

Fagmiljøene må komme sammen for å utarbeide retningslinjer for carotiskirurgi og en strategi for å fange opp flest mulig pasienter med symptomgivende carotisstenose

Carotiskirurgi forebygger hjerneslag

Et alvorlig hjerneslag er en katastrofe for den det gjelder og for omgivelsene. Av de om lag 12 000–15 000 hjerneslag som forekommer i Norge årlig, regnes 80 % å være iskemiske, og av disse er omtrent en firedel forårsaket av arteriosklerose i de precerebrale kar (1). Utført på riktig indikasjon og med tilstrekkelig lav komplikasjonsrate bidrar operasjon for carotisstenose til å redusere antall hjerneslag i betydelig grad. Man har altså en god og effektiv behandling som kan forhindre en alvorlig sykdom, og det er da viktig at så mange som mulig av dem som kan ha nytte av operasjon, får tilbud om det.

I Norge opereres årlig i overkant av 300 pasienter med carotisstenose (2). Sett i relasjon til antall hjerneslag forårsaket av carotisstenose og antall tilfeller av transitoriske iskemiske anfall (TIA), er det allmenn enighet blant karkirurger og de fleste nevrologer om at tallet på operasjoner burde vært vesentlig høyere. En viktig årsak er pasientens manglende rapportering av kortvarige transitoriske iskemiske anfall (3). Ifølge en rapport fra The European Vascular & Endovascular Monitor utføres det for eksempel i Tyskland fem ganger så mange carotisoperasjoner som i Norge i forhold til folketallet. Beregninger som er gjort om behovet for carotisoperasjoner er beheftet med stor usikkerhet (4) og kan kritiseres.

Selv om pasienter med asymptomatisk carotisstenose får redusert risikoen noe ved å gjennomgå operasjon, er det pasienter med symptomatisk stenose som har størst nytte av inngrepet (5, 6). For at flere operasjoner skal gi maksimal uttelling, bør man derfor tilstrebe å identifisere pasienter med symptomer på carotisstenose. Dette krever at både pasienter og helsepersonell må ha kjennskap til slike symptomer og betydningen av dem, slik at pasienten henvises videre i systemet til riktig tid.

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet presenterer Christian Lund og medarbeidere viktig informasjon vedrørende patofysiologi og kliniske manifestasjoner ved transitorisk iskemisk anfall (7). Forfatterne presiserer at slike anfall er et varsel om truende alvorlig sykdom, og at tidsfaktoren, tid fra symptomer til operasjon, har stor betydning. På grunn av den høye risikoen for hjerneslag i den tidlige perioden etter et transitorisk iskemisk anfall har pasienter som opereres innen 2–4 uker etter symptomdebut, større gevinst av operasjonen enn dem som opereres senere (8).

Etter at en carotisstenose er påvist, er det viktig å kjenne til hvilken gevinst en eventuell operasjon kan gi, og hvilke pasienter som vil ha mest nytte av operasjon. Kirsten Krohg-Sørensen og medarbeidere går i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet gjennom den mest sentrale litteraturen på dette feltet og gir en verdifull oppsummering av hvilken gevinst man kan forvente av carotiskirurgi hos forskjellige grupper pasienter (9). Kortfattet fremstilt kan man si at pasienter med symptomatisk stenose med stenosegrad > 50 % har god nytte av operasjon, og at nytten er størst for dem med høygradig stenose, for menn og for pasienter over 75 år. For pasienter med asymptomatiske stenoser er også nytten dokumentert, men den absolutte risikoreduksjonen er ikke mer enn 1 % per år. Ved asymptomatisk stenose har yngre pasienter mest nytte av operasjon, mens gevinst ikke er dokumentert for pasienter over 75 år (10).

Det er verdt å merke seg at forfatterne konkluderer med at endret medisinsk behandling av pasienter med carotisstenose ikke har påvirket gevinsten av operasjon vesentlig. Basert på en slik gjennomgang av litteraturen bør fagmiljøet etablere en strategi for å fange opp flest mulig pasienter med symptomgivende carotisstenose og utarbeide retningslinjer for carotiskirurgi hos pasienter med symptomatisk og asymptomatisk carotisstenose. Et slikt arbeid vil kunne medføre flere operasjoner. Da blir det også viktig å ta stilling til hvor operasjonene skal foregå, slik at kapasiteten tilpasses behovet.

Steinar Aune

steinar.aune@helse-bergen.no

Steinar Aune (f. 1955) er spesialist i karkirurgi og arbeider som overlege og professor ved Haukeland Universitetssjukehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bettermann K, Toole J. Diagnostic evaluation and medical management of patients with ischemic cerebrovascular disease. I: Rutherford RB, red. Vascular surgery. Philadelphia, PA: Elsevier, 2005: 1897–916.
2. Dahl T, Myhre HO, Johnsen HJ. Kirurgisk behandling av carotisstenose i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1466–9.
3. Reeves MJ, Hogan JG, Rafferty AP. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. Neurology 2002; 59: 1547–52.
4. Mathiesen EB. Carotiskirurgi – hvor, når og for hvem? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1465.
5. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70–99 %) or with mild (0–29 %) carotid stenosis. Lancet 1991; 337: 1235–43.
6. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N Engl J Med 1991; 325: 445–53.
7. Lund C, Dahl A, Russell D. Transitorisk iskemisk anfall. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 900–2.
8. Rothwell PM, Warlow CP. Timing of TIAs preceding stroke – time window for prevention is very short. Neurology 2005; 64: 817–20.
9. Krohg-Sørensen K, Bakke SJ, Russell D. Operativ og endovaskulær behandling av carotisstenose – når er det aktuelt? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 903–7.
10. Halliday A, Mansfield A, Marro J et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. Lancet 2004; 363: 1491–502.