



## Chiusura del forame ovale pervio: ancora incertezze

**Data** 12 gennaio 2014  
**Categoria** cardiovascolare

La gestione del forame ovale pervio (FOP), presente in circa un quarto della popolazione, continua a non ricevere risposte definitive.

La stessa frequenza e rilevanza clinica del rischio di ictus e di embolia periferica in soggetti portatori della patologia è ancora controversa. Diverse metanalisi di studi caso-controllo supportano l'associazione tra FOP e stroke senza causa identificabile, criptogenetico, ma sono limitati gli studi prospettici, soprattutto in soggetti giovani.

I trattamenti per ridurre la recidiva in pazienti con ictus criptogenetico e FOP comprendono la terapia medica antiaggregante o anticoagulante, e la chiusura transcateretere. Il rischio di recidiva in soggetti con FOP e pregresso stroke sottoposti a terapia medica sarebbe di 1,6 eventi per 100 persone/anno (IC 95% 1,1-2,1). Il rischio sarebbe influenzato dalla grandezza della pervietà, dalla presenza di aneurisma del setto e dalla associazione con fattori di rischio tromboembolico venoso. L'intervento di chiusura transcateretere si è dimostrato efficace in studi osservazionali ma non in trial randomizzati e controllati. Dopo i risultati negativi del CLOSURE-I, già commentato su questa testata, altri due studi, il RESPECT e il PC trial, non hanno infatti consentito di concludere se la chiusura del forame ovale in pazienti con stroke criptogenetico rappresenta un intervento con favorevole rapporto beneficio/rischio.

Nel primo studio, condotto su 980 pazienti con pregresso ictus, randomizzati a chiusura del FOP o soltanto terapia medica, dopo una media di 2,6 anni, non si sono riscontrate differenze significative nell'end point primario (stroke ischemico recidivante fatale o non fatale o mortalità precoce). Non è risultata diversa nemmeno la frequenza di gravi eventi avversi, anche se nel gruppo sottoposto a chiusura si è evidenziato un aumento, non significativo, di fibrillazione atriale di nuova insorgenza e di embolia polmonare.

Anche nel PC trial, condotto su 414 pazienti affetti da pregresso stroke ischemico, TIA o embolia periferica transcranica, dopo un follow-up medio di circa 4 anni, l'end point composito (mortalità, ictus non fatale, TIA, embolia periferica) non è risultato significativamente differente tra il gruppo sottoposto a chiusura e il gruppo in sola terapia medica. Anche in questo studio è stato evidenziato un piccolo aumento di nuove fibrillazioni atriali.

Un recente articolo riassume i risultati degli studi sopra descritti e mette in evidenza alcune possibili cause dei mancati benefici dell'intervento di chiusura, ad esempio il discreto numero di pazienti sottoposti all'intervento durante la fase di reclutamento, il breve follow-up e l'ampio intervallo di confidenza dei risultati. In attesa di altri trial (CLOSE, DEFENCE-PFO, REDUCE), che porteranno a 4000 il numero dei pazienti complessivamente arruolati, gli autori ritengono che, allo stato delle conoscenze, nel paziente giovane (< 55 anni) i rischi dell'intervento, compresa l'insorgenza di fibrillazione atriale e le complicanze tromboemboliche, devono essere bilanciati versus il rischio di stroke "lifetime". Nell'anziano, invece, il rischio di stroke attribuibile al FOP è probabilmente minore rispetto al rischio complessivo, soprattutto in presenza di ipertensione o altri fattori di rischio cardiovascolari.

**Giampaolo Collecchia**

### Bibliografia

- 1) Almekhlafi MA et al. Recurrent cerebral ischemia in medically treated patent forame ovale: a meta-analysis. Neurology 2009; 73: 89-97
- 2) <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5444>
- 3) Carroll JD et al. Closure of patent foramen ovale versus medical therapy after cryptogenic stroke. N Engl J Med 2013; 368:1092-100
- 4) Meier B et al. Percutaneous closure of patent foramen ovale in cryptogenic embolism. N Engl J Med 2013; 368: 1083-91
- 5) Henderson RA, Bath PMW. Is closure of patent foramen ovale to prevent ischaemic stroke ever justified? BMJ 2013;347:f6193