Gefäßchirurgie 2012 · 17:520–521
 DOI 10.1007/s00772-012-1053-0
 Online publiziert: 26. September 2012
 © Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
 und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative,
 endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin
 e.V. Published by Springer-Verlag - all rights
 reserved 2012

P. Ringleb¹ · H.-H. Eckstein²

¹ Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Heidelberg

² Klinik und Poliklinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie,
 Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

S3-Leitlinie Extracranielle Carotisstenose

Kapitel 8.1: Wer soll die Indikation auf der Basis welcher klinischen und apparativen Befunde zu den einzelnen Therapieverfahren stellen?

Gesellschaftszugehörigkeit

Hans-Henning Eckstein: Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin – Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e. V. (DGG)
 Peter Ringleb: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

8.1.1 Empfehlungen

Siehe Tab. 1.

8.1.2 Literatur (Leitlinien, Reviews, Studien), Bewertung der Evidenz und offene Fragen

Leitlinien: In den Referenzleitlinien zur Primärprävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der zerebralen Ischämie findet sich lediglich in der neuseeländischen LL die Empfehlung, für die Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls erfahrene Ärzte in einem interdisziplinären Team unter Führung eines „stroke clinicians“ zusammenzubringen (Tab. 21 in der Onlineversion unter <http://www.awmf.org>) [1]. Eine zuverlässige Graduierung der zu behandelnden Carotisstenose wird in allen nationalen und internationalen LL gefordert. In der aktuellsten nordamerikanischen LL stützen sich die Class-I-Empfehlungen zur CEA und CAS

auf eine valide Bestimmung des sog. distalen Stenosegrads („the degree of stenosis is based on catheter-based or noninvasive vascular imaging compared with the distal arterial lumen or velocity measurements by duplex ultrasonography“) [2].

Systematische Reviews/randomisierte Studien:

Es liegen keine RCTs oder systematische Übersichtsarbeiten zum Einfluss der Fachdisziplin auf die Indikationsstellung vor. Die großen RCTs wurden in Kooperation zwischen Neurologie, Gefäßchirurgie und endovaskulär tätigen Disziplinen (Radiologie, Kardiologie, Angiologie, Gefäßchirurgie u. a.) durchgeführt. Mit Zunahme der Behandlungskomplexität erscheint eine interdisziplinäre Abstimmung unter Berücksichtigung des Patientenwunsches sinnvoll. In allen relevanten Studien sowie LL ist ein wesentliches Maß für die Indikation zur invasiven Behandlung einer Carotisstenose das Stenosemaß. Daher sind diagnostische Maßnahmen, die das Ausmaß der Stenose graduieren, für die Indikationsstellung notwendig. Zur Bewertung der einzelnen diagnostischen Verfahren und ihrer Kombination wird auf die Ausführungen in Kapitel 7 verwiesen. Ein weiteres wesentliches Kriterium ist die Differenzierung zwischen asymptomatischer und symptomatischer Stenose. Zur Diffe-

renzierung ist zumindest eine umfassende klinisch-neurologische Untersuchung erforderlich. Falls fokale neurologische Symptome bestehen, ist eine Schnittbilddiagnostik des Gehirns notwendig, um die vaskuläre Ursache der Symptome zu verifizieren. Bei klinisch asymptomatischen Patienten ist nicht in allen Fällen eine Schnittbilddiagnostik notwendig.

Bewertung der Evidenz und offene Fragen:

Derzeit können keine evidenzbasierten Empfehlungen zum Einfluss der Fachdisziplin auf die Indikationsstellung gemacht werden.

Die Leitlinie Extracranielle Carotisstenose; Diagnostik, Therapie und Nachsorge wird bei der AWMF unter der Register-Nummer 004-028 geführt.

Tab. 1 Wer soll die Indikation auf der Basis welcher klinischen und apparativen Befunde zu den einzelnen Therapieverfahren stellen?

Nr.	Text der Empfehlung	Grad ^a	LoE ^b
A	Die Indikation zur invasiven Behandlung einer Carotisstenose soll interdisziplinär unter Einbeziehung eines in der Diagnostik und Behandlung von Carotisstenosen erfahrenen Neurologen in Absprache mit den Therapeuten gestellt werden	GCP	–
B	Vor der Indikationsstellung zu einer revaskularisierenden Therapie ist eine zuverlässige Graduierung der Carotisstenose notwendig	GCP	–
C	Zusätzlich kann eine vollständige Darstellung der hirnversorgenden und hirnzuführenden Gefäße wichtige Informationen liefern	GCP	–

^a Grad der Empfehlung: ↑↑ = starke Empfehlung („soll“), ↑ = Empfehlung („sollte“), ↔ = Empfehlung offen („kann“), GCP good clinical practise/klinischer Konsens. ^b Level of Evidence (LoE): 1–5 nach Oxford Centre of Evidence Based Medicine (2001, s. Methodenreport zu dieser S3-LL).

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. P. Ringleb

Neurologische Klinik,
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
peter.ringleb@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. H.-H. Eckstein

Klinik und Poliklinik für Vaskuläre und
Endovaskuläre Chirurgie, Klinikum rechts der
Isar der Technischen Universität München
Ismaninger Straße 22, 81675 München
hheckstein@web.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierenden Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group (2006) New Zealand guideline for management of stroke. Stroke Foundation of New Zealand, Wellington
2. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ et al (2011) Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 42:517–584