

Carotisstenose opptrer ofte sammen med koronarsykdom.

Undersøkelse og behandling av carotisstenose må skje i et flerorganperspektiv

Helhetlig kardiovaskulær kirurgi

Carotisstenose opptrer ofte sammen med annen organ- sykdom, særlig koronarsykdom. Undersøkelse og behandling vil i mange tilfeller kreve en kardiovaskulær og også en cerebrovaskulær avklaring. Pasienter med både carotis- og koronarsykdom er høyrisikopasienter med hensyn til død, hjerneslag og kardiale komplikasjoner. Revaskularisering vil redusere risikoen.

Kirsten Krohg-Sørensen og medarbeidere redegjør i dette nummer av Tidsskriftet for et treårsmateriale av carotispasienter behandlet kirurgisk ved Rikshospitalet (1). Den største undergruppen er operert både i a. carotis og i koronarkar. Den andre gruppen består av carotisopererte med koronarsykdom som er behandlet konservativt. Den siste gruppen er carotispasienter uten koronarsykdom. Hos pasienter med kombinert sykdom ble carotis operert først og hjertet senere hos de fleste, i omvendt rekkefølge hos færre. Rikshospitalet har unntaksvis operert carotissykdom og koronarsykdom i samme seanse. En forsiktig og individuelt tilpasset strategi er fulgt (2, 3). Resultatene vitner om gode kliniske resultater, lav komplikasjonsrisiko og stor vilje til å slutføre nødvendig kardiovaskulær kirurgi.

Kirurgisk behandling av kombinert carotisstenose og hjertesykdom i forebyggende øyemed krever at komplikasjonsrisikoen må være lav. Rikshospitalets resultater viser gunstig lave rater for død, hjerneslag/TIA og kardiale komplikasjoner. Dette gjelder sammenliknet med publiserte store materialer for behandling av kombinert tilstand og av isolert carotisstenose (2–4). Man må anta at faktorer som stort operasjonsvolum, grundig preoperativ vurdering og god postoperativ og intensivbehandling har betydning for resultatene. Rikshospitalets ikke-formaliserte funksjon som referansesykehus for kardiovaskulære problemstillinger er her et aktivum.

Behandling av asymptomatisk carotisstenose er fortsatt et tema som diskuteres mye (5). Ved manifest, operasjonskrevende hjertesykdom har praksis vært å operere asymptomatiske signifikante stenoser. Det er ikke dokumentert at endovaskulær behandling av a. carotis i denne situasjon skulle være bedre enn kirurgi. Asymptomatisk moderat ensidig carotisstenose uten annen kompliserende organtilstand er det foreløpig ikke vanlig praksis i Norge å operere.

Carotiskirurgi med trombendarterektomi har som siktemål å forebygge hjerneslag. Sannsynligvis har det vært og er et underforbruk av denne type kirurgi i Norge (6). Rikshospitalet har et mangesidig tilbud til denne pasientgruppen. I treårsmaterialet var det ved åtte av 87 behandlinger benyttet endovaskulær teknikk (blokking og stenting) i stedet for kirurgi. I den vestlige verden blir endovaskulær behandling stadig mer brukt som et alternativ til trombendarterektomi (7). Alternativet bør forbeholdes pasienter med høygradige symptomgivende stenoser og stor kirurgisk risiko, eller pasienter som er uegnet for kirurgisk behandling. Her åpner det seg nye perspektiver, også for pasienter med koronarsykdom.

Krohg-Sørensen og medarbeidere retter oppmerksomheten mot et flerorganperspektiv. Dette blir nok stadig viktigere i mange spesialiteter, med et økende antall eldre og med en mer offensiv behandlingsstrategi overfor alvorlig syke. Man kan få inntrykk av at utviklingen på mange områder går i motsatt retning: snevrere organinteresser uten engasjement og ønsket kompetanse utover eget fokus.

Ved planlegging av inngrep er det kirurgen som bærer ansvaret for den nødvendige totalvurdering. Totalvurderingen må baseres på egen aktiv gjennomgang av avdelingens og andres undersøkelser og synspunkter. Ansvaret for vurdering av indikasjon, risiko og komplikasjonsfare kan kirurgen ikke skyve over på kolleger i andre spesialiteter.

At det er viktig med helhetlig informasjon til pasienten basert på en totalvurdering av risiko, er et av budskapene fra Krohg-Sørensen og medarbeidere. Dette forutsetter klinisk innsats og samarbeid på tvers av faggrenser mellom blant andre anestesilog, kardiolog, nevrolog, radiolog, karkirurg, thoraxkirurg og allmennlege. Pasientrettighetsloven § 3–2 gir pasienten rett til informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen (8). Pasienten skal informeres om mulig risiko og bivirkninger. Dette betyr at informasjonen må omfatte pasientens muligheter for videre utredning, behovet for behandling og behandlingsoalternativer. Adekvat pasientinformasjon forutsetter dekkende undersøkelse og kompetent vurdering. Rett til valg av sykehus (§ 2–4) kan også være aktuelt.

Flerorganperspektivet vil være ressurskrevende. Omorganisering av sykehus og sykehusavdelinger må ikke skje på bekostning av dette perspektivet, og ordninger for innsatsstyrt finansiering burde fremme det.

Rolf Hanao

rolf.hanao@uus.no

Per Erling Dahl

per.erling.dahl@unn.no

Rolf Hanao (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og i karkirurgi, tidligere professor i sosialmedisin og helseadministrasjon, og nå overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Per Erling Dahl (f. 1952) er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi. Han er overlege ved Avdeling for hjerte-, lunge- og karkirurgi, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Krohg-Sørensen K, Lingaas PS, Solberg S et al. Behandling av kombinert carotisstenose og hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2017–20.
2. Naylor AR, Cuffe RL, Rothwell PM et al. A systematic review following staged and synchronous carotid endarterectomy and coronary artery bypass. Eur J Vasc Endovasc Surg 2003; 25: 380–9.
3. Ricotta JJ, Wall LP, Blackstone E. The influence of concurrent carotid endarterectomy on coronary bypass: a case-controlled study. J Vasc Surg 2005; 41: 397–401.
4. Barnett HJM, Meldrum HE, Eliasziw M. The appropriate use of carotid endarterectomy. Can Med Assoc J 2002; 166: 1169–79.
5. MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. Lancet 2004; 363: 1491–502.
6. Busund R. Carotiskirurgi – hvor blir det av pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 921.
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. Hanao R. Karkirurgiske pasienter og pasientrettighetsloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 290–2.