# Ictus ischemico da occlusione dei vasi cerebrali piccoli-medi distali: serve la trombectomia?

**Data** 26 novembre 2026
**Categoria** neurologia

Lo studio DISTAL suggerisce che nell'ictus ischemico da interessamento di vasi medi o distali la trombectomia non apporta benefici aggiuntivi rispetto alla terapia medica ottimale.

La trombectomia nell'ictus ischemico da occlusione dei vasi prossimali (carotide interna, cerebrale media e basilare) è diventata lo standard di trattamento. Questo ha portato all'ipotesi di effettuare la procedura anche quando l'occlusione riguarda i vasi più distali: M2 non dominate, M3, PCA distali, ACA distali.

Per comodità ricordiamo gli acronimi con cui vengono identificate le arterie cerebrali:
- cerebrale media: M1 = tratto principale, M2 = rami secondari, M3 ed M4 = rami più piccoli e distali
- arteria cerebrale anteriore: ACA = A1, A2, A3
- arteria cerebrale posteriore: PCA = P1, P2, P3.
In pratica più il numero aumenta più il vaso è periferico e sottile.

Tuttavia non è certo che il trattamento endovascolare (trombectomia) dei vasi medi o distali apporti ulteriori benefici rispetto alla terapia medica. Per questo motivo è stato effettuato lo studio DISTAL, un trial multicentrico randomizzato che ha interessato 55 ospedali in Europa e Medio Oriente con 543 pazienti affetti da ischemico da occlusione di un vaso medio o distale.
I pazienti avevano uno score NIHSS* mediano di 6 (ictus generalmente lieve-moderato) e sono stati randomizzati a trombectomia + terapia medica ottimale o solo terapia medica ottimale.
Lo studio ha valutato la disabilità a 12 mesi tramite scala mRS** e la sopravvivenza globale.
Non è emerso alcun vantaggio significativo della trombectomia né sulla disabilità né sulla sopravvivenza.

Chedire?

Gli ictus da occlusione dei vasi medi o distali sono spesso meno gravi di quelli causati dall'interessamento di un grosso vaso. Infatti i pazienti dello studio DISTAL avevano un NIHSS*mediano di 6. Questo significa che molti pazienti recuperano discretamente già con la
trombolisi EV e la terapia medica. Il miglioramento aggiuntivo della trombectomia è quindi discutibile. Da considerare inoltre che la procedura endovascolare richiede tempo, cateterismo intracranico, manipolazione di vasi piccoli e fragili, rischio di perforazione/emorragia. Pertanto il rapporto rischi/benefici può essere sfavorevole.
Questo studio è un buon esempio di medicina evidence-based: una procedura sofisticata e biologicamente plausibile non necessariamente migliora gli esiti reali.
È possibile che futuri studi identifichino sottogruppi di pazienti che potrebbero trarre giovamento dalla trombectomia dei vasi medi/distali, ad esempio deficit altamente invalidanti ma NIHSS basso (es. afasia isolata), pazienti giovani, mismatch perfusionale importante, fallimento della trombolisi.
Lo studio DISTAL, comunque, è un esempio importante di “de-escalation” in neurologia interventistica: capire dove una procedura funziona davvero è essenziale quanto dimostrare dove non serve.

* NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale. Scala neurologica usata per quantificare gravità dello stroke. Punteggio da 0 = normale a 25 = ictus gravissimo
Indicativamente:
- score 1-4: lieve
- 5-15: moderato
- 15: severo

** mRS = modified Rankin Scale. Scala della disabilità dopo ictus. Va da 0 a 6:
0 = nessun sintomo
1 = sintomi minimi
2 = indipendente
3 = necessita aiuto parziale
4 = dipendenza significativa
5 = completamente dipendente
6 = morto
Nel trial il valore mediano era 2 in entrambi i gruppi: quindi mediamente i pazienti restavano abbastanza autonomi indipendentemente dalla trombectomia.

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

Fischer U, Brehm A, Ribo M, et al. **Endovascular treatment for medium or distal vessel occlusion stroke (DISTAL): 12-month outcomes of a multicentre, open-label, randomised trial.** Lancet Neurol. 2026 Jun;25(6):571-580. doi: 10.1016/S1474-4422(26)00169-9. Epub 2026 May 6.