

Indicazioni e timing nel trattamento della stenosi carotidea in acuto: le nuove Linee Guida SICVE*

P. Sirignano

In ottemperanza alle nuove normative ministeriali, la Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE), in collaborazione con altre società scientifiche *Italian Stroke Association* – Associazione Italiana Ictus, Società Italiana di Cardiologia Interventistica, Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare, Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica, Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani, Società Scientifica SNAMI per la Salute e con la partecipazione dell'associazione dei Pazienti ALICE ITALIA ODV, ha pubblicato nell'ottobre del 2021 le Linee Guida su *“Diagnosi e trattamento della patologia steno ostruttiva carotidea extracranica e prevenzione dell'ictus cerebrale”* (https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/10/LG-261-SICVE_Patologia-Carotidea.pdf).

Scopo di questo lavoro è presentare le raccomandazioni elaborate dal panel per quanto riguarda Indicazioni e Timing nel trattamento delle stenosi carotidee in acuto.

Di seguito le Raccomandazioni elaborate dal Panel.

Stenosi carotidea in emergenza/urgenza – Indicazioni alla rivascolarizzazione carotidea

1. Nel paziente con singolo episodio di TIA e con stenosi carotidea superiore al 50% (criterio NASCET) o con occlusione acuta dell'arteria carotide interna extracranica omolaterale e con pervietà del circolo

anteriore intracranico è raccomandato l'intervento di rivascolarizzazione carotidea entro 7 giorni, ove possibile preferibilmente entro 48 ore, in quanto rispetto alla rivascolarizzazione carotidea dopo 7 giorni o rispetto alla sola terapia medica ottimale migliora il decorso clinico (Raccomandazione forte a favore, livello di evidenza 1 ++).

2. Nel paziente con ictus ischemico acuto lieve o moderato e con stenosi carotidea superiore al 50% (criterio NASCET) o con occlusione acuta dell'arteria carotide interna extracranica omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è raccomandato l'intervento di rivascolarizzazione carotidea tra 3 e 7 giorni in quanto rispetto alla rivascolarizzazione carotidea entro 48 ore o dopo 7 giorni o rispetto alla sola terapia medica ottimale migliora il decorso clinico (Raccomandazione forte a favore, livello di evidenza 1++).
3. Nel paziente con ictus ischemico acuto severo e vasta lesione cerebrale (maggiore di 4000 mm³ o di 1/3 del territorio di irrorazione dell'arteria cerebrale media) o con trasformazione emorragica, e con stenosi carotidea superiore al 50% (criterio NASCET) o con occlusione acuta dell'arteria carotide interna extracranica omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico non è raccomandato l'intervento di rivascolarizzazione carotidea in quanto rispetto alla sola terapia medica ottimale peggiora il decorso clinico (Raccomandazione forte contro, livello di evidenza 1++).

4. Nel paziente con TIA o con ictus ischemico acuto lieve o moderato e con stenosi carotidea superiore al 50% (criterio NASCET) o con occlusione acuta dell'arteria carotide interna extracranica omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è raccomandata l'endarterectomia carotidea in quanto rispetto allo stenting carotideo migliora il decorso clinico (Raccomandazione forte a favore, livello di evidenza 1++).
5. Nel paziente con ictus ischemico acuto instabile quale crescendo TIA o stroke in evolution e con stenosi carotidea tra 50-99% (criterio NASCET) omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è indicata l'endarterectomia carotidea in quanto rispetto alla sola terapia medica ottimale migliora il decorso clinico (Raccomandazione debole a favore, livello di evidenza 1-).
6. Nel paziente ad alto rischio chirurgico con TIA o con ictus ischemico acuto lieve o moderato o con ictus ischemico acuto instabile quale crescendo TIA o stroke in evolution e con stenosi carotidea tra 50-99% (criterio NASCET) omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico il Panel degli esperti suggerisce di considerare come alternativa all'endarterectomia lo stenting carotideo o la sola terapia medica ottimale (Raccomandazione GPP).
7. Nel paziente con TIA o con ictus ischemico acuto lieve o moderato o con ictus ischemico acuto instabile quale crescendo TIA o stroke in evolution e con stenosi carotidea tra 50-99% (criterio NASCET) omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è raccomandato effettuare ulteriori studi di confronto tra endarterectomia e stenting carotideo (Raccomandazione per la ricerca).
8. Nel paziente con ictus ischemico acuto lieve o moderato e con stenosi carotidea tra 50% e 99% (criterio NASCET) omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è raccomandato effettuare studi di confronto tra endarterectomia carotidea entro 48 ore ed endarterectomia carotidea tra 3 e 7 giorni (Raccomandazione per la ricerca).
9. Nel paziente con ictus ischemico acuto instabile quale crescendo TIA o stroke in evolution e con stenosi carotidea tra 50-99% (criterio NASCET) omolaterale e con pervietà del circolo anteriore intracranico è raccomandato effettuare studi di confronto tra endarterectomia carotidea entro 48 ore ed endarterectomia carotidea tra 3 e 7 giorni (Raccomandazione per la ricerca).
10. Nel paziente con ictus ischemico acuto lieve o moderato sottoposto a trombolisi intravenosa, con stenosi carotidea extracranica residua tra il 50% ed il 99% (criterio NASCET) correlata all'evento ischemico e pervietà del circolo anteriore intracranico, con lesione ischemica che non coinvolga più di un terzo del territorio di vascolarizzazione dell'arteria cerebrale media omolaterale e in assenza di trasformazione emorragica alla neuromagine, l'endarterectomia carotidea è indicata entro 14 giorni dal trattamento trombolitico in quanto rispetto alla sola terapia medica ottimale migliora il decorso clinico (Raccomandazione debole a favore, livello di evidenza 2+).
11. Nel paziente con ictus ischemico acuto lieve o moderato sottoposto a trombolisi intravenosa, con stenosi carotidea extracranica residua tra il 50% ed il 99% (criterio NASCET) correlata all'evento ischemico e pervietà del circolo anteriore intracranico, con lesione ischemica che non coinvolga più di un terzo del territorio di vascolarizzazione dell'arteria cerebrale media omolaterale e in assenza di trasformazione emorragica alla neuroimmagine, si raccomanda di effettuare studi di confronto tra

endoarterectomia carotidea, stenting carotideo e sola terapia medica ottimale ed inoltre tra endoarterectomia carotidea entro 72 ore e dopo 72 ore dalla trombolisi (Raccomandazione per la ricerca).

12. Il Panel degli esperti suggerisce che l'indicazione al trattamento di rivascularizzazione carotidea extracranica per stenosi residua correlata all'evento ischemico dopo trombolisi intravenosa venga definita in stretta collaborazione tra il chirurgo vascolare ed il neurologo vascolare e poi condivisa con il paziente e inoltre che il monitoraggio continuo post-operatorio sia effettuato in Stroke Unit e/o da personale dedicato (Raccomandazione GPP).

13. Nel paziente con ictus ischemico acuto severo sottoposto a trombolisi intravenosa, con stenosi carotidea extracranica residua tra il 50% ed il 99% (criterio NASCET) correlata all'evento ischemico e pervietà del circolo cerebrale anteriore, con lesione ischemica che non coinvolga più di un terzo del territorio di vascolarizzazione dell'arteria cerebrale media omolaterale e in assenza di trasformazione emorragica alla neuroimmagine, si raccomanda di effettuare studi di confronto tra endoarterectomia carotidea, stenting carotideo e sola terapia medica ottimale (Raccomandazione per la ricerca).

14. È raccomandato effettuare studi sull'affidabilità delle metodiche avanzate di neuroimmagine, quali la TC cerebrale perfusionale o la Risonanza Magnetica Encefalica con sequenze in diffusione e perfusione, per la selezione del paziente da sottoporre dopo trombolisi intravenosa a intervento di rivascularizzazione precoce per una stenosi carotidea extracranica residua tra il 50% ed il 99% (criterio NASCET) correlata all'evento ischemico con pervietà del circolo anteriore intracranico (Raccomandazione per la ricerca).

**A nome di tutto il Panel delle Linee Guida SICVE "Diagnosi e trattamento della patologia steno ostruttiva carotidea extracranica e prevenzione dell'ictus cerebrale"*

Prof. Pasqualino Sirignano, UOC Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma

Per la corrispondenza:
pasqualino.sirignano@uniroma1.it