

Nya riktlinjer för behandling av perifer artärsjukdom

MULTIDISCIPLINÄRA KÄRLCENTRUM REKOMMENDERAS

Nyligen presenterades 2017 års riktlinjer för diagnos och behandling av perifer artärsjukdom av European Society of Cardiology (ESC) [1]. Inom detta område finns en bred flora av riktlinjedokument utgivna av olika organisationer, och tidigare års ESC-riktlinjer har inte alltid anammats av de specialister som främst handlägger dessa patienter i vårt land. Det är därför viktigt att notera att den nya utgåvan av riktlinjerna är framtagen i samarbete med European Society for Vascular Surgery (ESVS) och att även European Stroke Organization (ESO) står bakom de framförda rekommendationerna. Detta leder förhoppningsvis till hög legitimitet och brett utnyttjande av dokumentet. Artikelförfattarna har för Svenska kardiologföreningens räkning lämnat synpunkter på dokumentet under revisionsprocessen.

Perifer artärsjukdom definieras brett i dokumentet, vilket innehåller kapitel om aterosklerotisk sjukdom i alla precerebrala, övre extremitetens, mesenteriella och renala samt slutligen förstås nedre extremiteternas kärl. Ateroskleros i aorta, koronararterer och intrakraniella kärl berörs däremot inte, och icke aterosklerotisk ar-



Anders Gottsäter, adjungerad professor, överläkare, Lunds universitet; kärlsektionen, Skånes universitetssjukhus
● anders.gottsater@med.lu.se



Ulf Näslund, professor, överläkare, Hjärtcentrum, Norrlands universitetssjukhus; institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
● ulf.naslund@umu.se

tärsjukdom behandlas i förekommande fall mycket kortfattat. Dock ingår ett stycke om fibromuskulär dysplasi i njurartärerna.

Medicinsk behandling

Bland nyheterna noteras med glädje att man betonar vikten av multidisciplinär handläggning av perifer artärsjukdom, och alla sjukhus bör enligt en klass I grad C-rekommendation inrätta ett så kallat »vaskulärt team«. Samma medicinska grundbehandling rekommenderas till alla patienter oavsett lokaliseringen av ateroskleros. Behandlingsmålet vid den obligatoriska (klass I, grad A) statinbehandlingen är <1,8 mmol/l för LDL-kolesterol, men för pa-

tienter med LDL 1,8-3,5 mmol/l som utgångsvärde anges LDL-reduktion med 50 procent som alternativt behandlingsmål.

Även blodtrycksmålet <140/90 mm Hg är i linje med tidigare både europeiska och svenska rekommendationer, och en klass IIa grad B-rekommendation ges för användning av ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare som förstahandsval. Den återkommande frågan om användande av betablockad hos patienter med extremitetshotande ischemi i nedre kroppshalvan löses i frånvaro av konklusiva data diplomatiskt: försiktig användning rekommenderas.

Man rekommenderar singelterapi med acetylsalicylsyra (ASA) eller klopidogrel hos patienter med symtomgivande karotisstenos eller icke symtomgivande stenos >50 procent. Endast under den första månaden efter mindre stroke eller TIA kan dubbel trombocythämning övervägas, och även behandlingstiden med dubbel hämning efter karotisstenning föreslås begränsas till en månad (klass I, grad B). Motsvarande rekommendation om en månads dubbel trombocythämning efter endovaskulär behandling infrainguinalt har fått klass IIa, grad C, reflekterande det minst sagt osäkra evidensläget i frågan [2]. Resultaten av COMPASS-studien

[3], där fördelaktiga effekter av kombinationen ASA och lågdos-rivaroxaban visades hos bland annat patienter med perifer artärsjukdom, presenterades tyvärr alltför sent för att hinna värderas i riktlinjerna.

Enbart antikoagulation rekommenderas hos patienter med förmaksflimmer tillsammans med stabil perifer artärsjukdom. Då trombocythämmare behövs tilläggas föreslås att behandlingstiden begränsas till en månad, och trippelterapi avrådes utom i undantagsfall som interventioner nedom knäet med mycket hög trombosrisk. Stödet för användning av cilostazol vid claudicatio bedöms som begränsat.

Intervention vid perifer artärsjukdom

Individuell bedömning av strokerisken genom omfattande bildiagnostisk utredning rekommenderas hos patienter med asymtomatisk karotisstenos 60-99 procent. Då strokerisken bedöms vara hög och återstående beräknad livslängd är >5 år

»Samma medicinska grundbehandling rekommenderas till alla patienter oavsett lokaliseringen av ateroskleros.«

bör karotisendarterektomi övervägas om den kan utföras med <3 procenta perioperativ risk för stroke eller död. Karotisstenning är i detta fall ett andrahandsalternativ för de patienter där risken med karotisendarterektomi bedöms vara förhöjd. Rekommendationen är av klass IIa, grad B, och förhoppningsvis kommer multinationella randomiserade studier [4] i vilka flera svenska kärllkirurgiska centrum ingår att bidra till att klarlägga situationen bättre.

Revaskularisering av stenoser i övre extremitetskärl bör bara bli aktuell i fall med symtom, förutom i specialfall såsom inför

HUVUDBUDSKAP

- European Society of Cardiology, European Society for Vascular Surgery och European Stroke Organization har presenterat gemensamma riktlinjer för medicinsk, endovaskulär och öppen kirurgisk behandling av ateroskleros i artärer utanför hjärta, hjärna och aorta.
- Bland nyheterna noteras en klar rekommendation om multidisciplinära kärllcentrum, riktlinjer kring behandlingstid med dubbel trombocythämning, restriktiv hållning till revaskularisering av njurartärstenos och ett nytt klassifikationssystem för kronisk extremitetshotande ischemi.



Foto: Science Photo Library/IBL

Perifer artärsjukdom definieras brett i de nya riktlinjerna vilka innehåller kapitel om aterosklerotisk sjukdom i alla precerebrala, övre extremitetens, mesenteriella och renala samt slutligen förstas nedre extremiteternas kärl.

koronar bypass-operation (CABG) med användande av arteria mammaria interna eller behov av hemodialysaccess. Utvärdering av eventuell ischemisk eller »steal«-symtomatologi bör därför göras innan patienter med blodtrycksskillnad mellan armarna remitteras till kärlklinik.

Trots att European Society for Vascular Surgery nyligen utfärdat omfattande rekommendationer angående mesenterial-kärlschemi [5] täcks även både den akuta och kroniska formen av denna ofta bristfälligt uppmärksammade aterosklerosmanifestation av de aktuella riktlinjerna, och värdet av omgående DT-angiografi vid misstänkt akut mesenterial ischemi betonas.

ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare rekommenderas som blodtrycksbehandling vid unilateral njurartärstenos, medan de rekommenderade indikationerna för revaskularisering av aterosklerotisk njurartärstenos i ljuset av de negativa ASTRAL- och CORAL-studierna [6, 7] är mycket snäva. Endovaskulär behandling rekommenderas enbart vid svår vätskeöverbelastning eller lungödem med bevarad vänsterkammarmfunktion eller akut oligoanurisk njursvikt. Detta representerar sannolikt en större återhållsamhet med endovaskulär behandling än vad som för närvarande tillämpas i Sverige. Huruvida så är fallet kommer att klargöras av en pågående nationell vetenskaplig studie från Sahlgrenska universitetssjukhuset där effekterna av alla revaskulari-

seringar av njurartärstenos utförda i landet efter ASTRAL och CORAL utvärderas. Ultraljudsundersökning anges som första undersökningsmetod vid misstänkt njurartärstenos. På detta område varierar utredningsgången på svenska sjukhus: många går direkt till den DT- eller MR-undersökning som rekommenderas som andrahandsundersökning i dokumentet. Njurskintigrafi, plasmareninbestämningar efter ACE-hämmarprovokation och njurvaskateterisering för reninbestämning anses alla helt ha spelat ut sin roll.

För kärlsjukdom i nedre extremiteterna kan noteras den klara (klass I, grad A) rekommendationen om regelbunden och i första hand övervakad gångträning vid claudicatio intermittens, även efter revaskularisering. Möjligheter att erbjuda detta saknas dessvärre vid flera svenska kärllcentrum. Statinbehandling rekommenderas inte enbart för att förhindra kardiovaskulära händelser, utan även som adjuvans för förlängd gångsträcka. Man har i riktlinjerna helt utelämnat TASC-klassifikationen (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus) [8] för gradering av aterosklerotiska lesioner i nedre extremiteternas kärl.

Intervention vid claudicatio orsakad av femoropopliteala lesioner rekommenderas liksom i svensk klinisk praxis enbart till patienter som inte svarar övertygande på gångträning eller har symtom vilka signifikant inverkar på ADL. Endovaskulär behandling är förstahandsval (klass I, grad C) vid stenosis eller ocklusion < 25 cm och fortfarande tänkbar vid lesioner > 25 cm, där dock kirurgisk bypass med autolog ven förordas (klass I, grad C) på grund av bättre långtidsiktig öppenhetsgrad (patency). Svenska studier har genomförts eller pågår rörande primär stentning [9] och drogavgivande metoder [10] i denna patientgrupp, men det är för tidigt att uttala sig om huruvida detta kommer påverka klinisk praxis nationellt.

Vid kronisk extremitetshotande ischemi rekommenderas (klass I, grad C) omedelbar remiss till kärllteam för klassifikation av allvarlighet och amputationsrisk enligt ett nytt system; WIfI (wound, ischemia, and foot infection) [11], baserat på eventuell förekomst av sår, ankel/arm-index, ankeltryck eller tåtryck samt eventuell infektion. Vikten av revaskularisering om möjligt (klass I, grad B) och optimering av eventuell diabetes (klass I, grad C) betonas också. Stamcellsterapi anses fortfarande vara på utvecklingsstadiet.

Perifer artärsjukdom vid hjärtsjukdom

Ultraljudsundersökning av karotider rekommenderas inför koronar bypass-operation (CABG) enbart till patienter som

haft stroke eller TIA inom de senaste 6 månaderna, och om signifikant stenosis föreligger bör patienten diskuteras i multidisciplinär konferens.

Sammanfattning

Riktlinjerna avslutas med ett kapitel där de viktigaste kunskapsluckorna inom området identifieras, följt av en klar och koncis lista över vad som bör respektive inte bör göras. De utgör därför närmast ett uppslagsverk avseende aterosklerotisk arteriell kärlsjukdom och rekommenderas brett för alla kollegor i kontakt med medicinsk eller kirurgisk kärlsjukvård; både för den som överväger att skriva remiss till en kärllhet och den vars uppgift det är att besvara remissen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anders Gottsäter deltar i klinisk prövning i regi av Bayer. Han har deltagit i utbildningsaktiviteter eller med expertsynpunkter i referensgrupper för Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Gore, LEO Pharma, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer och Sanofi. Dessutom har han anlitats av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för expertuppdrag, och är ordförande i Svensk förening för vaskulär medicin. Ulf Näslund har uppdrag för Socialstyrelsen avseende nationella riktlinjer för hjärtsjukvården samt är styrelseledamot i Svenska kardiologföreningen och är dess nationella koordinator för ESC-riktlinjer.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:EWYI

REFERENSER

1. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO), the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J*. Epub 26 aug 2017. doi: 10.1093/eurheartj/ehx095.
2. Hess CN, Norgren L, Ansel GM, et al. A structured review of antithrombotic therapy in peripheral artery disease with a focus on revascularization: a TASC initiative. *Circulation*. 2017;135(25):2534-55.
3. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al; COMPASS Investigators. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1319-30.
4. ACST-2 Collaborative Group; Halliday A, Bulbulia R, Gray W, et al. Status update and interim results from the asymptomatic carotid surgery trial-2 (ACST-2). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013;46(5):510-8.
5. Writing Committee; Björck M, Koelemay M, Acosta S, et al. Management of the diseases of mesenteric arteries and veins: clinical practice guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2017;53(4):460-510.
6. ASTRAL Investigators; Wheatley K, Ives N, Gray R, et al. Revascularization versus medical therapy for renal-artery stenosis. *N Engl J Med*. 2009;361(20):1953-62.
7. Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, et al; CORAL Investigators. Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis. *N Engl J Med*. 2014;370(1):13-22.
8. Norgren L, Hiatt W, Dormandy J, et al; TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg*. 2007;45(Suppl S):S5-67.
9. Lindgren H, Qvarfordt P, Åkesson M, et al; Swedish Endovascular Claudication Stenting Trialists. Primary stenting of the superficial femoral artery in intermittent claudication gives improved health related quality of life, ABI, and walking distance - 12 month results of a controlled randomized multicenter trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2017;53:686-94.
10. Nordanstig J, Falkenberg M. SWEDEPAD. Världens största randomiserade studie av invasive behandling vid benartärsjukdom görs i Sverige. *Vaskulär Medicin*. 2017;33(3):19-21.
11. Mills JL Sr, Conte MS, Armstrong DG, et al; Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Committee. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb classification system: risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). *J Vasc Surg*. 2014;59(1):220-34. e1-2.