Gefäßchirurgie 2012 · 17:543–544
 DOI 10.1007/s00772-012-1055-y
 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

H.-H. Eckstein¹ · J. Berkefeld²

¹ Klinik und Poliklinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie, Klinikum
 rechts der Isar der Technischen Universität München

² Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie, Hirngefäßzentrum, Klinikum und
 Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

S3-Leitlinie Extracranielle Carotisstenose

Kapitel 8.3: Wie sehen Patienten die Alternative CEA oder CAS?

Gesellschaftszugehörigkeit

Joachim Berkefeld: Deutsche Gesellschaft für
 Neuroradiologie (DGNR)

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

8.3.1 Empfehlungen

Siehe Tab. 1.

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

Leitliniensynapse: In den Referenzleitlinien zur Primärprävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der zerebralen Ischämie finden sich zu dieser Frage keine eindeutigen Aussagen. In der aktuellen nordamerikanischen LL zum Management extracranieller Carotis- und Vertebralisläsionen wird für Indikationsstellung bei der asymptomatischen Carotisstenose eine starke Empfehlung ausgegeben, neben den Komorbiditäten, der Lebenserwartung und anderen individuelle Faktoren auch die Präferenz des Patienten für die endovaskuläre oder die operative Therapie zu berücksichtigen (LoE C). In der schottischen LL aus dem Jahr 2008 (s. auch Tab. 22 in der Onlineversion unter <http://www.awmf.org>) wird in einer

Grad-A-Empfehlung darauf hingewiesen, dass Schlaganfallpatienten und deren Betreuer leicht zugängliche und leicht verständliche individuelle Informationen zu folgenden Themen erhalten sollten: medizinische Informationen, Folgen des Schlaganfalls, Erfahrungen anderer Patienten und Pfleger, häusliche Behandlung und Ratschläge für Lebenspartner und das soziale Umfeld [1].

Die Effektivität von Patienten- und Betreuerinformationen ist jedoch nicht eindeutig belegt. Während des Krankenhausaufenthalts werden besonders Informationen zur Schlaganfallursache und künftigen Schlaganfallprävention gewünscht. Pflegende sind besonders an kognitiven und emotionalen Folgen des Schlaganfalls interessiert. Nach 6 Monaten sind Patienten und Pflegende besonders an Möglichkeiten zur Prävention eines erneuten Schlaganfalls interessiert [2]. In einem Cochrane-Review aus dem Jahr 2009 wird gezeigt, dass Informationsveranstaltungen („outpatient educational sessions“) effektiver sein können als Informationsflyer allein [3].

Systematische Reviews: keine Angaben.

Weitere Studien: In der Literatur findet sich eine Studie zur Präferenz „CEA oder CAS“ bei Patienten mit hochgradiger Carotisstenose [4]. 43 Patienten wurden vor der stationären Aufnahme von

einem unabhängigen Untersucher befragt. 60% der Befragten entschieden sich für die Operation und 40% für CAS, sofern das Risiko beider Prozeduren <3,8% liegen würde. Außerdem wurde mit Hilfe einer visuellen Analog-Skala (VAS) der mutmaßliche subjektive Gesundheitszustand für drei verschiedene postprozedurale Konditionen geschätzt: schwerer Schlaganfall VAS 0,239, leichter Schlaganfall VAS 0,635, Narbe am Hals VAS 0,971. Die Schlussfolgerung der Autoren war, dass 40% der Patienten CAS wünschten, eine Narbe am Hals sei für die Patienten irrelevant.

Bewertung der Evidenz: Derzeit können keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden, da keine guten Daten zur Patientenpräferenz bezüglich CEA oder CAS vorliegen (GCP).

Methodenkritik/offene Fragen: Die Frage der „patient preference“ für das eine oder andere Verfahren ist unzureichend untersucht. Einen großen Einfluss auf die Verfahrenswahl hat sicherlich die Empfehlung der behandelnden Ärzte. Untersuchungen zur Alternative/Präferenz einer konservativen vs. einer inva-

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

Tab. 1 Wie sehen Patienten die Alternative CEA oder CAS?

Nr.	Text der Empfehlung	Grad ^a	LoE ^b
A	Es können keine evidenzbasierten Empfehlungen gegeben werden, da keine guten Daten zur Patientenpräferenz hinsichtlich CEA oder CAS vorliegen	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).

siven Therapie liegen nicht vor. Weitere Studien zur Wahrnehmung bzw. Risikoeinschätzung der eigenen Erkrankung („perception“) und zur Methodenpräferenz („patient preference“: konservativ – operativ – endovaskulär) sind notwendig.

Korrespondenzadressen

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
heckstein@web.de

Prof. Dr. J. Berkefeld

Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie, Hirngefäßzentrum, Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, berkefeld@em.uni-frankfurt.de

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

Literatur

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008) Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. Guideline No. 108, ISBN 9781905813407, <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign108.pdf> (abgerufen am 28.03.2010)
2. Hoffmann T, Russell T, McKenna K (2004) Producing computer-generated tailored written information for stroke patients and their carers: system development and preliminary evaluation. *Int J Med Inform* 73:751–758
3. Smith J, Forster A, Young J (2009) Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clin Rehabil* 23:195–206
4. Warren JA, Jordan WD Jr, Heudebert GR et al (2003) Determining patient preference for treatment of extracranial carotid artery stenosis: carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy. *Ann Vasc Surg* 17:15–21