

Kirurgisk behandling av tät karotisstenos utan symtom bör inte rekommenderas frikostigt

■ Det är väl dokumenterat att operation av symtomgivande tät karotisstenos är bättre för att förebygga stroke än enbart medicinsk behandling. Studier på patienter med tät karotisstenos som inte givit symtom har nu intensifierats.

Denna artikel av AbuRahma och medarbetare beskriver naturlöslöppet av måttlig karotisstenos (>65 procent) på 82 patienter med kontralateral ocklusion av samma kärl. Studien var prospektiv över tio år, och patienterna följdes upp med duplexskanning var sjätte månad under i medeltal fem år. Progress av stenosis tillika neurologiska symtom registrerades. Alla patienter fick »maximal medicinsk behandling«.

Den sammanlagda TIA/strokerisken blev 60 procent. 20 (24 procent) patienter visade progress till >70 procent stenosis. 21 patienter som under studien fick ipsilaterala TIA eller minor stroke, alternativt progress av stenosis till >75 procent, opererades utan kirurgisk morbi-

ditet eller mortalitet. Artikelförfattarna sammanfattar resultatet med att denna grupp patienter löper större risk för såväl ipsilateral som kontralateral stroke och att kirurgi bör övervägas.

Min reflektion på denna studie är att subgruppsanalyser alltid är vanskliga att utvärdera, särskilt om antalet patienter är litet. I en subgruppsanalys i den stora amerikanska studien ACAS (Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study) på patienter med asymtomatisk signifikant karotisstenosis löpte patienter med kontralateral ocklusion inte någon ökad risk jämfört med dem som hade ett öppet kontralateralt karotiskärl.

Den nyligen rapporterade europeiska studien ACST (Asymptomatic Carotid Surgery Trial) pekar på liknande resultat som ACAS inom denna patientgrupp. Förändringar i den kalkylerade stenosisgraden med duplex i 10-procentsintervall förefaller också vanskliga att använ-

da eftersom vi vet hur användarberoende denna teknik är.

Således skall inte förhållandet i det kontralaterala karotiskärl påverka kliniker att mera frikostigt rekommendera kirurgisk behandling. Tät (>75 procent) stenosis hos annars frisk patient bör föranleda diskussion inom karotisteamet om lämpligaste behandling.

Den ökande farmakologiska arsenalen inom sekundärprofylaxen kommer säkert också att påverka intresserade kliniker att återigen studera denna patientgrupp.

Claes Skiöldebrand

cskioldebrand@hotmail.com

AbuRahma AF, et al. Natural history of ≥60% asymptomatic carotid stenosis in patients with contralateral carotid occlusion. Ann Surg 2003;238(4):551-61; discussion 561-2.

Delade meningar om hur vi bäst kan förebygga reblödning av esofagusvaricer

■ Hos levercirrospatienter som blött från esofagusvaricer är reblödningens stor och varje blödningsepisod förknippad med hög mortalitet. Endoskopisk ligaturbehandling eller farmakologisk terapi med icke-selektiva betablockerare ihop med nitrater är de vanligaste behandlingarna för att minska reblödningens storlek. Tre studier har jämfört dessa metoder och kommit till helt olika

konklusioner. Den första studien [1] finner farmakologisk behandling överlägsen för att minska såväl reblödningar som mortalitet, den andra [2] att ligaturbehandling är överlägsen, och den senaste studien [3] påvisar ingen säker skillnad.

Hur kan tre studier få så olika resultat och hur skall vi som kliniker förhålla oss?

I studien av Patch och medarbetare gjordes initialt en styrkeberäkning som angav att minst 193 patienter behövdes för att påvisa signifikant skillnad mellan metoderna. Ingen av studierna har inkluderat så många patienter. En annan fråga är patientselektionen. I Patchstudien inkluderades flera svårt sjuka patienter (Child C) och flera med alkoholmissbruk. Fortsatt alkoholintag ökar risken för reblödning.

En tredje skillnad mellan studierna utgörs av läkemedelsdoser. I Villanuevas studie, där medikamentell behandling var överlägsen, återfanns de högsta doserna. I studien av Patch visades att möjligheten att identifiera dem med effekt av farmakologisk behandling ökar om levertryck och tryckgradient mäts vid behandlingsstart och efter några veckor. Patienter som minskat trycket med mer än 20 procent förblir blödningss fria.

Vid farmakologisk behandling skall optimal dos användas och om möjligt tryckmätning göras, annars kan ligaturbehandling övervägas. Att både farmakologiskt behandla den portala hypertensionen och dess blödningskomplikation tycks rimligt, men framtida studier får utvisa om kombinationen av metoderna ytterligare kan minska risken för reblödning.

Ulrika Broomé

ulrika.broome@medhs.ki.se

Staffan Wahlin

1. Villanueva C, et al. Endoscopic ligation compared with combined treatment with nadolol and isosorbide mononitrate to prevent recurrent variceal bleeding. N Engl J Med 2001;345(9):647-55.

2. Lo GH, et al. Banding ligation versus nadolol and isosorbide mononitrate for the prevention of esophageal variceal rebleeding. Gastroenterology 2002;123(3):728-34.

3. Patch D, et al. A randomized, controlled trial of medical therapy versus endoscopic ligation for the prevention of variceal rebleeding in patients with cirrhosis. Gastroenterology 2002;123(4):1013-9.

Referat till Nya rön skall innehålla

- Kort titel som speglar huvudbudskapet
 - Bakgrund till varför studien gjordes
- Något om materialets sammansättning
- Huvudresultat och författarnas konklusion
 - Tillämpning på svenska förhållanden
 - Fullständig referens för artikeln
- Din adress, fax och e-postadress samt telefonnummer
- Tillstånd att publicera referatet på vår hemsida, VIKTIGT!
- Referat får innehålla högst 250 ord

Skicka referatet med e-post som ett vidhängande Word-dokument till *nya.ron@lakartidningen.se*

Välkommen med Ditt bidrag