebra) e la *miosi pupillare* (pupilla più piccola di diametro).

Altro segno, utile come criterio diagnostico, seppur non costante, è la presenza in un soffio o di una massa pulsante del collo (dati clinici che possono far riconoscere rispettivamente una lesione alta o bassa della carotide). Raramente si possono osservare alterazioni del gusto o dei movimenti della lingua per lesione dei nervi cranici vicini.

Se pur è vero che per le malattie cerebrovascolari ischemiche non si conosce una terapia efficace, questo lo è ancor di più per l'ictus completo. Pertanto il trattamento della dissezione carotidea deve mirare alla prevenzione dell'ictus completo.

La terapia anticoagulante, instaurata nelle fasi precoci, è ritenuto il trattamento di scelta ed è quello che può dare maggiori risultati positivi.

Purtroppo però la diagnosi di dissezione della arteria carotide, nel 90% dei casi, non viene fatta finchè non compare un deficit neurologico. Solo nel 10% dei casi il disturbo neurologico coincide cronologicamente con il verificarsi della dissecazione, mentre nella maggioranza dei casi i disturbi neurologici sono ritardati in media di una decina di ore, ma vi sono casi che possono giungere anche a 1-2 anni dalla dissecazione prima che compaiano i sintomi.

La diagnosi di tali forme solo fino a una quindicina di anni fa avveniva solo con l'esame angiografico, esame non del tutto innocuo e comunque invasivo.

L'iter diagnostico non si è modificato negli anni, nel senso che è ancora necessario lo studio dei vasi arteriosi, ma oggi disponiamo di sofisticate tecnologie come la Angio Risonanza Magnetica, esame non invasivo e del tutto privo di rischi.

Questo ci permette di poter con facilità <monitorizzare> l'evoluzione della malattia con angio-RMN successive che ci mostreranno o la rapida progressione con ostruzione del vaso arterioso o, più spesso, il ripristino del normale calibro nell'arco di 1-3 mesi.

Per quanto riguarda la terapia, non si conoscono ancora oggi forme efficaci per un ictus completo. Il trattamento quindi mira alla prevenzione con l'uso di anticoagulanti che rimane quindi il trattamento di scelta da effettuarsi in tempi rapidi nei Centri di Stroke Unit.

A solo titolo divulgativo, in selezionati casi la terapia è chirurgica (endoarterectomia o legatura della carotide) eseguendo, ma non sempre necessario, un by-pass tra l'arteria temporale superficiale e l'arteria cerebrale media.

## ARTERIA VERTEBRALE

La dissezione dell'a. vertebrale, come quella della carotide, può presentarsi come un dolore al collo o con un ictus, ma può passare anche inosservata.

La dissezione dell'a. vertebrale è per lo più dovuta all'iperestensione e rotazione del collo, e può avvenire per traumi o **per manipolazioni chiropratiche sul collo**, o a seguito di colpi di frusta.

La sintomatologia iniziale si caratterizza da un dolore al collo che s'irradia alla nuca (regione sotto-occipitale) ed aumenta o è provocato dalla rotazione della testa. I disturbi neurologici comprendono: *vertigini*, *atassia* (mancanza di coordinazione nei movimenti muscolari), *offuscamento della vista*, *impaccio della parola*, *perdita di memoria e sonnolenza*.

L'esame obiettivo neurologico può essere caratterizzato da una *miosi*, *deficit dei nervi cranici*, *nistagmo* (movimenti ritmici del globo oculare per spasmo dei muscoli che lo muovono).

I sintomi sono ritardati da pochi minuti a giorni nel 30% dei casi e in un altro terzo dei pazienti i sintomi sono gradualmente progressivi. In molti casi, come per la carotide, la lesione guarisce di solito spontaneamente, ma in altri l'arteria può trombizzarsi completamente e, seppur raramente, produrre gravi danni encefalici.

La terapia è solo medica e si avvale degli anticoagulanti.

Testi consultati:

*Wilkins, Trattato di Neurochirurgia; Youmans, Neurological Surgery*

Pubblicato in:

*MinForma, Neurochirurgia, www.medicitalia.it, articolo on line dal 12/07/2009*