S3-Leitlinie Extracranielle Carotisstenose

Kapitel 8.18: Ist eine ambulante Therapie der Carotisstenose mittels CEA oder CAS möglich und sinnvoll?

Gesellschaftszugehörigkeit

Martin Storck: Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin – Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e. V. (DGG)

8.18.1 Empfehlungen

Siehe Tab. 1.

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

Leitliniensynopse und systematische

Reviews: In den internationalen LL und in Reviews wird zu dieser Frage nicht Stellung genommen. Ein RCT zu diesem Thema existiert nicht, ebenso wenig Kohortenstudien. Es existieren lediglich regionale Registerdatensätze.

RCTs und sonstige Studien: entfällt.

Bewertung der Evidenz und offene

Fragen: In der Versorgungsroutine wird eine CEA immer stationär durchgeführt, ohne dass dies evidenzbelegt ist. Da die CEA vorzugsweise unter TFH durchgeführt wird, besteht eine Überwachungsnotwendigkeit hinsichtlich potenziell lebensbedrohlicher Nachblutungen, obwohl diese nicht häufiger auftreten als ohne TFH [1]. Im Falle von beschichteten Koronarstents muss gelegentlich auch

unter einer dualen Plättchenhemmung operiert werden, falls CAS technisch nicht durchführbar ist.

Die Stentangioplastie dagegen soll in der Routineversorgung prinzipiell unter doppelter TFH mit Aspirin und Clopidogrel erfolgen (s. auch Tab. 10 in der Onlineversion unter <http://www.awmf.org>) [2]. Eine perioperative/periinterventionelle Untersuchung innerhalb von 24 h wird empfohlen. Genaue Zahlen über die Häufigkeit ambulant durchgeführter Eingriffe existieren in Deutschland nicht, da keine gesetzliche Qualitätssicherung unter ambulanten Bedingungen besteht. Da eine neurologische Komplikation oder ein Aneurysma spurium an der Punktionsstelle auch noch nach 24 h nach Carotisrekonstruktion auftreten kann, ist eine ambulante Therapie einer stationären Therapie nicht überlegen, auch wenn am Folgetag eine ambulante Kontrolle durchgeführt wird.

Methodenkritik: Grundsätzlich ist ein RCT zu diesem Thema ethisch nicht vertretbar. Die perioperative Komplikationsraten einer ambulant durchgeführten CAS werden derzeit nicht flächendeckend erfasst und sind daher unbekannt. Eine gesetzliche Regulierung existiert in Deutschland nicht, somit liegt die Verantwortung allein beim behandelnden Arzt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Storck

Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie,
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Moltkestr. 90, 76133 Karlsruhe
martin.storck@klinikum-karlsruhe.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Tab. 1 Ist eine ambulante Therapie der Carotisstenose mittels CEA oder CAS möglich und sinnvoll?

Nr.	Text der Empfehlung	Grad ^a	LoE ^b
A	Die Therapie einer extracraniellen Carotisstenose (operativ oder endovaskulär) sollte wegen der Möglichkeit einer erst nach 24 h auftretenden neurologischen Symptomatik oder Nachblutung nicht unter ambulanten Bedingungen erfolgen	GCP	–

^a Grad der Empfehlung: $\uparrow\uparrow$ = starke Empfehlung („soll“), $\uparrow$ = Empfehlung („sollte“), $\leftrightarrow$ = 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).

Literatur

1. Bischof G, Pratschner T, Kail M et al (1993) Anticoagulants, antiaggregants or nothing following carotid endarterectomy? *Eur J Vasc Surg* 7:364–369
2. Brott TG, Halperin JL, Abbara S et al (2011) 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery Developed in Collaboration With the American Academy of Neurology and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol* 57:1002–1044

Hier steht eine Anzeige.