

UN EURO-STAR PER L'ISCHEMIA RENALE: STENTING SI O NO?



Dr. Tiziano Lusenti

Struttura Semplice di Nefrologia Preventiva
S.C. di Nefrologia e Dialisi
Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova
42100 Reggio Emilia
✉ e-mail: lusenti.tiziano@asmn.re.it

Anche se lo studio retrospettivo di Bates et al. (1) dimostra che lo *stenting* dell'arteria renale con stenosi di natura aterosclerotica nei pazienti con insufficienza renale (IR) è in grado di prevenire, in oltre il 70% dei pazienti, l'ulteriore peggioramento della funzionalità renale, la letteratura sull'argomento mostra risultati contrastanti.

Il parere dei Nefrologi è risultato molto influenzato, almeno in passato, dallo studio DRACOSTIC condotto su 106 pazienti randomizzati in due bracci, uno trattato con angioplastica (APT) dell'arteria renale e l'altro con terapia medica.

Questo studio concludeva che APT aveva pochi vantaggi rispetto alla terapia medica tradizionale. Occorre ricordare però che dopo 12 mesi i pazienti del braccio in terapia medica richiedevano un significativo aumento dei farmaci anti-ipertensivi rispetto al gruppo di pazienti con APT (2.4 vs 1.9, $p < 0.02$), ma soprattutto che nel corso del *trial* il 44% dei pazienti del braccio in terapia medica venivano sottoposti ad APT (2).

Già Leertouwer et al. (3), in un'ampia meta-analisi comprendente 678 casi, avevano riportato dopo *stenting* nei pazienti con IR un miglioramento della funzionalità renale nel 30% ed una stabilizzazione nel 38% dei casi. Dorros et al. (4), in uno studio policentrico comprendente 1058 pazienti sottoposti a rivascolarizzazione mediante *stenting* dell'arteria renale, riportavano a 4 anni accanto al miglioramento dei valori pressori, un significativo decremento dei valori medi di creatinemia (da valori basali di 1.7 ± 1.1 a 1.3 ± 0.8 mg/dL, $p < 0.05$).

Più recentemente diversi studi dimostravano un miglioramento della funzione renale dopo *stenting* dell'arteria renale. Holden et al. (5) in uno studio prospettico su 63 pazienti tutti con IR sottoposti a rivascolarizzazione dell'arteria renale mediante *stenting* con sistema di protezione distale per emboli, riportano una stabilizzazione o miglioramento della funzione renale nel 97% dei pazienti a 6 mesi e nel 94% a 16 mesi (*range* 6-27).

Nonostante ciò in una delle ultime *review* sistematiche, pubblicata su *Annals of Internal Medicine* nel dicembre 2006, sulle strategie di trattamento della stenosi dell'arteria renale, comprendente oltre 50 pubblicazioni, Balk et al. (6), dopo aver constatato la non esistenza di uno studio che confronti direttamente terapia medica aggressiva con APT più *stent*, concludono che le evidenze risultano inadeguate per trarre conclusioni forti, in quanto i dati raccolti non supportano chiaramente un tipo di trattamento rispetto all'altro per la stenosi aterosclerotica dell'arteria renale.

In conclusione un giudizio più definitivo sull'argomento potrà derivare dallo studio europeo STAR (*The benefit of Stent placement and blood pressure and lipid-lowering for the prevention of progression of renal dysfunction caused by Atherosclerotic ostial stenosis of the Renal artery*) proposto da Bax et al. nel 2003, che prevede l'arruolamento di 140 pazienti, ma ancor più dai dati dello studio CORAL (*Cardiovascular Outcome in Renal Atherosclerotic Lesions*), studio prospettico, multicentrico, randomizzato in 2 bracci, che dovrebbe terminare nel 2010, e che prevede l'arruolamento di 1080 pazienti con MDRD GFR < 60 mL/min. In attesa di questi risultati, in considerazione dei più recenti dati della letteratura ed anche in base alla nostra esperienza personale si può auspicare che il Nefrologo, pur continuando a temperare l'interventismo del cardiologo o del radiologo, cominci a guardare con migliori aspettative nei pazienti con IRC da nefropatia ischemica allo *stenting* dell'arteria renale per la prevenzione della insufficienza renale cronica terminale, senza per questo rinunciare ai più "familiari" e consolidati effetti della terapia medica tradizionale.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Bates MC, Campbell JE, Broce M, Lavigne PS, Riley MA. Serum creatinine stabilization following renal artery stenting. *Vasc Endovascular Surg* 2008; 42: 40-6.
2. van Jaarsveld BC, Krijnen P, Pieterman H, et al. The effect of balloon angioplasty on hypertension in atherosclerotic renal-artery stenosis. Dutch Renal Artery Stenosis Intervention Cooperative Study Group. *N Engl J Med* 2000; 342: 1007-14.
3. Leertouwer TC, Gussenhoven EJ, Bosch JL, et al. Stent placement for renal arterial stenosis: where do we stand? A meta-analysis. *Radiology* 2000; 216: 78-85.
4. Dorros G, Jaff M, Mathiak L, He T; Multicenter Registry Participants. Multicenter Palmaz stent artery stenosis revascularization registry report: four-year follow-up of 1,058 successful patients. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002; 55: 182-8.
5. Holden A, Hill A, Jaff MR, Pilmore H. Renal artery stent revascularization with embolic protection in patients with ischemic nephropathy. *Kidney Int* 2006; 70: 948-55. Epub 2006 Jul 12.
6. Balk E, Raman G, Chung M, et al. Effectiveness of management strategies for renal artery stenosis: a systematic review. *Ann Intern Med* 2006; 145: 901-12. Epub 2006 Oct 24.