

NCS – KVALITETSUTVALGET

2017 ESC GUIDELINES ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASES

IN COLLABORATION WITH THE EUROPEAN SOCIETY
FOR VASCULAR SURGERY (ESVS)

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Peripheral-Artery-Diseases-Diagnosis-and-Treatment-of-European-Heart-Journal> (26 August 2017)
doi:10.1093/eurheartj/ehx095

Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra:

Overlege Beate R. Lindberg, Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Seksjonsoverlege Ph.d. Tone Nerdrum, Hjertemedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus

Deres vurdering for norske forhold gjengis (noe forkortet og tilpasset av KU):

Dokumentet erstatter retningslinjene om samme emne fra 2011. Det er oversiktlig, og omhandler først en generell del, etterfulgt av en systematisk presentasjon av de enkelte karområdene. Til slutt presenteres perifer karsykdom hos pasienter med sykdom i flere karområder samt utfordringer ved perifer karsykdom og samtidig koronar hjertesykdom, hjertesvikt, atrieflimmer og klaffefeil. Hvert avsnitt er oversiktlig oppsummert med anbefalinger i tabellform og med en stor oppsummerende tabell til slutt.

Nytt i retningslinjene er vektlegging av arteriosklerose som en systemsykdom, med potensiell affeksjon av alle arterielle karområder. Ved symptomgivende karotistenose er det opptil 61 % sannsynlighet for at pasienten har koronarsykdom, og ved LEAD (*lower extremity artery disease*) er

sannsynligheten 70 %. Risikofaktorene er de samme for sykdom i alle karområder. Det legges stor vekt på medisinsk behandling med god profylakse, røykestopp, vektkontroll, sunn kost og fysisk aktivitet; spesielt organisert trening både før og etter kirurgisk behandling. I tillegg omtales farmakologisk behandling av risikofaktorer med kolesterolsenkning (LDL < 1,8 mmol/l), god blodtrycksbehandling (BT < 140/90, lavere for diabetikere) og optimal blodsukkerkontroll. Antitrombotisk behandling med blodplatehemmere (enkel eller dobbel) er grundig omtalt, spesielt i forhold til samtidige eller nylige koronare hendelser og stentbehandling. Det er ulike anbefalinger mht. bruk av blodplatehemmer for asymptomatisk carotisstenose og asymptomatisk perifer arteriosklerose.

Som anført har mange pasienter sykdom i flere karområder som det må tas hensyn til ved utredning og behandling. Retningslinjene diskuterer om screening av sykdom i andre karområder har verdi: Skal ankel-arm-indeks (ABI) brukes rutinemessig som screening ved koronarsykdom? Er det nyttig å bruke ultralyd av halskar som screening for arteriosklerose? I en del situasjoner er det viktig at man tenker helhetlig. For eksempel er det helt avgjørende at kar-treet kartlegges nøye med CT fra proksimale aorta til lysken før en TAVI-prosedyre. Ved mye kalk i arteriene vil det kunne bli vanskelig å instrumentere katetrene, og tilsvarende kan en komplikasjon etter TAVI-prosedyre føre til okklusjon av bekkenkar og akutt iskemi i underekstremiteten. Et annet eksempel er bruk av vena saphena magna i ACB-operasjon hos en claudicatio-pasient, som vil kunne ha bruk for dette senere i forbindelse med perifer karkirurgi. Det anbefales at pasienter til som skal til ACB-operasjon screenes med ankel-arm-indeks.

Også i forbindelse med perifer karsykdom anbefales multidisiplinære team for eksempel i vurdering av pasienter med affeksjon av flere karområder. Sammensetningen av teamene er ikke nærmere presisert, men vi antar at det består av karkirurg, kardiolog, anestesilege, radiolog, lungelege og ev. fysioterapeut. Teamets oppgave er å vurdere behandlingsstrategi, medisinsk eller kirurgisk, og i hvilken rekkefølge karsykdommene skal behandles. Det kan gjelde

carotisoperasjon, PCI versus ACB-operasjon eller koronar intervensjon versus behov for karkirurgisk behandling. Noen sykehus i Norge praktiserer allerede tett samarbeid mellom karkirurger og kardiologer.

Carotis- og vertebralissykdom

Behandlingen av symptomatiske og asymptomatiske carotisstenoser er klart beskrevet, med tabeller og flytdiagram. For symptomatiske stenoser anbefales kirurgi og «best medical treatment» (BMT) ved stenosegrad 70-99 %, og det bør vurderes ved stenosegrad 50-69 %, så lenge man kan dokumentere perioperativ risiko for død/hjerneslag < 6 %. Kirurgi bør utføres så raskt som mulig, og helst innen 14 dager etter symptomdebut. Dette er etablert praksis i Norge.

Anbefaling for behandling av asymptomatiske carotisstenoser er endret i 2017. Ved stenosegrad på 60-99 %, forventet levetid > 5 år og høy slagrisiko skal kirurgi vurderes. Hvis det er høy risiko ved kirurgi, skal stenting vurderes. Det er derimot ikke angitt hvilke kriterier som utgjør høy slagrisiko. Carotisretningslinjer fra European Society for Vascular Surgery er «in press», hvor dette kommenteres i større detalj.

Asymptomatisk vertebralissenose skal ikke revaskulariseres. Ved symptomatiske stenoser til tross for BMT kan man vurdere revaskularisering (anbefaling IIb, evidensnivå B). Kirurgi anbefales kun ved sentra med lav risiko og høy ekspertise, hvilket gjør at endovaskulær behandling blir valgt pga. begrenset erfaring. I Norge er det et begrenset antall pasienter med vertebralissykdom, og kirurgisk erfaring er derfor liten.

Rutinemessig koronarangiografi før carotiskirurgi kan vurderes (IIb, B). Derimot anbefales ikke rutinemessig profylaktisk revaskularisering av asymptomatisk carotisstenose før koronar bypasskirurgi.

Sykdom i overekstremitetsarterier

Revaskularisering skal vurderes hos symptomatiske pasienter. Revaskularisering skal også vurderes hos pasienter som skal til koronar bypasskirurgi eller til AV-fistelkirurgi for dialyse, samt hos pasienter med angina pga. en subclaviastenose proksimalt for et mamma interna-graft. Både endo-

vaskulær behandling og kirurgi viser godt resultat etter 5 år og kan vurderes likeverdig ut fra morfologi og anatomi på stenosen.

Akutt mesenterial iskemi

Det poengteres at sykdommen er underdiagnostisert og potensielt dødelig. CT-angiografi skal derfor gjøres uten opphold, og forhøyet kreatinin er i denne sammenheng ingen kontraindikasjon for CT. Ultralyd har liten plass i akutt diagnostikk. Disse anbefalingene samsvarer med og er enkelt å tilpasse norske forhold. Det understrekes også at CT med venøs fase vil være viktig for vurdering av etablert tarmaffeksjon/iskemi.

Det kan vurderes å ta D-dimer for å utelukke akutt mesenterial iskemi (IIb, B). Vi ser det imidlertid som lite sannsynlig at denne diagnosen kan utelukkes kun med en negativ D-dimer.

Ved trombotisk årsak ser man en fordel ved endovaskulær behandling, med lavere mortalitet og mindre behov for tarmreseksjon. Ved embolisk årsak er det likeverdige resultater ved kirurgi og endovaskulær behandling.

Kronisk mesenterial iskemi

Ved symptomer på kronisk mesenterial iskemi som vekttap og postprandiale smerter, anbefales ultralyd som førstevalg for diagnostikk. Dersom det er indikasjon for behandling, anbefales CT-angiografi før intervensjon.

Revaskularisering er anbefalt ved symptomatisk mesenterial iskemi der sykdommen involverer flere mesenterialkar. Endovaskulær behandling er blitt førstevalg foran kirurgi. Dette samsvarer med norsk praksis. Derimot har noen studier vist bedre resultat ved bypass-kirurgi, og man anbefaler derfor at dette diskuteres i et multidisiplinært team.

Sykdom i nyrearterier

Ultralyd anbefales som førstevalg i diagnostikk av nyrearteriestenoser. Konvensjonell angiografi er gullstandard, med mulighet for måling av trykkgradient over stenosen. Vanligvis vil angiografi reserveres til de pasientene der man planlegger en prosedyre, etter at ultralyd eller CT/MR er gjort. Retningslin-

jen mener at renografi og måling av plasma-renin ikke har plass i diagnostikken. Her avviker nok norsk praksis fra retningslinjene, i det renografi fortsatt brukes som en del av utredningen/vurderingen.

Behandling av nyrearteriesykdom anbefales kun ved stenoser > 60 % hos utvalgte pasienter. Man anbefaler revaskularisering der det ligger anatomisk til rette for det, ved fibromuskulær dysplasi, ved hjertesvikt og akutt lungeødem og ved akutt anurisk nyresvikt.

Sykdom i underekstremitetsarterier

Det er lite endringer i siste utgave av retningslinjene. De anbefalinger som gis mht. klassifisering, utredning og behandling, samsvarer godt med etablert norsk praksis.

Det er fin oversikt over anbefalingene delt opp i anatomiske nivåer. Oppsummert gjelder som tidligere:

Man anbefaler i første omgang BMT og gangtrening for pasienter med kronisk claudicatio. Ved behandlingsindikasjon er det anbefalt endovaskulær behandling ved korte lesjoner og bypasskirurgi ved lesjoner > 25 cm. Ved kirurgi anbefales venegraft fremfor kunststoffgraft der det er mulig.

Når det gjelder behandling av popliteastenoser, er det fortsatt behov for mer forskning. Infrapoplitealt er revaskularisering anbefalt ved truet ekstremitet.

Konklusjon

Anbefalingene i PAD-retningslinjene 2017 samsvarer godt med norske forhold. Det er gode tabeller og flytdiagram. De gir en helhetlig vurdering av den arteriosklerotiske pasient og legger vekt på betydningen av medisinsk behandling (BMT), både farmakologisk og ikke-farmakologisk. Selve karkirurgien omtales også utførlig, med utredning, behandling og oppfølging. Betydningen av multidisiplinære team i vurdering av pasientene presiseres. Dette vil kreve tettere samarbeid enn vi har i dag. Et område som ikke er belyst, er perifer karkirurgi i forhold til TAVI. Det er et behov for å belyse tilgang for TAVI. Problemer med sykdom i underekstremitetsarterier ved lysketilgang bør diskuteres med karkirurg. Gjeldende anbefaling for reparasjoner i arteria femoralis communis er åpen kirurgi, men noen studier antyder at dette kan behand-

les endovaskulært. Dette bør undersøkes nærmere.

Med oppsummerende tabeller er retningslinjen lett å lese, og vil være til god nytte for både kardiologer og kirurger.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 5.1.18):

Perifer karsykdom forekommer hyppig hos pasienter som også har hjertesykdom. Det er derfor viktig for enhver kardiolog å ha kjennskap til de viktigste behandlingsprinsippene ved karsykdom. Disse er godt beskrevet i de oppdaterte retningslinjene, og oppsummert av de norske fagekspertene ovenfor. Kvalitetsutvalget oppfordrer også til tett samarbeid mellom spesialitetene både for medikamentell og invasiv behandling og støtter konseptet med multidisiplinære team.

Med disse kommentarer anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til de oppdaterte retningslinjene.

Kvalitetsutvalget presiserer: Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinsen
leder
(sign.)

Assami Rösner
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte 6.2.2018 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.