Forame ovale pervio: che fare?

Data 31 agosto 2025
Categoria cardiovascolare

Una revisione su una condizione abbastanza frequente: il forame ovale pervio.

Il JAMA ha pubblicato un'interessante revisione sul forame ovale pervio (PFO). Trattandosi di una condizione che si può riscontrare con una certa frequenza ne faremo una sintesi.

Il PFO è comune nella popolazione generale (circa 25-30%) ma è ancor più frequente nei pazienti con ictus criptogenico (fino al 50%), suggerendo un possibile nesso causale. In effetti la chiusura percutanea del PFO ha dimostrato, in studi randomizzati, di ridurre significativamente il rischio di recidiva di ictus nei pazienti selezionati con alto sospetto di PFO causale. Tuttavia, non tutti i PFO sono patogeni: è essenziale identificare i pazienti in cui il PFO è effettivamente la causa dell'ictus, per evitare trattamenti inutili.

Pertanto la decisione di procedere con la chiusura del PFO deve basarsi su una valutazione individualizzata del rischio, integrando score prognostici, caratteristiche ecocardiografiche e profilo del paziente.
Particolarmente utili sono gli score RoPE e PASCAL.

Il RoPE score (Risk of Paradoxical Embolism) stima la probabilità che un PFO sia la causa di un ictus criptogenico:
Età: < 30 anni: 5 punti; 30-39 anni: 4 punti; 40-49 anni: 3 punti; 50-59 anni: 2 punti
Ipertensione, diabete, fumo, ictus pregresso: 1 punto
Infarto corticale (non lacunare): 1 punto
Punteggio:
> 6: probabilità elevata che il PFO sia la causa dell'ictus
< 5: bassa probabilità che l'ictus sia dovuto al PFO.

Il PASCAL score è stato sviluppato per predire il beneficio atteso dalla chiusura del PFO:
RoPE score >/= 7: 2 punti
Aneurisma del setto interatriale: 2 punti
Shunt destro - sinistro ampio (> 20 microbolle): 2 punti
Nessun meccanismo alternativo plausibile: 2 punti
Età > 55 anni: 1 punto
Punteggio:
7-9 punti: beneficio alto delle chiusura (candidato all'intervento)
4-6 punti: beneficio intermedio (valutare caso per caso)
< 4 punti: beneficio basso o dubbio.

Chi beneficia di più delle chiusura? La revisione del JAMA indentifica nel paziente giovane (< 60 anni) con infarto non lacunare, shunt ampio, aneurisma del setto il paziente che più trarrà beneficio dall'intervento rispetto alla terapia medica. Va considerato che la procedura ha comunque un piccolo rischio di fibrillazione atriale post-procedura (5-6% dei casi). La chiusura andrebbe evitata, in linea generale, quando vi sono evidenze di cause alternative. Le prove di utilità sonop poche nei soggetti > 60 anni.
Dopo l'intervento si consiglia ASA (eventualmente associato a clopidogrel per 3 mesi) e il monitoraggio clinico ed ECG per fibrillazione atriale.

Sulla base degli score si può consigliare questo albero decisionale:
1) RoPE > 6 + PASCAL > 6, chiusura + ASA
2) RoPE 5-6: valutare caso per caso
3) RoPE < 5 o importante comorbilità: ASA o DOAC.

RenatoRossi

Bibliografia

Kent DM and Wang, AY. (2025). Patent foramen ovale and stroke: A review. JAMA. Pubblicato anticipatamente online: doi.org/10.1001/jama.2025.10946

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 12:11 | Pagina 1 di 1