



Trombectomia endovascolare nell'ictus ischemico

Data 02 ottobre 2016
Categoria neurologia

Una metanalisi di 5 RCT suggerisce che la trombectomia endovascolare è efficace nei casi di ictus ischemico da ostruzione di un grosso vaso, indipendentemente dalle caratteristiche del paziente.

In una pillola precedente si è visto che la riperfusione, nell'ictus ischemico, migliora gli esiti clinici, ma vi sono anche criticità nel trasferire questa pratica nel mondo reale: timing dell'intervento, selezione dei pazienti, disponibilità di strutture adeguate e specializzate, uso di stent retrievers .

Una metanalisi di 5 RCT (MR CLEAN, ESCAPE, REVASCAT, SWIFT PRIME, e EXTEND IA) ha cercato di stabilire l'utilità della trombectomia in soggetti con ictus ischemico dovuto all'occlusione di un'arteria prossimale anteriore . Lo scopo della metanalisi era di determinare se la trombectomia sia efficace in tutti i pazienti oppure se l'efficacia sia diversa in un sottogruppo rispetto ad un altro.

I pazienti arruolati in questi RCT venivano trattati con trombectomia endovascolare (entro 12 ore dall'insorgenza dei sintomi) oppure con terapia standard. In tutto sono stati valutati i risultati di 634 soggetti sottoposti a trombectomia e di 653 controlli.

La metanalisi ha evidenziato che la trombectomia endovascolare riduce la disabilità a tre mesi con un NNT di 2,6.

L'efficacia della trombectomia si manteneva simile in tutti i sottogruppi di pazienti esaminati, compresi soggetti con più di 80 anni, quelli che venivano trattati dopo 5 ore dall'inizio dei sintomi e quelli che non si era potuto trattare con alteplase pervia venosa.

Non vi era differenza tra i vari sottogruppi per quanto riguarda la mortalità a 90 giorni e il rischio di emorragia intracranica sintomatica o di ematoma parenchimale.

Insomma, la metanalisi dimostra che la trombectomia endovascolare è utile indipendentemente dalla tipologia di paziente trattato.

Come notano gli autori rimane però la necessità di predisporre sul territorio adeguate strutture ospedaliere che siano in grado di intervenire precocemente e abbiano le necessarie competenze specialistiche per attuare la trombectomia endovascolare nei casi di ictus ischemico da ostruzione di un grosso vaso arterioso.

D'altra parte a conclusioni simili arriva un'altra metanalisi pubblicata contemporaneamente dal BMJ . In essa sono stati analizzati i risultati di 10 RCT con quasi 3000 pazienti arruolati. Vi sono prove di qualità moderata o elevata che la trombectomia endovascolare associata alla trombolisi endovenosa con rTPA effettuate da 6 a 8 ore dopo l'inizio dei sintomi è associata a migliori esiti funzionali rispetto alla sola trombolisi nei casi di ictus ischemico acuto da occlusione di un grosso vaso della circolazione anteriore.

Gli autori concludono che i pazienti affetti da questo tipo di ictus, se trattati con trombectomia endovascolare associata a trombolisi endovenosa, hanno una probabilità doppia, rispetto alla sola trombolisi, di essere senza disabilità e una probabilità una volta e mezzo superiore di essere indipendenti dal punto di vista funzionale a tre mesi dall'evento acuto. Questi risultati sono validi per soggetti di età inferiore agli 85 anni, con occlusione di un grosso vaso del circolo anteriore e con danno cerebrale non esteso e purché l'intervento sia effettuato entro 6-8 ore dall'inizio dei sintomi.

Ricordiamo che una metanalisi precedente pubblicata da JAMA di 8 RCT per quasi 2500 pazienti arruolati era arrivata a conclusioni simili per quanto riguarda il miglioramento degli esiti funzionali a 90 giorni ottenibile con la trombectomia associata alla trombolisi, ma evidenziava anche che mortalità totale ed emorragie intracraniche sintomatiche non differivano rispetto alla sola terapia con trombolisi endovenosa.

Chedire?

Le evidenze di letteratura sembrano concordi nel dimostrare che a tre mesi dall'evento acuto la trombectomia associata alla trombolisi ottiene benefici superiori alla sola trombolisi per quanto riguarda gli esiti funzionali. Non ci sono dimostrazioni che migliori la mortalità totale che però non può essere il solo parametro da considerare dato che nell'ictus anche riuscire a ridurre la disabilità è un obiettivo di tutto rispetto.

Valgono ovviamente le considerazioni finali che abbiamo esposto in una precedente occasione e che abbiamo sinteticamente richiamato all'inizio di questa pillola: adeguata selezione dei pazienti, timing della procedura, disponibilità di strutture, strumenti e personale .



RenatoRossi

Bibliografia

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6321>
2. Goyal M et al. for the HERMES collaborators. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016 Apr 23; 387:1723–1731.
3. Rodrigues FB et al. Endovascular treatment versus medical care alone for ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016 Apr 23; 353 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1754>
4. Badhiwala JH et al. Endovascular Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke A Meta-analysis *JAMA* 2015 Nov 3;314(17):1832-1843. doi:10.1001/jama.2015.13767.