

AKTUÁLIS

Tünetmentes artéria carotis szűkület - operáljunk vagy nem?

Írta: DR. ROBICSEK FERENC

Annak ellenére, hogy az artéria carotis elzáródását már közel négy évtizede sikeresen operálják, a carotis bifurcatio megbetegedésének műtéti indikációja még mindig vita tárgya. Korábbi tanulmányok bebizonyították a sebészeti kezelés értékét szimptomatikus betegség esetében, de nem tisztázták a carotis endarteriectomia szükségességét klinikailag tünetmentes betegeknek.

Az elmúlt években az érsebészek többsége - még statisztikai bizonyítékok nélkül is - logikusnak és indokoltnak tartotta, hogy a jelentős (70- 80%-os) carotis szűkületet a beteg tüneteitől függetlenül meg kell operálni. Ezt a szemléletet a társszakmák nem egyhangúlag helyeselték. Egy öt évvel ezelőtt végzett statisztikai felmérésünk szerint 10 neurológus közül mindössze kettő, 10 idegsebész közül mindössze öt, 10 érsebész közül pedig nyolc tartotta indikálnak a klinikailag tünetmentes, de anatómiailag jelentős carotis villa szűkületének műtéti kezelését. Amikor pedig az elmúlt években néhány amerikai biztosítótársaság az aszimptomatikus carotis betegek sebészeti ellátását kizárta a biztosítás köréből, a szakmai vita különösen hevessé vált.

Hogy ez a probléma végérvényesen megoldódjon, az amerikai National Institute of Neurological Disorders and Stroke valamint a National Institute of Health kezdeményezte a "Tünetmentes carotis atherosclerosis tanulmányt" (Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study - ACAS). A tanulmány irányításával *James F. Toole*, a Bowman Gray Orvosegyetem neurológus professzorát bízták meg. A létrehozott tudományos bizottság célja az volt, hogy összegyűjtse 18 nagy esetszámú és elsőrangú klinikai felkészültségű intézet adatait, és megállapítsa, hogy vajon a beteg belgyógyászati rizikófaktorainak módosításán, illetve az aszpirinkezelésen túlmenően a carotis endarteriectomia befolyásolja-e az azonos oldali tranziens ischaemiás attack (TIA), az amaurosis fugax vagy a retinális és cerebrális infarktuszok (stroke) gyakoriságát tünetmentes, azonban hemodinamikailag jelentős carotis szűkületes betegeknek.

A munka során elvégezték a carotis szűkületek doppler- és angiográfiás vizsgálatát, ugyanakkor elemezték a betegek által kitöltött TIA/stroke kérdőíveket. A tanulmány kezdetén a betegeket véletlenszerűen randomizálták sebészi, illetve konzervatíván kezelt csoportokba. A diagnosztizált carotis- elváltozás legalább 60 százalékos szűkületejelentett, és mindkét csoportban minden beteg tünetmentes volt. A feldolgozás során elemezték:

1. a sebészi kezelés sikerét;
2. a gyógyszeresen kezelt csoportban nyomon követték az atherosclerotikus plakkok sorsát; valamint
3. megállapították, hogy milyen gyakorisággal fordulnak elő szív- és egyéb éreredetű szövődmények.

1988-ban 145 tünetmentes carotis szűkületes (>60%) beteg utánkövetését kezdték el a sebészi, illetve a konzervatív kezeléssel csoportokban, a cél azonban összesen 1500 beteg randomizálása volt. Megjegyzendő, hogy a tanulmányban csak olyan sebész részvételét engedélyezték, aki évente legalább 12 carotis endarteriectomiát

végzett, és a legutolsó 50 eset összhalálozási- és szövődményaránya nem haladta meg a 3%-ot.

Annak ellenére, hogy az ACAS tanulmányt eredetileg hosszabb időtartamra tervezték, 1994. szeptember 28-án a National Institute of Health kibocsátott egy körlevelet, amelyben ismertették a korai eredményeket, miszerint a carotis endarteriectomia fölülmúlja a konzervatív kezelés eredményeit. A műtét öt éves távlatban 5,8%-kal csökkentette a stroke mint végállapot valószínűségét. Az ACAS adatellenőrző bizottsága az ősszel a tanulmányban résztvevő orvosoknak azt javasolta, hogy minden gyógyszeres kezelésben részesülő beteget újra kell vizsgálni és a sebészeti kezelést mérlegelni. Ez gyakorlatilag az ACAS félbeszakítását jelentette.

Ámbár az ACAS-tanulmány részletes eredményeit még nem tették közzé, néhány általános következtetést már levonhatunk.

Mindenekelőtt az egész orvosi szakma nevében hálával tartozunk az ACAS résztvevőinek, különösen James F. Toole professzornak, hogy egy hosszú ideje égető klinikai probléma megoldására vállalkoztak. Másrészt azonban meg kell értenünk azokat a kollégákat is, akik minden tudományos alap nélkül, meggyőződve a sebészeti kezelés hasznosságáról ebben a "klinikailag tünetmentes, de morfológiailag jelentős eltérést mutató" csoportban, betegeik védelme érdekében nem vettek részt a tanulmányban, nehogy a randomizálás miatt a beteg károsodjon. Másodsorban el kell ismernünk, hogy bár az ACAS-tanulmány a klinikailag tünetmentes, de morfológiailag súlyos carotis szűkületek sebészeti indikációját most már tudományos alapokra helyezte, ez a következtetés kiváló szakmai eredményeket produkáló, alacsony morbiditású és mortalitású operáló sebészeket feltételez.

Amenynyiben a sebész ezt az elvárt színvonalat nem tudja nyújtani, úgy nincs joga arra, hogy terápiás javaslatait az ACAS eredményeire alapozza.

Szeretnénk az ACAS-tanulmány érdemeinek vitatása nélkül néhány, a lényegi következtetéseket nem érintő hiányosságra felhívni a figyelmet. Az ACAS vizsgálók a 60%-os nem komplex szűkületet tekintették a tanulmányba kerülési határértéknek.

Véleményünk szerint azonban nem biztos, hogy ez tényleges veszélyt jelent a betegekre nézve. Talán megfelelőbb lenne egy szigorúbb - 70%-os - carotis szűkület mint kiindulási alap. Ugyanakkor el lehet tünődni azon, hogy a 70%-os kiindulási érték esetén még jelentősebb különbség mutatkozott volna-e a sebészi és konzervatív kezelés eredményei között, tovább erősítvén a műtét előnyeit.

Végezetül, mind a fentieket, mind korábbi szakmai ismereteinket figyelembe véve, az extracranialis carotis communis és interna szűkület sebészeti indikációját a következőkben foglalnánk össze:

1. Minden tünetet okozó carotis szűkületes megbetegedés (amennyiben egyéb kontraindikáció nem áll fenn), függetlenül a szűkület fokától, abszolút műtéti indikációt képez.
2. A carotis villa kis kiterjedésű, de tranziens ischaemiás attakot okozó fekélyes plakkja esetén gyógyszeres kezelés (Aspirin és/vagy Persantin) javasolt. A kezelés hatástalansága (ismétlődő TIA) esetén műtét indikált.
3. A carotis interna 70%-ot meghaladó szűkülete vagy a bifurcatio kiterjedt fekélyes plakkja esetén még tünetmentes betegen is indikált a carotis endarteriectomia elvégzése, feltételezve, hogy alacsony halálozással és szövődményrátaival operáló érsebész áll rendelkezésre.
4. Tünetmentes betegen közepes fokú (50-70%-os) carotis szűkület csak akkor képezhet műtéti indikációt, ha az ellenoldali carotis interna el van záródva.

5. Mindezekén túlmenően javasoljuk, hogy minden beteg, akinek kimutatott nem szignifikáns (<70%), tünetmentes carotis szűkülete van, valamint minden súlyos érbeteg kimutatott carotis betegség nélkül is évenkénti non-invazív szűrővizsgálaton vegyen részt.

Francis Robicsek M. D.

Carolinas Heart Institute
Charlotte, North Carolina
USA – 28203

Érbetegségek: 1995/3. - 1-2. oldal