Stenosi carotidea asintomatica

Data 08 febbraio 2026
Categoria neurologia

Lo studio CREST 2 ridimensione le procedure di rivascolarizzazione nelle stenosi carotidee asintomatiche ≥70%.

Nella stenosi carotide asintomatica si consiglia l'intervento di endoarterectomia quando la stenosi è ≥70%. Pur avendosi un piccolo rischio di ictus perioperatorio i benefici a lungo termine possono essere rilevanti. Tuttavia questa raccomandazione si basa su studi datati mentre attualmente è possibile trattare le stenosi carotidee anche gravi con una terapia medica ottimale.

Nel 2014 è stato avviato lo studio CREST 2 in cui sono stati reclutati circa 1250 pazienti con stenosi carotidea asintomatica ≥70%, randomizzati a intervento di endoarterectomia e a non intervento. In uno studio parallelo altri 1250 pazienti sono stati randomizzati a stenting carotideo o a non stenting. Inoltre tutti i partecipanti venivano trattati con una terapia emmedica ottimale.
L'endpoint primario comprendeva l'ictus o il decesso entro 6 settimane e l'ictus ischemico ipsilaterale dopo la sesta settimana. Il follow-up è stato di 4 anni.

Non vi era nessuna differenza tra endoarterectomia e non endoarterectomia (3,7% vs 5,3%, p = 0,24). Vi era invece una differenza tra stenting e non stenting (2,8% vs 6,0%; p = 0,02); questa differenza era dovuta a un eccesso di 20 ictus non invalidanti nel gruppo non stenting, senza differenza per gli ictus invalidanti; inoltre nel gruppo stenting si sono verificati 1 decesso e 7 ictus nelle prime 6 settimane, senza nessun evento nel gruppo non stenting.

Chedire?
Secondo i risultati dello studio nelle stenosi carotidee asintomatiche ≥70% sembra non esserci nessuna differenza tra endoarterectomia e terapia medica ottimale. Lo stenting ottiene risultati migliori rispetto al trattamento conservativo, ma tutto sommato modesti: ogni 100 pazienti trattati si evita un ictus non invalidante a scapito però di 1 ictus periprocedurale; non è nessuna riduzione degli ictus invalidanti e dei decessi.
Il CREST-2 rappresenta uno studio fondamentale perché mette finalmente alla prova, in un'era di terapia medica ottimizzata, il reale valore della rivascolarizzazione nella stenosi carotidea asintomatica. Il messaggio principale in un certo senso ridimensiona l'entusiasmo interventistico del passato. Quanto vale prevenire eventi non invalidanti se ciò comporta l'induzione di ictus procedurali? In un contesto di pazienti asintomatici, il bilancio rischio–beneficio deve essere particolarmente rigoroso. Va inoltre sottolineato che i risultati derivano da centri ad altissima esperienza, con operatori selezionati e bassi tassi di complicanze. È quindi probabile che tali esiti non siano facilmente riproducibili nella pratica quotidiana, dove la stenosi carotidea asintomatica viene spesso diagnosticata in modo opportunistico e in popolazionieterogenee.
In questo senso, il CREST-2 rafforza la raccomandazione contro lo screening di massa e sostiene un approccio conservativo, centrato sulla terapia medica intensiva (controllo pressorio, lipidico, antiaggregazione, stile di vita). La rivascolarizzazione appare ragionevole solo in una minoranza altamente selezionata di pazienti che sviluppano sintomi o presentano caratteristiche di rischio particolari, ancora da definire meglio.

RenatoRossi

Bibliografia

Brott TG, et al. Medical management and revascularization for asymptomatic carotid stenosis. N Engl J Med 2025 Nov 21. DOI: 10.1056/NEJMoa2508800.

Brown MM, Bonati LH. Managing asymptomatic carotid stenosis. N Engl J Med 2025 Nov 21.DOI: 10.1056/NEJMe2515725.