Ictus ischemico dei grossi vasi: alteplase dopo trombectomia meccanica

Data 08 maggio 2026
Categoria neurologia

Nell'ictus ischemico da ostruzione di un grosso vaso un RCT ha valutato l'efficacia dell'alteplase in aggiunta alla trombectomiameccanica.

Nell'ictus ischemico da occlusione di un grosso vaso lo standard di cura è rappresentato dalla trombectomia meccanica con la quale si riesce a raggiungere elevate percentuali di riapertura dell'arteria. Tuttavia il recupero completo senza disabilità significativa a 90 giorni si realizza solo nel 30% dei casi circa. La somministrazione aggiuntiva di alteplase intra-arterioso dopo la trombectomia potrebbe migliorare gli esiti funzionali?

Per stabilirlo è stato effettuato uno studio randomizzato e controllato in aperto su 440 pazienti (età mediana 76 anni) con ictus ischemico da occlusione di un grosso vaso (occlusione isolata dell'arteria carotide interna, dell'arteria cerebrale media o dell'arteria cerebrale anteriore). I partecipanti sono stati trattati con alteplase somministrato in 15 minuti in aggiunta alla trombectomia oppure sola trombectomia.
L'endpoint primario era un eccellente stato funzionale valutato a 90 giorni (punteggio con il Rankin Scale score modificato di 0 o 1). Come endpoint secondario è stato valutata anche l'ipofunzione residua determinata tramite tomografia di perfusione computerizzata.
Dopo 90 giorni il 57,7% dei pazienti trattati con trombectomia + alteplase (123/214) avevano uno stato funzionale eccellente rispetto al 42,5% (93/219) del gruppo trombectomia. Un'ipoperfusione residua si è registrata nel 28,6% e nel 50,5% dei casi rispettivamente mentre una emorragia intracranica sintomatica si è avuta nell'1,4% e nello 0,5%.
La mortalità totale a 90 giorni è stata quasi il doppio nel gruppo trombectomia + alteplase (12,1% versus 6,4%).
Gli autori ricordano che solo 1 decesso può essere attribuito direttamente al farmaco in studio, che le cause di morte erano eterogenee e non riconducibili a un pattern tipico delle complicanze da trombolisi e che una meta-analisi recente su 6 RCT (1971 pazienti) non ha riscontrato differenze nella mortalità a 90 giorni né un aumento significativo di emorragie intracraniche sintomatiche.
Il segnale di mortalità più elevata nel gruppo trattato richiede ulteriore approfondimento ma anche cautela nella sua interpretazione.

Un editoriale di commento sottolinea che anche dopo una ricanalizzazione efficace molti pazienti non hanno risultati funzionali eccellenti. Forse l'apertura del vaso non riflette del tutto l'adeguatezza della riperfuzione tissutale. Su queste considerazioni si basa l'approccio dello studio qui recensito che ha esplorato una terapia adiuvante che va oltre la riapertuta meccanica del vaso. L'editoriale evidenzia che i risultati ottenuti sono clinicamente significativi ma anche che vi sono segnali di sicurezza in un certo senso preoccupanti come la mortalità a 90 giorni quasi raddoppiata nel gruppo alteplase, soprattutto nella prima settimana dopo l'intervento. Il fenomeno non è chiaramente spiegabile poichè l'emorragia intracranica sintomatica è stata rara e non differiva in modo statisticamente significativo tra i due gruppi. Inoltre l'editoriale sottolinea un altro aspetto: degli iniziali 3786 pazienti, solo 440 sono stati randomizzati, il che significa che i risultati dello studio si applicano a una popolazione molto selezionata. Il CHOICe-2 per il momento non sembra in grado di cambiare la pratica clinica, anche se terapie aggiuntive alla trombectomia meritano ulteriori studi per individuare chi ne potrebbe maggiormente beneficiare.

Chedire?

Questo studio riguarda direttamente la fase ospedaliera acuta e la gestione endovascolare dell'ictus. Per il MMG è importante però conoscere queste evidenze soprattutto per informare correttamente i pazienti e i familiari sulle potenzialità dei trattamenti disponibili.
Indipendentemente dal trattamento ricevuto, la gestione post-ictus rimane fondamentale:
• Prevenzione secondaria precoce (anticoagulazione in caso di FA, antiaggregatici, statine, controllo pressorio)
• Riabilitazione neuromotoria e cognitiva precoce e continuativa
• Valutazione sistematica della disabilità residua con scale validate (mRS, Barthel)
• Attenzione alla qualità di vita riferita dal paziente (patient-reported outcomes)
• Screening e gestione della depressione post-ictus

In conclusione: per ogni 7 pazienti trattati con alteplase IA dopo trombectomia riuscita, 1 paziente in più raggiunge un esito eccellente (assenza di disabilità significativa) a 90 giorni. Questo rappresenta un beneficio clinicamente rilevante in una patologia ad alto impatto sulla qualità di vita, tuttavia studi futuri potranno meglio chiarire alcuni aspetti rimasti in ombra come ad esempio la selezione accurata dei pazienti che possono trarre maggior beneficio da questa pratica.

RenatoRossi

Bibliografia

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 24/11/2026 alle ore 20:22 | Pagina 1 di 2

Renú A et al. Adjunctive Intra-Arterial Alteplase After Successful Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke. The CHOICE-2 Randomized Clinical Trial. JAMA. Published Online: May 7, 2026
doi:10.1001/jama.2026.5164

Fischer U et al. Intra-arterial Alteplase After Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke—The Right Choice for All Patients? JAMA. Published Online: May 7, 2026. doi: 10.1001/ja