

Una carotide “inappropriata”...

“Quando richiediamo un esame, domandiamoci prima se ha un senso. Non facciamo indagini a tappeto che probabilmente non ci porteranno da nessuna parte... non medicalizziamo persone che starebbero meglio a farsi una bella passeggiata nei boschi”

Domenica Basile - A.S.P. La Quiete” (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) - Udine

Vi capitano mai periodi in cui fate fatica a fare qualsiasi cosa? Quando siete svegliati e avete mille pensieri in mente, e di questi neanche uno inerente alle cose che dovrete fare? Ecco, è quello che mi sta capitando.

Un po’ come quando si era a scuola, si doveva studiare tutto il pomeriggio, e ci si perdeva a guardare le foglie che cadevano fuori dalla finestra. Quando avete questo stato d’animo, è difficile fare tutto.

Anche affrontare un pomeriggio ambulatoriale a dopplerare in lungo e largo (o meglio in assiale e trasversale) le carotidi. Inoltre la seduta di oggi è particolarmente fastidiosa. Ti ritrovi infatti a fare esami di cui non capisci minimamente l’indicazione o meglio - anche la capisci - ma sai che non è assolutamente un’indicazione corretta (i radiologi pensano ne sappiano qualcosa).

➤ Il primo paziente che ti capita è un 35enne con colesterolo totale 250 mg/dL.

➤ La seconda è una donna 50enne che soffre da anni di vertigini.

➤ Il terzo è un 45enne con sensazione di testa vuota e capogiri da alcune settimane (badate bene, priorità B).

➤ Il quarto l’ha voluto fare lui, così per un controllo, e il suo medico gliel’ha prescritto.

➤ La quinta, una signora 65enne in perfetta salute, ha deciso di fare un tagliando completo a tutti gli organi, e le mancavano solo i grossi vasi del collo. “Sa, l’ho appena fatto alla macchina, ora tocca a me”. Pensa di essere simpatica. Non sa che quando hai quel periodo fastidioso, ogni parola è di troppo.

Neanche dire che tutti gli esami del pomeriggio mostravano delle carotidi perfette.

Allora vediamo di rendere utile questa inutile seduta di doppler pomeridiana, andando a vedere cosa ci dicono le linee guida sullo screening delle carotidi. È indicato? Quando?

Quando invece rischiamo di fare esami inutili e di medicalizzare sempre di più delle persone sane?

Dunque, in accordo con le linee guida, i compilatori di uptodate suggeriscono di non effettuare screening per stenosi carotidea con test di immagini vascolari nei pazienti asintomatici. Sebbene non vi siano trial randomizzati controllati che valutano l’utilità di tale screening, questo non sembra essere legittimato in base alle seguenti osservazioni:

- la prevalenza di stenosi carotidea asintomatica nella popolazione è bassa; per quanto riguarda la stenosi carotidea severa (>70%) la prevalenza aumenta con l’età da circa lo 0% al 3%;
- il rischio annuale di stroke omolaterale in pazienti con stenosi carotidea asintomatica è relativamente basso (<1%/anno);
- non ci sono caratteristiche o marker clinici validati che possano identificare un sottogruppo di pazienti asintomatici che potrebbero avere una stenosi carotidea e che potrebbero beneficiare dalla rivascolarizzazione;
- l’uso routinario di eco-colordoppler per riscontrare una stenosi carotidea asintomatica - condizione a bassa prevalenza della popolazione generale - potrebbe determinare molti più falsi positivi rispetto ai veri positivi, il che potrebbe portare a molti interventi inutili e futili, inclusi esami aggiuntivi (angioTC, angioRM) e procedure di rivascolarizzazione, con i rischi conseguenti associati di

morbilità e mortalità. Sia l’endoarterectomia che lo stenting carotideo sono associati con un incrementato rischio di stroke e di morte a 30 giorni che va - a seconda dei centri - dal 2% al 4%.

► Principali linee guida

Queste raccomandazioni (cioè evitiamo lo screening negli asintomatici) riportate su *Uptodate* concordano in generale con le principali linee guida, anche se vi sono alcune differenze tra queste.

- Il 2014 United States Preventive services Task Force (USPSTF) si esprime contro lo screening per le stenosi carotidee asintomatiche nella popolazione generale.

- Le linee guida del 2011 per la prevenzione primaria dello stroke dell’American Heart Association/American Stroke Association afferma che lo screening della popolazione per la stenosi carotidea asintomatica non è raccomandato.

- Le linee guida comuni del 2011 elaborate da multiple società statunitensi (American College of Cardiology, American Heart Association, American College of Radiology, Society for Vascular Surgery) avvisano che l’ecocolordoppler carotideo “non è raccomandato per screening di routine dei pazienti asintomatici che non hanno manifestazioni cliniche o fattori di rischio per l’aterosclerosi”; queste linee guida tuttavia fanno notare che è ragionevole effettuare lo screening con il doppler in pazienti asintomatici con soffio carotideo, e che l’ecocolordoppler delle arterie carotidi “può essere considerato” in pazienti che hanno aterosclerosi sin-

tomatica in altri distretti o che hanno 2 o più fattori di rischio per aterosclerosi.

Approfondimento

Visto che abbiamo parlato di screening, proseguiamo a parlare più in generale di definizioni, terapia medica e chirurgica delle stenosi carotidee. Un bel ripasso non fa mai male.

Definiamo stenosi carotidea asintomatica la presenza di una stenosi della carotide interna extracranica in pazienti privi di una storia di stroke ischemico o di TIA nel territorio carotideo omolaterale.

La patologia carotidea sintomatica è invece definita dalla presenza di sintomi neurologici focali (es. amaurosi fugace, paresi controlaterali, disartria o afasia) nel territorio di perfusione dell'arteria carotidea che presenta stenosi significativa; per essere considerata sintomatica, il disturbo neurologico deve essere comparso non oltre i 6 mesi precedenti.

È di fondamentale importanza nella pratica clinica quotidiana selezionare accuratamente i pazienti per stabilirne il follow-up e la terapia medica/chirurgica in base all'entità e alle caratteristiche della stenosi carotidea.

I pazienti ambulatoriali con sospetta stenosi carotidea è bene suddividerli, per la successiva gestione, in base alla presenza o meno di sintomi neurologici compatibili con la presenza di stenosi carotidea.

► Stenosi asintomatica

Il rischio stimato di stroke omolaterale in pazienti con stenosi carotidea asintomatica (stenosi >50%) è circa del 0.5-1%/anno; è inoltre un fattore predittivo di IMA o morte per cause vascolari. La stenosi carotidea asintomatica è pertanto da considerare un rischio equivalente di patologia cardiovascolare.

Per tale motivo, nel momento in cui viene riscontrata, la terapia consta innanzitutto di:

- correzione dei fattori di rischio cardiovascolare (fumo, ipertensione arte-

riosa, DM2, dislipidemia),

- trattamento farmacologico (terapia antiaggregante).

Alla valutazione del paziente con aterosclerosi carotidea inoltre si forniscono indicazioni igienico-comportamentali e farmacologiche adeguate, secondo linee guida specifiche, per:

- smettere di fumare, al bisogno consigliando al paziente di recarsi presso il Centro di riferimento per percorsi assistiti di disassuefazione dalla nicotina;
- mantenere la PA <140/90 mmHg;
- mantenere il colesterolo-LDL <100 mg/dL in prevenzione primaria o <70 mg/dL in prevenzione secondaria e nei diabetici, fornendo consigli dietetici e adeguando la terapia con statine;
- mantenere HbA1c <7%.

Se la stenosi riscontrata all'esame ecodoppler è <70%, è bene ottimizzare la terapia medica, e quindi proseguire con un follow-up.

Se invece la stenosi è >del 70% - in pazienti con condizioni cliniche idonee a un'eventuale opzione chirurgica - il paziente va indirizzato ad eseguire un esame diagnostico di 2° livello (angioTC) e successivamente - se viene confermata la significatività del grado di stenosi - va indirizzato in ambulatorio di chirurgia vascolare.

Tale percorso va accelerato come tempistica se il paziente presenta un rischio particolarmente elevato di stroke, stimabile in base alla presenza di uno dei seguenti fattori:

- rapida progressione del grado di stenosi;
- caratteristiche di instabilità di placca ad alto rischio;
- ridotta riserva cerebrovascolare;
- presenza di infarti embolici cerebrali silenti ipsilaterali alle neuroimmagini.

► Stenosi carotidea sintomatica

La stenosi carotidea sintomatica viene definita quando vi sono sintomi neurologici focali che insorgono acutamente e sono riferibili all'appropriato territorio di perfusione della carotide interessata; il disturbo neurologico deve essere com-

parso non oltre i 6 mesi precedenti. Vertigini e sincope non sono generalmente secondari a stenosi carotidea; pertanto i pazienti con tali sintomi vengono considerati asintomatici anche in presenza di un riscontro di stenosi carotidea.

Tutti i pazienti sintomatici vanno pertanto sottoposti ad esame ecodoppler TSA: se tale esame evidenzia una stenosi >70% - con sede compatibile con il sintomo neurologico e il paziente è in condizioni cliniche idonee a un'eventuale opzione chirurgica - va effettuato in tempi brevi un esame diagnostico di 2° livello (angioTC) e successivamente - se viene confermata la significatività del grado di stenosi - va proposto per intervento di TEA.

In base alla gravità del quadro clinico neurologico - secondo le LG internazionali - va scelta la tempistica per l'esecuzione della procedura chirurgica:

- in emergenza o comunque entro le 48 ore nel caso di sintomatologia neurologica in progressione/fluttuante o di TIA in crescendo;
- dopo le 48 ore dall'evento ma entro i 15 giorni dopo un TIA o uno stroke non disabilitante;
- per quanto concerne gli ictus ischemici moderati-severi, si valuterà in base all'estensione dell'area ischemica all'indagine TAC, in base alla presenza o meno di infarcimento emorragico e di edema cerebrale e del quadro neurologico del paziente: là dove indicata, l'indirizzo è di eseguirla entro le 6 settimane.

In alcune condizioni particolari va considerata la procedura endovascolare di stenting carotideo piuttosto che la TEA:

- lesione carotidea non adatta all'approccio chirurgico;
- stenosi secondaria a radiazioni del collo;
- restenosi dopo endoarterectomia;
- comorbidità clinicamente significative che aumentano il rischio anestesiologico e chirurgico.

• *Articolo presente anche in <https://medicinainterna.blog>*

Bibliografia disponibile a richiesta