Rivascolarizzazione carotidea: quando?

Data 25 maggio 2025
Categoria cardiovascolare

Lo studio ECST-2 ha confrontato rivascolarizzazione carotidea e terapia medica ottimale in pazienti con stenosi carotidea a rischio basso o intermedio.

Attualmente le linee guida consigliano di ricorrere alla rivascolarizzazione carotidea nei casi di stenosi sintomatica del 50-99% e nei casi asintomatici di stenosi del 60-99%. Tuttavia questa raccomandazione si basa su studi vecchi mentre ora la terapia medica ha fatto notevoli passi in avanti grazie all'uso di antiaggreganti, antidislipidemici, antipertensivi.
Nei pazienti con stenosi carotidea a rischio medio-basso l'intervento di rivascolarizzazione è davvero superiore alla terapia medica ottimale?

Per rispondere a questa domanda è stato effettuato il Second European Carotid Surgery Trial (ECST-2) che ha arruolato 429 adulti (età media 72 anni) che avevano una stenosi carotidea >/= 50%. I partecipanti con stenosi carotidea sintomatica (circa il 60%) dovevano avere un rischio calcolato tramite il CAR score inferiore al 20% (quelli con punteggio superiore si ritiene beneficino maggiormente della rivascolarizzazione). I pazienti con stenosi asintomatica da almeno 180 giorni (circa il 40%) sono stati ritenuti a basso rischio (come avessero un punteggio calcolato con il CAR score inferiore al 5%).

Il CAR score (Carotid Artery Risk score) è un punteggio che permette di calcolare il rischio di recidiva di ictus ipsilaterale in pazienti con recente ictus e stenosi >/= 50%. Esso considera i seguenti parametri: età, sesso, giorni passati dall'evento, il tipo di evento (per esempio ictus minore o maggiore, ecc.), presenza di diabete, pregresso infarto miocardico, arteriopatia periferica, placca carotidea irregolare/ulcerata, occlusione quasi completa oppure grado della stenosi. Il modello permette di calcolare il rischio di recidiva di ictus ipsilaterale entro 5 anni. Qui un comodo calcolatore online: ndcn.ox.ac.uk/divisions/cpsd/carotid-stenosis-tool-1. Il rischio può essere basso (< 10%), intermedio (10-20%), elevato (> 20%).

I partecipanti allo studio sono stati trattati con terapia medica ottimale (TMO) oppure con TMO e rivascolarizzazione tramite CEA (Carotid EndoArterectomy). La tecnica prevede un'incisione longitudinale della carotide, la rimozione della placca e la richiusura dell'arteria eventualmente con materiale protesico o venoso. Ricordiamo che l'alternativa alla CEA è lo stent carotideo (Carotid Aartery Stenting), procedura meno invasiva eseguita per via endovascolare, di solito preferita nei pazienti ad alto rischio chirurgico che hanno controindicazioni all'endoarterectomia.

L'endpoint primario del trial comprendeva il decesso entro 90 giorni, l'ictus fatale, l'infarto miocardico fatale, ictus e infarto non fatali.
A un follow-up di 2 anni non si sono notate differenze per quanto riguarda l'endpoint primario tra i due gruppi.
Gli autori quindi concludono che nei pazienti con stenosi carotidea asintomatica oppure sintomatica ma a rischio basso o intermedio, secondo i risultati del loro studio, si può ricorrere solo alla terapia medica ottimale, almeno fino a che non saranno disponibili i dati finali con il follow-up di 5 anni.

RenatoRossi

Bibliografia

Optimised medical therapy alone versus optimised medical therapy plus revascularisation for asymptomatic or low-to-intermediate risk symptomatic carotid stenosis (ECST-2): 2-year interim results of a multicentre randomised trial
Donners, Simone J A et al.
The Lancet Neurology, Volume 24, Issue 5, 389 - 399