



Linee guida per le stenosi dei vasi epiaortici

Data 28 novembre 2011
Categoria cardiovascolare

Le recenti linee guida per le stenosi dei vasi epiaortici possono essere un utile punto di riferimento anche per il medico generalista.

Sono state pubblicate le linee guida dell'American College of Cardiology, dell'American Heart Association e di altre società scientifiche sulle stenosi carotidee delle arterie vertebrali.

Screening

Viene confermato che lo screening delle stenosi carotidee nelle persone asintomatiche non è raccomandato. Lo screening con ecodoppler può essere previsto prima di un intervento di by pass coronarico nei seguenti pazienti: età > 65 anni, stenosi dell'arteria coronaria sinistra principale, storia di ictus o TIA, soffio carotideo. Rimane da provare l'utilità della rivascolarizzazione carotidea durante l'intervento coronarico nei pazienti asintomatici.

Test per la diagnosi

Il test diagnostico di primo livello è l'ecodoppler dei vasi epicranici, sia nei pazienti senza sintomi con sospetta stenosi carotidea sia nei pazienti con sintomi di tipo neurologico. L'angioRM oppure l'angioTAC sono consigliate come test di secondo livello nei pazienti sintomatici in cui l'ecodoppler dia risultati incerti oppure in quei contesti in cui il test di primo livello non sia disponibile.

Terapiamedica

E' importante che il paziente con stenosi dell'arteria carotide o vertebrale smetta di fumare e abbia una pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg. Da consigliare anche una dieta e un esercizio fisico adeguati. E' raccomandata una statina per ridurre il colesterolo LDL a livelli inferiori a 100 mg/dL. Nei diabetici il target dovrebbe essere inferiore a 70 mg/dL. Sempre nei diabetici è importante il trattamento dell'iperglicemia. Tuttavia le linee guida ammettono che la prevenzione dell'ictus non è stata dimostrata per valori di emoglobina glicata inferiori al 7%. Nelle stenosi carotidee e vertebrali è raccomandata la prescrizione di ASA (75 - 325 mg/die). Questa raccomandazione deriva dal fatto che la presenza di una malattia stenotica a livello carotideo o vertebrale comporta un aumentato rischio non solo di ictus ma anche di infarto miocardico e di altri eventi cardiovascolari. Però si ammette che al momento la terapia antiaggregante non ha dimostrato di ridurre l'ictus nelle stenosi asintomatiche.

Terapia medica nelle stenosi sintomatiche

Dopo un ictus oppure un TIA le terapie raccomandate sono: ASA (75 - 325 mg/die), clopidogrel (75 mg/die) oppure la combinazione ASA/dipiridamolo a lento rilascio (25/200 mg x 2/die). Ognuna di queste scelte è preferibile alla associazione ASA/clopidogrel a causa dell'aumentato rischio emorragico.

Terapiachirurgica

Nelle stenosi sintomatiche la scelta tra stenting ed endoarterectomia dipende da vari fattori. Nei pazienti anziani è preferibile la chirurgia, soprattutto se l'anatomia vascolare non è favorevole per lo stenting. Al contrario lo stenting può essere preferibile nei casi in cui l'anatomia renderebbe difficile la chirurgia.

Fonte:

Brott TG et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: Executive summary
J Am Coll Cardiol 2011 Feb 22 ; 57:1002.

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida sono interessanti, nei punti fondamentali, anche per il medico generalista. Tuttavia non vi sono novità di rilievo.

Per quanto riguarda lo screening nei soggetti asintomatici si può aggiungere che può comunque essere ragionevole consigliarlo nei soggetti a rischio cardiovascolare molto elevato per la presenza di multipli fattori di rischio.

Rimane, per completare il quadro, da ricordare quali sono le indicazioni all'intervento di rivascolarizzazione (chirurgia o stenting).

Nelle stenosi carotidee sintomatiche ci si limita alla terapia medica se la stenosi è inferiore al 50%. Se superiore al 50%



vi è indicazione alla rivascolarizzazione, a meno che non esistano gravi condizioni di comorbidità che controindicano l'intervento.

Nelle stenosi asintomatiche vi sono pareri discordanti dato che non vi è una correlazione stretta tra entità della stenosi e rischio di ictus. Le linee guida SPREAD consigliano la rivascolarizzazione se la stenosi è superiore al 60% purchè il paziente abbia una aspettativa di vita superiore ai 5 anni e il rischio operatorio di complicanze gravi (decesso, ictus) ad un mese sia inferiore al 3%. Le stesse linee guida auspicano però ulteriori studi e revisioni sistematiche per determinare quali soggetti con stenosi asintomatica possono trarre beneficio dall'intervento.