Endoarterectomia carotidea o stent?

Data 20 febbraio 2010
Categoria neurologia

I risultati a 30 giorni dell' ICSS confermano una maggior efficacia dell'endoarterectomia rispetto allo stenting carotideo.

A Stoccolma, alla XVIII Conferenza Europea sullo stroke, sono stati presentati i dati dell'International Carotid Stenting Study (ICSS) che paragonava l'endoarterectomia allo stenting in pazienti con stenosi carotidea sintomatica. Nello studio, in doppio cieco, sono stati reclutati 1710 pazienti con stenosi carotidea sintomatica del 50% o più: 853 sono stati randomizzati a stent e 857 ad endoarterectomia.
L'end-point primario dello studio era la sopravvivenza libera da stroke disabilitante e i risultati saranno disponibili nel 2011. Al Meeting sono stati, però, presentati i dati preliminari a 30 giorni su stroke, infarto miocardico o decesso.
Nel gruppo randomizzato a stenting sono stati usati vari tipi di stent mentre i dispositivi di protezione antiembolo erano a discrezionedell'operatore.
L'analisi secondo l'intenzione a trattare ha evidenziato che stroke, infarto miocardico o morte si sono verificati nell'8,5% dei casi nel gruppo stenting e nel 5,1% del gruppo endoarterectomia (HR 1,73; 95%CI 1,18-2,52; p = 0,004).
La maggior parte degli eventi registrati è costituita dallo stroke, che è risultato essere quasi il doppio nel gruppo stenting rispetto al gruppo endoarterectomia (65 vs 34), mentre infarti e decessi erano sovrapponibili tra i due gruppi: rispettivamente 3 vs 4 e 7 vs 5.
L'eccesso di ictus è rappresentato soprattutto da forme non disabilitanti (39 vs 14) e da ictus fatali (9 vs 2), mentre non c'è differenza per l'ictus disabilitante (17 vs 19).
L'endoarterectomia è gravata invece da un maggior numero di paralisi a carico dei nervi cranici (44 vs 1).
Durante la discussione è stato fatto notare che nello studio SPACE erano poco frequenti i dispositivi protettivi associati a stenting ed in questo gruppo le complicanze erano minori rispetto allo stenting con protezione, per cui ci si chiede se veramente questi dispoitivi siano in grado o meno di svolgere la loro funzione. I dati dello studio, su questo specifico aspetto, non sono però ancora disponibili.

Fonte:

Studio ICSS, XVIII European Stroke Conference. Stoccolma, 27 maggio 2009.

Commento di Renato Rossi

I due studi principali che hanno paragonato endoarterectomia e stenting sono lo Stent-Supported Percutaneous Angioplasty of the Carotid Artery vs Endarterectomy (SPACE) e l' Endarterectomy vs Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis (EVA 3).
In entrambi lo stenting non era riuscito a dimostrare la non inferiorità rispetto all'endoarterectomia a 30 giorni . Tuttavia i risultati a più lungo termine mostrano che non ci sono differenze tra le due procedure per quanto riguarda lo stroke ipsilaterale .
Anche il follow-up a 3 anni dello studio SAPPHIRE suggerisce che le due metodiche sono di efficacia paragonabile nei pazienti ad alto rischio, ma, come si faceva notare in un precedente commento, il dato richiede un'interpretazione prudente per l'alto numero di drop outs .
Una metanalisi su 2 studi di coorte e 8 RCT per un totale di oltre 3.500 pazienti concludeva che nelle stenosi carotidee a rischio chirurgico medio lo stent comporta un rischio maggiore di morte o ictus a 30 giorni rispetto all'intervento di endoarterectomia, soprattutto nei pazienti sintomatici, mentre per i pazienti a rischio chirurgico elevato rimane incerto il ruolo di qualsiasi tipo di intervento, data la presenza di importanti comorbidità .
Come si vede i risultati preliminari dell' ICSS non dicono nulla di veramente nuovo. Il follow-up a lungo termine porterà un ulteriore contributo di conoscenza, così come lo studio CREST, con circa 2500 pazienti randomizzati ad una delle due opzioni. Per il momento sembra ragionevole concludere che l'endoarterectomia rimane di prima scelta perchè, se anche lo stent, nel medio-lungo termine, appare di efficacia sovrapponibile alla TEA, i risultati a breve termine sono più favorevole alla soluzione chirurgica.
Lo stenting potrebbe essere riservato a pazienti che non vogliono sottoporsi oppure che presentano importanti controindicazioni alla chirurgia.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2771
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4228
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3938
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3825