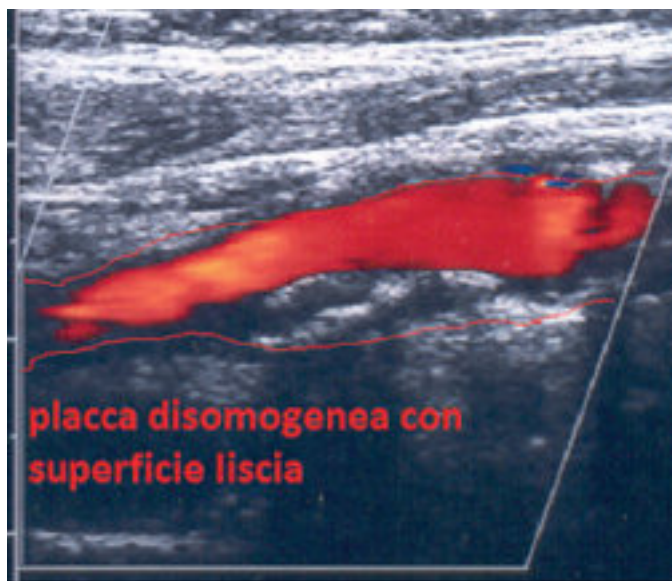


# LA PLACCA CAROTIDEA

## come indicatore di danno da aterosclerosi

Il riscontro di placca ateromasica nel distretto arterioso carotideo è non infrequente nella popolazione di età più avanzata, anche se in buone condizioni cliniche e asintomatica.

Tuttavia, guardando i dati della letteratura, si evince che la quantità di stenosi della placca all'ecografia ecocolordoppler (espressa in percentuale), variando da *moderata* (stenosi >30-40%) a *critica* (stenosi >50-70%) si distribuisce prevalendo già come moderata per età maggiore dei 50 anni e può apparire critica dopo gli 80 anni, senza aver generato ampi danni da aterosclerosi cerebrale [da



Giornale Italiano dell'Arteriosclerosi 2019; De Weerd et al. Stroke 2010].

Probabilmente è questo il fulcro intorno a cui gravita tuttora il grosso dibattito sulla prevenzione cardio e cerebrovascolare, sostenuto ampiamente dalle società scientifiche e forse poco chiaro ancora nelle modalità pratiche di attuazione. In altre parole, secondo i dati dell'ampia letteratura in merito, la presenza di aterosclerosi carotidea è marchio "di per sé" di aumentata probabilità per manifestazioni cliniche a elevata comorbidità e mortalità.

La misura dell'ispessimento medio-intimale (IMT) in arteria carotide interna > 0.9 mm, già predispone a una valutazione attenta dei singoli fattori di rischio (fumo, ipertensione, dislipidemia, sovrappeso, diabete), ammettendo invece, che un IMT > 1.2 mm possa ormai configurare l'aspetto di

una placca emergente, sebbene emodinamicamente non significativa. Tuttavia, la valutazione ecografica del danno ateromasico (esame strettamente operatore-dipendente) non sarà fermo

alla misurazione in percentuale della possibile stenosi, ma fornirà le più importanti indicazioni di prevenzione quando avrà determinato la *qualità di placca*, variabile per aspetto morfologico *liscio* oppure *ulcerato*, per matrice *fibrosa* o *fibrolipidica* (suscettibile di progressione), oppure *calcifica* (probabilmente stabile e di vecchia data), lasciando spazio alla necessaria successiva valutazione clinica specialistica.

Il processo aterosclerotico è un percorso degenerativo più o meno lento (dipende dall'acceleratore su cui premiamo), a cui è possibile dare comunque un freno, nel tentativo di rallentarne la corsa verso gli effetti multisistemici.

Sappiamo che la placca carotidea può essere associata a lesioni coronariche e/o, allo stesso modo, a segni di glomerulosclerosi con danno renale e/o alla retinopatia, fino alla complicanza più temibile qual è l'ictus. Non dobbiamo però spaventarci, perché i dati di prevalenza del danno ateromasico "carotideo" si fermano spesso a lesioni subcliniche, ma è necessario averne la consapevolezza per alzare la guardia contro i fattori di rischio.

Dobbiamo, infatti, sensibilizzarci alla loro gestione *precoce e possibilmente stabile* nel tempo, senza il panico di condizioni acute, trovandoci in effetti ancora in buona salute.

Ecco... l'auspicio è di potersi almeno "fermare" al solo fattore di rischio senza aver prodotto malattia, fieri dunque di affidarci a decenni di studi, confronti e progressi delle terapie. ●

