

Ictus. Un device impiantato ancora su poche persone permette di ristabilire il flusso sanguigno dopo una stenosi ed evitare una complicanza rara e temuta

E adesso uno stent può evitare l'embolia

GIUSEPPE DEL BELLO

CAROTIDE chiusa, un solo stent, due funzioni. Per inattivare la placca aterosclerotica e prevenire l'ictus, lo stent carotideo si è già dimostrato pari all'endoarteriectomia chirurgica. Ma oggi si può evitare il rischio dell'embolia post-impianto, grazie a un innovativo device.

Si tratta di un'evenienza rara (0,4 — 0,5%) ma devastante. Il nuovo stent, per ora impiantato su poche centinaia di pazienti in Europa (negli Usa si attende il via libera dell'Fda) e su alcune decine in Italia, si è già rivelato prezioso per i soggetti affetti da stenosi (restringimento) della carotide (nel 95% dei casi a livello della biforcazione). Ha una doppia struttura circolare (in NiTiNolo, lega in nichel e titanio autoespandibile) che, appena impiantata, svolge in successione compiti diversi. Il primo strato, più esterno, schiaccia la placca appiattendola alla parete interna del vaso ormai riaperto, il secondo grazie ad una trama a rete dalle maglie finissime impedisce ad eventuali particelle di placca di colpire il cervello.

«Quando la procedura di rilascio dello stent è conclusa, la seconda retina interviene con un meccanismo intrinseco antiembolico - precisa Alberto Cremonesi, direttore del dipartimento cardiovascolare del Maria Cecilia hospital di Cotignola (Ravenna), primo centro ad aver utilizzato su 63 pazienti il nuovo device - sia proteggendo il cervello durante l'impianto del dispositivo e sia fino a quando sarà completata la fisiologica ri-

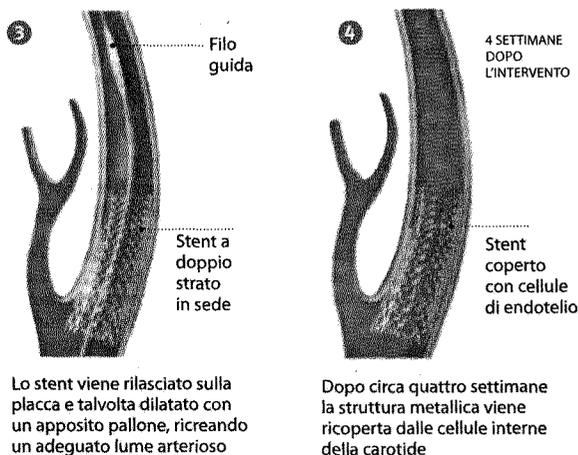
copertura di endotelio dello stent. Con i sistemi di imaging più avanzati, come l'Oct, abbiamo constatato che con la doppia parete non si registrano più protrusioni della placca, mentre con device di vecchia generazione questo accadeva con una frequenza non trascurabile».

Intanto sta partendo, in dieci eccellenze europee tra cui quella di Cotignola, Clear-road, lo studio che mira a dimostrare la sua superiorità rispetto ai predecessori. Controindicazioni? «Non ce ne sono, ma l'unico punto su cui esistono dubbi di efficacia ottimale - risponde Cremonesi - riguarda le placche molto calcificate, difficili da dilatare. Meglio la endoarteriectomia classica. Le placche più frequenti invece sono a componente fibrolipidica mista, colesterolo e cellule infiammatorie». E per individuare la loro composizione ci si affida all'ecodoppler, all'angioTac e all'angio Rmn. Ma la protezione del cervello dall'embolia inizia precocemente, visto che è esposto a questo rischio anche durante la procedura.

Per gli specialisti, chirurghi o cardiologi, sono disponibili varie metodiche antiemboliche. La prima è rappresentata da una sorta di ombrellino da inserire dalla femorale con un microcatetere, a valle dell'ostruzione carotidea: intrappola il materiale liberato durante l'impianto dello stent che poi è estratto a fine procedura. Altri sistemi, definiti di "protezione prossimale", cioè messi prima della lesione, bloccano il flusso di sangue nella zona di intervento. «Impiantato lo stent sulla placca - conclude lo specialista - si aspira quel sangue che potrebbe contenere frammenti di placca, evitando l'ictus da intervento».

Potrebbe non essere adatto a placche molto calcificate e più difficili da dilatare

IL POSIZIONAMENTO

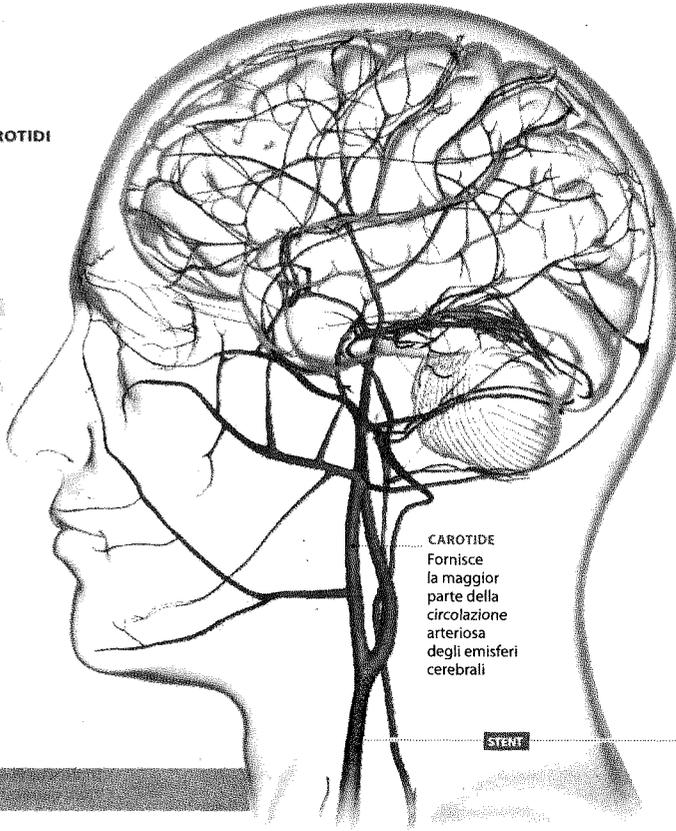
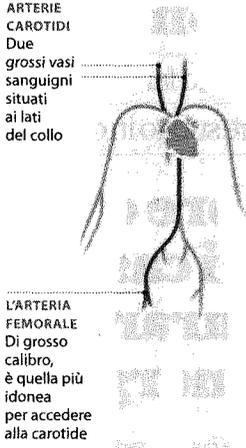


FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / PROF. ALBERTO CREMONESI / TERUMO / INSPIREDMD

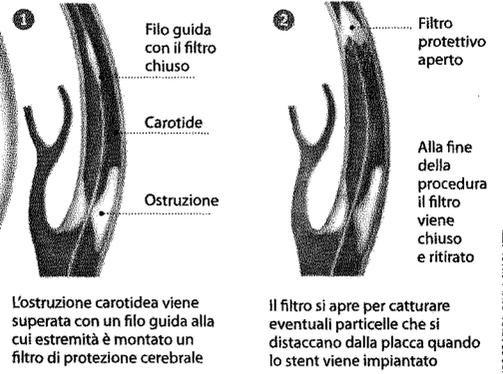
Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

PER SAPERNE DI PIÙ
www.ainr.it
www.sinsec.it

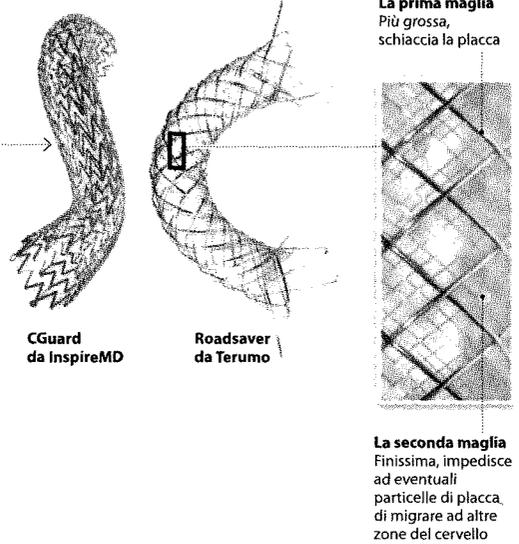
LA VIA DI ACCESSO ALLE CAROTIDI



IL PRE-POSIZIONAMENTO DELLO STENT



I NUOVI MODELLI A DOPPIO STRATO



INFORMARCA PAULA SIMONETTI

