

Ny kunnskap om kirurgisk og endovaskulær behandling ved carotisstenose krever nye organisasjonsformer

Carotiskirurgi for forebygging av hjerneslag

Ca. 5 500 personer dør av hjerneslag hvert år i Norge (1). Antall innlagte slagpasienter per år er estimert til vel 11 000. I 85 % av tilfellene oppstår et hjerneinfarkt, og emboli fra hjertet er årsak til 25 % av alle hjerneslag. Arteriosklerose i store kar som aorta, hals-årer og kraniale pulsårer er årsak til 25–35 % av alle hjerneslag. Under gitte forutsetninger er det dokumentert en slagforebyggende gevinst av carotiskirurgi med trombendarterektomi ved symptomatisk carotisstenose over 50 % (2, 3). I Norge er det langt igjen til å gjennomføre selv et lavt estimat av behovet for carotiskirurgi. Ved carotisstenose har det dannet seg en arteriosklerotisk fortykkelse av karveggen (plakk) som gir en innsnevring (stenose) (4). Fra plakket kan det løse små biter som gir cerebralt infarkt, forbigående utfall eller klinisk stumme forandringer i hjernen. Kirurgisk behandling går ut på å skrelle vekk plakket (trombendarterektomi). Endovaskulær behandling dreier seg om å blokke ut en stenose med ballong med høyt trykk (PTA) og sette inn en føring (stent).

Trombendarterektomi ved carotisstenose er en velprøvd og godt studert behandlingsmetode (3). Store kliniske studier har kartlagt hvilke grupper av pasienter som kan vinne på slagforebyggende kirurgisk behandling. Ved symptomgivende stenose over 70 % gir kirurgi bedre resultater enn konservativ behandling. Blant undergrupper med klar gevinst kan nevnes eldre (over 75 år) som ellers er friske. Pasienter med okkludert kontralateral a. carotis kan ha nytte av behandlingen; det samme gjelder utvalgte pasienter med symptomgivende 50–69 % stenose. For å oppnå forebyggende gevinst forutsettes en lav perioperativ slag- og dødsrisiko. Kirurgisk behandling er, og vil trolig forbli, den dominerende metode.

Rundt i verden har man prøvd ut behandling av carotisstenose med endovaskulær behandling (5, 6). Ullevål universitetssykehus har utført PTA og stenting av carotisstenoser på pasienter utvalgt etter hovedkriteriene høygradige symptomgivende stenoser og stor risiko ved eller uegnethet for kirurgisk behandling. Rikshospitalet deltar i en multisenterstudie med randomisering der kirurgi og endovaskulær behandling med stent sammenliknes. Studien er en fortsettelse av Cavatas-studien (7). Haukeland Universitetssykehus har i en tidligere periode utprøvd endovaskulær behandling av carotisstenoser og er nå i gang med den nyeste teknologien. I Cavatas-studien har man sammenliknet kirurgisk og endovaskulær behandling (7). Resultatene ble omtrent like gode for de to gruppene, imidlertid var resultatene i kirurgigruppen relativt ugunstige i denne studien. I gruppen som fikk endovaskulær behandling, ble en stor del av pasientene bare PTA-behandlet, mens dagens praksis vil være også å sette inn stent hvis dette er indisert.

Endovaskulær behandling av carotisstenose er fortsatt på et utprøvende stadium. Stentbehandling er ikke godt dokumentert for noen undergruppe. Behandlingen kan trolig ha et fortrinn fremfor kirurgi ved symptomgivende høygradig stenose med kirurgisk høy risiko eller uegnethet (6). Pasientene som skal behandles med stent, vil kreve samme grundige vurdering og oppfølging som pasientene behandlet med carotiskirurgi. Utredning og behandling bør skje i samarbeid mellom indremedisiner, nevrolog, kirurg og radiolog.

I dette nummer av Tidsskriftet redegjør Ellisiv Mathiesen for ultralydundersøkelse av carotisplakkmorfologi (4). Dette er en delstudie innen den omfattende Tromsø-undersøkelsen. Lavekkogene (myke)

plakk med lipidrik kjerne gir høy risiko for løsning av partikler, med hjerneslag til følge. Dette gjelder uavhengig av stenosegrad. Spørsmålet er om lavekkogene plakk uten signifikant stenose, med og uten symptomer, også skal være operasjonsindikasjon. En amerikansk undersøkelse konkluderer med at det at et plakk er heterogent (bestående av både lav- og høyeckogene lesjoner), er sterkt relatert til carotissymptomer, slik også stenosegraden er (8). Foreløpig har man ikke noe sikkert grunnlag for valg mellom kirurgi og konservativ behandling ved lavekkogene plakk.

Noen av pasientene med carotisstenose har hatt cerebrale manifestasjoner og har forandringer i cerebrale kar. En større andel av carotispasientene har kardiovaskulær sykdom og andre organsykdommer som må være utredet før carotisbehandling gjennomføres. En del pasienter trenger et videre utvalg av diagnostiske modaliteter. For noen vil det trolig i fremtiden være spørsmål om endovaskulær behandling kan være et alternativ. Bare få sykehus vil kunne yte hele skalaen av diagnostiske og terapeutiske metoder ved carotisstenose. Det samlede antall nye pasienter per år er heller ikke større enn at et mindre antall sykehus vil kunne ta seg av dem.

Pasientrettighetsloven § 3-2 stiller krav til den informasjon pasienten får om sin sykdom, behovet og mulighetene for utredning og bl.a. behandlingsalternativer (9). Hver pasient med carotisstenose må informeres om mulig gevinst og risiko ved kirurgisk behandling i sitt tilfelle. Etter hvert vil det være naturlig at pasientene på utredningsstadiet informeres om at i visse tilfeller vil endovaskulær behandling kunne være aktuelt. Hos noen risikopasienter kan endovaskulær behandling skje i samme seanse som angiografi etter utredning ved ultralyddoppler og adekvat klinisk vurdering. De ulike sykehusenes tilbud og engasjement i diagnostikk og behandling av carotisstenose kan i fremtiden få betydning når pasienter skal utøve sin rett til valg av sykehus.

Rolf Hanao

Nevrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Rolf Hanao (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og karkirurgi, tidligere professor i sosialmedisin i Tromsø og i helseadministrasjon i Bergen.

Litteratur

1. Norges forskningsråd. Behandling av slagpasienter. Rapport nr. 8. Oslo: Norges forskningsråd, 1995.
2. Busund R. Carotiskirurgi – hvor blir det av pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 921.
3. Barnett HJM, Meldrum HE, Eliasziw M. The appropriate use of carotid endarterectomy. Can Med Assoc J 2002; 166: 1169–79.
4. Mathiesen EB. Risiko for hjerneslag ved carotisstenose – hvilken betydning har plakkmorfologi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 782–4.
5. Henry M, Amor M, Masson I, Henry I, Tzvetanov K, Chati Z et al. Angioplasty and stenting of the extracranial carotid arteries. J Endovasc Surg 1998; 5: 293–304.
6. Spence D, Eliasziw M. Endarterectomy or angioplasty for treatment of carotid stenosis? Lancet 2001; 357: 1722–3.
7. Brown MM, Rogers J, Bland JM. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (Cavatas): a randomised trial. Lancet 2001; 357: 1729–37.
8. AbuRahma AF, Wulu JT, Crotty B. Carotid plaque ultrasonic heterogeneity and severity of stenosis. Stroke 2002; 33: 1772–5.
9. Hanao R. Karkirurgiske pasienter og pasientrettighetsloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 290–2.