

Klinische Leitlinie

Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extrakraniellen Karotisstenose

Hans-Henning Eckstein, Andreas Kühnl, Joachim Berkefeld, Holger Lawall, Martin Storck, Dirk Sander

Zusammenfassung

Hintergrund: Circa 15 % aller zerebralen Ischämien werden durch Läsionen der extrakraniellen Arteria carotis verursacht. Ziel dieser Leitlinie sind evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlungen zur flächendeckenden Versorgung von Patienten mit extrakraniellen Karotisstenosen in Deutschland und Österreich.

Methode: Systematische Literaturrecherche (1990–2019) und methodische Bewertung bestehender Leitlinien und systematischer Reviews; konsentrierte Beantwortung von 37 Schlüsselfragen mit evidenzbasierten Empfehlungen.

Ergebnisse: Die Prävalenz extrakranieller Karotisstenosen liegt bei circa 4 % und steigt ab dem 65. Lebensjahr an. Die wichtigste Untersuchungsmethode ist die Duplexsonografie. Randomisierte Studien haben gezeigt, dass die Karotis-Thrombendarteriektomie (CEA) von 60- bis 99%igen asymptomatischen (absolute Risikoreduktion [ARR] 4,1 % über 5 Jahre, „number needed to treat“ [NNT] 24) und 50- bis 99%igen symptomatischen Karotisstenosen (50–69 %: ARR 4,6 % über 5 Jahre, NNT 22; 70–99 %: 15,9 % über 5 Jahre, NNT 6) das 5-Jahres-Schlaganfallrisiko signifikant reduziert. Mithilfe einer intensiven konservativen Therapie kann das Karotis-assoziierte Schlaganfallrisiko auf bis zu 1 % pro Jahr gesenkt werden. CEA und Karotis-Stenting (CAS) erfordern daher eine kritische Indikationsstellung und strenge Qualitätskriterien. Systematische Reviews kontrollierter Studien zum Vergleich von CEA und CAS zeigen, dass das prozedurale Schlaganfallrisiko bei CAS höher ist (asymptomatisch: 2,6 % versus 1,3 %, symptomatisch: 6,2 % versus 3,8 %). Im Langzeitverlauf bestehen keine Unterschiede. CEA wird für hochgradige asymptomatische und mittel- und hochgradige symptomatische Karotisstenosen als Standardverfahren empfohlen, CAS kann alternativ erwogen werden. Für beide Verfahren gilt, dass die periprozedurale Schlaganfallrate/Letalität bei maximal 2 % (asymptomatische Stenosen) beziehungsweise 4 % (symptomatische Stenosen) liegen soll.

Schlussfolgerung: Künftige Studien sollten noch bessere Selektionskriterien für eine individuell optimale konservative, operative oder endovaskuläre Therapie evaluieren.

Zitierweise

Eckstein HH, Kühnl A, Berkefeld J, Lawall H, Storck M, Sander D: Clinical practice guideline: Diagnosis, treatment and follow-up in extracranial carotid stenosis. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 801–7. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0801
