Stenosi carotidee asintomatiche: meno gravi di quanto si crede?

Data 19 marzo 2017
Categoria neurologia

Secondo uno studio osservazionale retrospettivo il rischio di ictus nei soggetti con stenosi carotidea asintomatica è minore di quanto comunemente si creda.

Mentre nelle stenosi carotidee sintomatiche il comportamento terapeutico è abbastanza ben standardizzato (terapia medica se stenosi inferiore al 50%, altrimenti rivascolirizzazione), nelle stenosi carotidee asintomatiche la questione è più controversa.

In questi casi non vi è una correlazione stretta tra entità della stenosi e rischio di ictus. C'è da tener conto, infatti, che il tessuto cerebrale, rispetto a quello miocardico, ha un grande vantaggio costituito dal circolo del Willis che sopperirisce in qualche modo alla stenosi di uno dei grandi vasi che irrorano il cervello.
Inoltre la maggior parte degli ictus si verifica non tanto a causa della stenosi della carotide quanto perchè alcune placche tendono ad ulcerarsi e a liberare emboli nel circolo sanguigno. E sono questi ultimi a causare l'ictus o il TIA .

Una revisione sistematica recente ha concluso che le evidenze attualmente disponibili sono insufficienti per stabilire se nelle stenosi carotidee asintomatiche sia preferibile la terapia medica o l'intervento di rivascolarizzazione .
In quell'occasione nel nostro commento auspicavamo lo svolgimento di studi clinici randomizzati e controllati per stabilire quale sia la strategia terapeutica preferibile.

A causa di queste incertezze nel 2008 la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) si pronunciava contro lo screening generalizzato delle stenosi carotidee asintomatiche .
Posizione ribadita anche nelle raccomandazioni del 2014 perchè, al momento, non ci sono studi randomizzati e controllati che abbiano determinato rischi e benefici dello screening nei soggetti asintomatici.

Ad alimentare il dibattito arriva ora uno studio retrospettivo effettuato su 3681 soggetti ad alto rischio, con malattia vascolare, curati presso una clinica per la Prevenzione dell'ictus. I partecipanti sono stati esaminati per un periodo di 20 anni con ecografia carotidea annuale .

Si è osservato che la percentuale di soggetti con stenosi carotidea diminuiva nel corso del tempo grazie alla progressiva introduzione nella pratica clinica di terapie mediche sempre più efficaci (antipertensivi, antiaggreganti, ipolipemizzanti).

Contemporaeamente lo studio ha evidenziato che dei 316 pazienti in cui si era verificata una occlusione della carotide solo quattro ebbero un ictus in un periodo di circa due anni e mezzo.

Insomma, il rischio di ictus in presenza di stenosi carotidea è più basso di quello osservato dopo una procedura di rivascolarizzazione (endoarterectomia o stent carotideo).

Gli autori, infatti, citano i dati dello studio CREST in cui il rischio di ictus a 4 anni era del 4,5% per lo stent e del 2,7% per l'endoarterectomia. Essi notano che i dati derivanti dalla pratica reale sono ancora peggiori: il rischio di ictus dopo una procedura di rivascolarizzazione può arrivare a più del 16% per lo stent e a circa l'11% per l'endoarterectomia.

Un ultimo aspetto interessante derivante dallo studio è questo: non è possibile predire il rischio di ictus ipsilaterale basandosi sull'entità della stenosi oppure sulla presenza di stenosi carotidea controlaterale.

Secondo gli autori circa il 10% dei soggetti con stenosi carotidea asintomatica sono a rischio elevato di ictus. Tali pazienti possono essere identificati tramite un esame Doppler transcranico che dimostri la presenza di microemboli, spia della capacità della placca di ulcerarsi. Come si è detto all'inizio, più che l'entità della stenosi è la tendenza della placca alla ulcerazione a costituire il maggior rischio di ictus.
E' per questo che in tali casi la rivascolarizzazione potrebbe rivelarsi utile.

Gli autori ricordano, infine, che sono in via di sviluppo altre metodiche (ecografia tridimensionale, ecolucentezza, risonanza magnetica, PET, etc.) per poter meglio identificare le stenosi a rischio più elevato.

Un editorialista cita lo studio CREST 2 in fase di attuazione, dal quale verranno maggiori certezze. Lo studio, infatti, si propone di confrontare tra loro, nelle stenosi carotidee asintomatiche, la terapia medica ottimale, lo stent carotideo e l'endoarterectomia.

Chedire?

In attesa di ulteriori contributi da parte della letteratura ci sembra che alcuni paletti utili al medico pratico possano essere piantati:

1) in generale non è consigliato effettuare lo screening delle stenosi carotidee, anche se in alcuni soggetti ritenuti a rischio cardiovascolare molto elevato si potrebbe comunque proporre

2) qualora si riscontri una stenosi carotidea asintomatica si dovrebbe instaurare una terapia medica intensiva

3) per identificare i soggetti a rischio elevato di ictus si può ricorrere al Doppler transcranico: la presenza di microemboli indica che la placca ha la tendenza ad ulcerarsi ed in questi casi può essere proposto l'intervento di rivascolarizzazione.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5816

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3688

3. LeFevre ML et al on the behalf of the US Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic carotid artery stenosis: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.
Ann Intern Med. 2014 Sep 2;161:356-62.

4. Yang C et al. Risk of Stroke at the Time of Carotid Occlusion. JAMA Neurol. Pubblicato online il 21 settembre 2015.

5. Chaturvedi S et al. Are the Current Risks of Asymptomatic Carotid Stenosis Exaggerated? Further Evidence Supporting the CREST 2 Trial. JAMA Neurol. Pubblicato online il 21 settembre 2015.