

# Nytt internationellt konsensusdokument om perifer artärsjukdom TASC II skall ge bättre vård



**LARS NORGRÉN**, professor, klinikk-  
chef, kirurgiska kliniken, Universi-  
tetsjukhuset, Örebro  
lars.norgren@orebroll.se

Kunskapen om perifer artärsjukdom är i jämförelse med vad som är känt om kardiovaskulär och cerebrovaskulär sjukdom betydligt mer begränsad, trots att den vanligaste manifestationen, »föns-  
terittarsjuka« (claudicatio intermit-  
tens), drabbar 12–15 procent av personer  
i åldersgruppen 65 år eller äldre.

En vanlig missuppfattning är att an-  
strängningsrelaterad smärta i benen är  
ett åldersfenomen utan större betydelse.  
Att claudicatio intermittens ökar 5-års-  
mortaliteten från cirka 10  
procent till 25 procent är  
mindre väl känt! Å andra si-  
dan finns också missupp-  
fattningar om hög amputa-  
tionsrisk vid claudicatio  
intermittens, en komplika-  
tion som drabbar färre än 1  
procent av dessa patienter  
per år.

Genom åren har det visat  
sig att behandlingsstrategin  
vid perifer artärsjukdom har  
varierat avsevärt, inte bara  
mellan olika länder utan till  
och med mellan grannsjukhus. Detta  
förhållande ledde år 2000 till konsen-  
susdokumentet »Management of Peri-  
pheral Arterial Disease (PAD). Trans-  
Atlantic Inter-Society Consensus  
(TASC)«, formulerat av representanter  
för 14 kärllöreningar inom bl a kärllme-  
dicin, kärllkirurgi och radiologi [1, 2].

Detta dokument har lett till större sam-  
stämmighet vad gäller preventions-  
och behandlingspolicy enligt vad som kan ut-  
läsas av de publikationer som refererar  
till TASC. Däremot har inte en önskad för-  
ändring av remissmönstret från primär-  
vård till specialistvård registrerats.

## Uppdaterat konsensusdokument

Mot denna bakgrund inleddes ett nytt  
konsensusarbete med syfte att korta ned  
dokumentet för att göra det mer till-  
gängligt samtidigt som det uppdaterades  
med ny kunskap.

Detta »Inter-Society Consensus for  
the Management of Peripheral Arterial

Disease (TASC II)« [3, 4] har engagerat  
inte bara en »transatlantisk« arbets-  
grupp från Nordamerika och Europa,  
utan även representanter från Japan,  
Australien och Sydafrika har deltagit. Ef-  
ter den primära publikationen är avsik-  
ten att söka sprida budskapet nationellt  
och lokalt för att nå potentiella remit-  
terande läkare.

TASC har begränsats till att avhandla  
artärsjukdom i nedre extremiteten:  
claudicatio intermittens, kritisk ischemi  
och akut ischemi.

TASC II ger ett antal rekommendatio-  
ner baserade på det system som presen-  
terats av den amerikanska myndigheten  
Agency for Health Care Policy and Re-  
search (AHCPR) [5]: grad A innebär att  
rekommendationerna baseras på åtmins-  
tone en välgjord randomise-

rad studie, grad B baseras på  
välgjorda kliniska studier i  
avsaknad av randomiserade  
studier, och för grad C ac-  
cepteras expertgruppsutlåt-  
anden och liknande i avsak-  
nad av fullgoda studier.

I denna kommentar presen-  
teras en del fakta som er-  
farenhetsmässigt inte är  
särskilt väl kända utanför  
den krets som dagligen ar-  
betar med perifer artärsjuk-  
dom samt några exempel på  
TASC II-rekommendationer.

## Naturalförloppet visar likartat mönster

I den patientgrupp som vanligen drab-  
bas av olika manifestationer av perifer  
artärsjukdom (>50 års ålder) har 10–35  
procent den typiska claudicatio-smär-  
tan, som kommer efter viss gångsträcka  
och som upphör efter en stunds vila,  
medan 30–40 procent har någon annan  
typ av smärta i benen, vilken inte först  
för tanken till claudicatio intermittens,  
men där det visar sig att ankelblodtryck-  
et är sänkt. I epidemiologiska studier har  
påvisats att en stor grupp (20–50 pro-  
cent) saknar symtom men har sänkt an-  
kelblodtryck! I stor utsträckning torde  
»symtomfriheten« bero på att patienten  
inte rör sig i nämnvärd utsträckning.

Det intressanta är att dessa tre grupper  
har ett helt likartat mönster för framtida  
händelser. Efter 5 år har 10–15 procent  
dött (75 procent av kärllrelaterad orsak),  
och 20 procent har drabbats av kardio-

vaskulär eller  
cerebrovas-  
kulär kompli-  
kation men  
överlevt. Vad  
gäller ben-  
symtom har  
så många som  
70–80 pro-  
cent fortsatt  
stabil claudica-  
tio, 10–20  
procent har  
försämrats,  
och den be-  
tydligt allvar-  
ligare sjuk-  
domsbilden  
kritisk isch-  
emi har drab-  
bat så få som 5–10 procent.

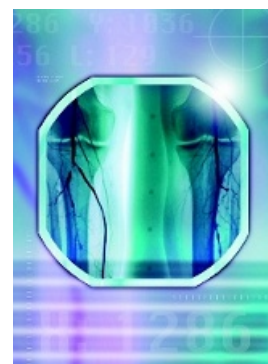


Foto: Miriam Masto/Science Photo Library

**Sannolikt ger prevention,  
tidig diagnos och adekvat  
behandling bättre livskva-  
litet, och i många fall ökad  
överlevnad, vid perifer ar-  
tärsjukdom.**

Kritisk extremitetsischemi med sym-  
tomen vilosmärter, sår och gangränut-  
veckling drabbar 500–1 000 personer  
per 1 miljon invånare och år. I dessa fall  
är naturalförloppet allvarligt; 20 pro-  
cent är döda ett år efter diagnos, 30 pro-  
cent har amputerats och överlevt. Natu-  
ralförloppet ändras givetvis vid rekon-  
struktiva åtgärder mot blodcirkulations-  
störningen i benet. Ungefär 50 procent  
av alla med kritisk extremitetsischemi  
blir föremål för revaskularisering, och  
hälften av dessa är fria från sina symtom  
efter ett år.

## Kön, ålder och rökning riskfaktorer

Män drabbas oftare än kvinnor av peri-

## SAMMANFATTAT

**Rökning och diabetes** är de två vikti-  
gaste riskfaktorerna för uppkomst av  
perifer artärsjukdom.

**Perifer artärsjukdom** påvisas inte säl-  
lan genom ankeltrycksmätning hos  
personer utan typiska symtom på  
claudicatio intermittens.

**Ett ankel-brakialindex** <0,9 påvisar  
perifer artärsjukdom och innebär en  
uttalad kardiovaskulär risk med vä-  
sentligt ökad mortalitet.

**Ankel-brakialindex bör** bestämmas  
hos alla individer >50 år med kardio-  
vaskulära riskfaktorer och, oavsett  
riskfaktorer, hos alla >70 år för att kun-  
na vidta preventiva åtgärder vid påvi-  
sad kärllsjukdom.

## ■ FAKTA. Utdrag ur TASC II-rekommendationer

- Alla patienter med symtomgivande perifer artärsjukdom skall behandlas till LDL-kolesterol  $<2,6$  mmol/l (grad A). Vid kombinerad kardiovaskulär och perifer artärsjukdom skall målet för LDL-kolesterol vara  $<1,8$  mmol/l (grad B).
- Hypertoni hos patienter med perifer artärsjukdom skall behandlas till under nivå 140/90 mm Hg och vid samtidig diabetes till under 130/80 mm Hg (grad A).
- Målsättningen för HbA<sub>1c</sub> vid samtidig diabetes och perifer artärsjukdom skall vara  $<7,0$  procent (grad C).
- Antitrombocytbehandling skall ges till alla patienter med perifer artärsjukdom, med eller utan samtidig kardiovaskulär sjukdom, för att reducera kardiovaskulär risk (grad A).
- Personer med riskfaktorer för perifer artärsjukdom, ansträngningsrelaterade bensymtom eller annan funktionsinskränkning i benen skall undersökas på misstanke om sådan sjukdom. Vid klinisk misstanke bestäms kvoten ankelblodtryck/armblodtryck (grad B).
- Kvoten ankelblodtryck/armblodtryck skall bestämmas hos alla med ansträngningsutlösta bensymtom (grad B), men även hos alla i åldern 50–69 år med kardiovaskulär risk (grad B). Vidare hos alla  $>70$  år, oavsett riskfaktorer (grad B).
- Träning under överinseende (supervised exercise) skall finnas tillgänglig för patienter med perifer artärsjukdom (grad A).
- Patienter med kritisk extremitetsischemi skall intensivbehandlas för sina kardiovaskulära riskfaktorer (grad A).
- Alla diabetespatienter med sår eller gangrän skall genomgå någon objektiv kärldiagnostik (grad C). (Min kommentar: I svensk praxis innebär detta tåblodtrycksmätning vid misstanke om falskt för högt ankelblodtryck.)
- Alla patienter med vilosmär- tor eller sår och gangrän skall undersökas för att fastställa diagnosen kritisk extremitetsischemi (grad B).
- Patienter med kritisk extremitetsischemi skall remitteras till kärlspecialist tidigt i sjukdomsförloppet för att utreda möjlighet till revaskularisering (öppen eller endovaskulär kirurgi) (grad C).
- Revaskularisering är den optimala behandlingen av kritisk extremitetsischemi (grad B). (Min kommentar: Avhängigt eventuella kontraindikationer och tekniska förutsättningar.)

fer artärsjukdom, men med stigande ålder på populationen, något som i sig är en väsentlig risk, drabbas allt fler kvinnor av kritisk extremitetsischemi, och denna diagnos ställs i stort sett lika ofta hos kvinnor som hos män.

Rökning är fortfarande den enskilt mest väsentliga riskfaktorn, men diabetes har antagit en nästan lika påtaglig roll som risk (oddskvoter omkring 3–4 för båda). Hypertoni och förhöjt LDL-kolesterol utgör tillsammans med högt C-reaktivt protein också väsentliga risker.

### Ankelblodtryck mått på mortalitetsrisk

Ett signifikant sänkt ankelblodtryck definieras av kvoten ankelblodtryck/armblodtryck  $<0,9$ , och ett index på denna nivå och därunder innebär en proportionellt ökad mortalitet. Vid ett index  $>1,4$ , en effekt av stela blodkärl, ökar också mortaliteten.

### Akut ischemi ibland svårdiagnostiserat

Ett kapitel i konsensusdokumentet ägnas åt akut benischemi, ett ibland svårdiagnostiserat tillstånd med plötslig försämring av blodcirkulationen och ett potentiellt hot mot extremiteten. Emboli och trombos ligger bakom den akuta ischemin i en majoritet av fallen.

Ett problem som lätt leder till fördröjd diagnostik är att symtomen, särskilt vid artärtrombos med akutisering av kronisk artärsjukdom, kan synas relativt beskedliga, men risken för progress är stor.

Rekommendationer vid akut ischemi uttrycker att alla patienter med misstänkt akut ischemi dels skall undersökas med doppler/ultraljud av fotartärer för

att fastställa om flöde finns (detta med hänsyn till osäkerheten vid palpation), dels omedelbart skall bedömas av kärlspecialist för beslut om revaskularisering.

### Konsensus – ett stort framsteg

Att TASC, och sedermera TASC II, har kunnat samla bl a kärlkirurgers, kärldiagnosers och interventionsradiologers kompetenser till konsensus är ett stort framsteg, inte minst som arbetsgruppen representerar en stor del av världen.

Det är arbetsgruppens förhoppning att TASC II-rekommendationerna (Fakta) skall spridas i vården i skilda delar av världen och att de skall ge mindre fördröjning i diagnostiken av svår perifer artärsjukdom. Förhoppningen är också att de skall leda till betydande förbättring av preventionen vid alla manifestationer av dessa tillstånd.

Sverige hör till de länder där kunskapen om de här beskrivna sjukdomstillstånden är relativt väl spridd, men likväl noteras av och till sådana förhållanden som att claudicatio-patienter inte har tillfredsställande prevention, att diabetiker med sår inte utreds vad avser den perifera cirkulationen eller att tecken till plötslig försämring av blodcirkulationen inte leder till åtgärd.

Om än den aterosklerotiska grundsjukdomen i sig medför en sämre prognos, är det högst sannolikt att prevention, tidig diagnos och adekvat behandling ger upphov till bättre livskvalitet, och i många fall ökad överlevnad.

Ett led i ett förbättrat omhändertagande av denna patientkategori är varseblivandet av att atypiska symtom före-

kommer och att asymtomatiska patienter inte är ovanliga. Mätning av kvoten ankelblodtryck/armblodtryck, som bör kunna utföras på flertalet mottagningar, leder högst sannolikt till att viktiga preventiva åtgärder kan vidtas i en större patientgrupp.

Denna korta resumé av delar av TASC II kan förhoppningsvis stimulera till läsning av det fullständiga TASC-dokumentet [3, 4].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *TASC II-arbetet har letts av författaren och professor William R Hiatt, Denver Co.*

### REFERENSER

1. TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD). Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000;19 Suppl A.
2. TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD). Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC). J Vasc Surg. 2000;31(1 Pt 2):S1-296.
3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007;45(1 Suppl):S5-S67.
4. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33 Suppl 1:S1-75.
5. AHCPR. United States Department of Health and Human Services Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative on medical procedures and trauma. /107/ Rockville, MD: AHCPR; 1993.