

Unngå å utføre perkutane intervensjoner eller bypass kirurgi på pasienter med asymptomatisk perifer arteriell sykdom (PAD) eller på de fleste pasienter med claudicatio intermittens.

Begrunnelse: PAD er en markør for systemisk sykdom og pasienter med PAD kan ha atherosklerotisk sykdom i andre kargebet, inkludert carotider og koronarkar. Pasienter med mild til moderat PAD har høyere 5 års risiko for hjerneslag, hjerteinfarkt, og kardiovaskulær død, enn for amputasjon. Tidlig behandling bør inkludere røykestopp og modifisering av risikofaktorer, beste medisinske behandling, og gangtrening. Bypasskirurgi og endovaskulær behandling på underekstremiteter bør reserveres for pasienter med kritisk iskemi eller invalidiserende klaudikasjon.

Referanser:

- Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group: Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. J Vasc Surg 2015;61(3 Suppl):2S- 41S.

Unngå å utføre carotis endarterektomi evt stenting på de fleste asymptomatiske pasienter.

Begrunnelse: Målet med carotiskirurgi evt stenting er å forebygge hjerneslag, og gir i kombinasjon med beste medisinske behandling, en vellykket risikoreduksjon når utført hos pasienter med symptomatisk sykdom. Medisinsk behandling alene er et effektivt alternativ for de fleste asymptomatiske pasienter.

Referanser:

- Hobson RW, Mackey WC, Ascher E, Murad MH, Calligaro KD, Comerota AJ, et al. Management of atherosclerotic carotid artery disease: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg 2008;48:480-6.
- Voeks JH, Howard G, Roubin GS, Malas MB, Cohen DJ, Sternbergh WC, et al. Age and outcomes after carotid stenting and endarterectomy: the carotid revascularization endarterectomy versus stenting trial. Stroke 2011;42(12):3484-90.
- Wach MM, Dumont TM, Shakir HJ, Snyder KV, Hopkins LN, Levy EI, et al. Carotid artery stenting in nonagenarians: are there benefits in surgically treating this high risk population? J Neurointerv Surg 2015;7(3):182-7.

Unngå å utføre åpen eller endovaskulær behandling av de fleste asymptomatiske små abdominale aortaaneurismer, dvs < 5 cm hos kvinner og < 5,5 cm hos menn.

Begrunnelse: Behandling av asymptomatiske abdominale aortaaneurismer anbefales når risiko for ruptur overskrider risiko ved behandling. Randomiserte kontrollerte studier har ikke vist øket overlevelse ved åpen eller endovaskulær behandling av de fleste små aneurismer. Behandling kan likevel vurderes ved visse vekstmønstre og aneurismemorfologi.

Referanser:

- Cao P, De Rango P, Verzini F, Parlani G, Romano L, Cieri E, et al. Comparison of surveillance versus aortic endografting for small aneurysm repair (CAESAR): results from a randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41(1):13-25.
- Lederle FA, Wilson SE, Johnson Gr, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW, et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002;346:1437-44.
- Ouriel K, Clair DG, Kent KC, Zarins CK, Positive Impact of Endovascular Options for treating Aneurysms Early (PIVOTAL) Investigators. Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2010;51(5):1081-7.
- The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results for randomized controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet* 1998;352:1649-55.

Unngå å utføre endovaskulær behandling av abdominale aortaaneurismer hos de fleste pasienter med asymptomatiske aneurismer og kort forventet levetid.

Begrunnelse: Behandling av asymptomatiske abdominale aortaaneurismer anbefales når rupturrisiko overskrider behandlingsrisiko, og når pasienten har forventet levetid til å ha nytte av en slik profylaktisk prosedyre. De eldste pasientene og høy-risiko pasienter som har kort forventet levetid, og høyere risiko for komplikasjoner ved og etter endovaskulær behandling, bør ikke behandles.

Referanser:

- EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9478):2187-92.

Unngå å utføre unødvendig ofte ultralydkontroll hos asymptotiske pasienter med små abdominale aortaaneurismer. Aneurismer som er mindre enn 4,5 cm i diameter kan kontrolleres med årlig ultralydundersøkelse.

Begrunnelse: Regelmessig ultralydkontroll av asymptotiske pasienter med små abdominale aortaaneurismer er nødvendig for å overvåke aneurismevekst og avgjøre når behandling skal innsettes. Intervallet mellom undersøkelsene dikteres av størrelsen på aneurismet og dets forventede veksthastighet. For hyppige kontroller kan forårsake unødvendig bekymring hos pasienten og er ikke hensiktsmessig.

Referanser:

- RESCAN Collaborators, Bown MJ, Sweeting MJ, Brown LC, Powell JT, Thompson SG. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms: a meta-analysis. *JAMA* 2013;309(8):806-13.
- Thompson SG, Brown LC, Sweeting MJ, Bown MJ, Kim LG, Glover MJ, et al. Systematic review and meta-analysis of the growth and rupture rates of small abdominal aortic aneurysms: implications for surveillance intervals and their costeffectiveness. *Health Technol Assess* 2013;17(41):1-118.

Unngå å utrede eller behandle åreknuter som ikke gir plager.

Begrunnelse: Ikke utred venektasier eller telangiektasier med UL (CEAP 1-2). Telangiektasier er kosmetiske forandringer i huden som nesten aldri gir smerter eller blødning. Selv om det er underforliggende venøs insuffisiens hos en pasient, er det ikke indikasjon for behandling i det offentlige før pasienten har ødem, pigmentering eller sår på det aktuelle beinet. Selv med mild insuffisiens i vena safena magna kan denne venen være livsviktig som bypass i hjertet eller beinet, og bør bevares når det er mulig.

Referanser:

- Khilnani NM, Min RJ. Imaging of venous insufficiency. *Semin Intervent Radiol*. 2005 Sep;22(3):178-84.
- Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volontè M, Petrini O. Chronic venous disorders: correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *J Vasc Surg*. 2007 Aug;46(2):322-30. • Prioriteringsveileder karkirurgi: Venøs insuffisiens