

## Antwort

Wir bedanken uns sehr für die Zusendung der Stellungnahme aus der Neuroradiologie und möchten die vorgebrachten Kritikpunkte gerne kommentieren.

Die hier zu diskutierende Publikation stellt eine auf Wunsch der Schriftleitung des *Bayerischen Ärzteblattes* erstellte Zusammenfassung der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extrakraniellen Karotisstenose (AWMF Register Nr. 004/028) dar. Das Manuskript orientiert sich inhaltlich und strukturell sehr stark an unserer multidisziplinären (Gefäßchirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, Angiologie, AWMF und weitere Disziplinen) Publikation im *Deutschen Ärzteblatt* aus dem Jahr 2013 (Eckstein HH, Kühnl A, Dörfler A, Kopp IB, Lawall H, Ringleb PA; Clinical Practice Guideline: The diagnosis, treatment and follow-up of extracranial carotid stenosis – a multidisciplinary German–Austrian guideline based on evidence and consensus. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(27-28): 468–76). Sowohl beim *Deutschen Ärzteblatt* als auch beim *Bayerischen Ärzteblatt* werden strenge Vorgaben hinsichtlich des Umfangs gemacht, insofern war es keinesfalls ein Spagat, die S3-Leitlinie nochmals in komprimierter Form vorzustellen. Ähnliche Darstellungen liegen übrigens auch aus der Radiologie/Neuroradiologie (Gross-Fengels W, Dörfler A, Berkefeld J, Huppert P; Diagnostik und Behandlung von Carotisstenosen: Die neue S3-Leitlinie aus radiologischer Sicht, *Fortschr Röntgenstr* 2013; 185: 113–115) und aus der Angiologie vor (Langhoff R, Extrakranielle Carotisstenose, Wichtige Neuigkeiten aus der S3-Leitlinie, *DMW* 2013; 138: 1200–1203). Zukünftig wäre es aber vermutlich wirklich besser, verbindliche Regeln für Folgepublikationen zu vereinbaren, die sicherstellen, dass alle an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Verbände berücksichtigt werden. Die Kollegen aus der Neuroradiologie kritisieren, dass die S3-Leitlinie unsererseits zu einseitig dargestellt worden sei. Wir möchten diesen Vorwurf gerne aus folgenden Gründen zurückweisen:

1. Es ist richtig, dass die im Rahmen der Karotis-TEA (CEA) aufgetretene Hirnnervenläsionen in der Zusammenfassung des Artikels im *Bayerischen Ärzteblatt* nicht extra angesprochen werden (sehr wohl aber im Text und in der Tabelle 5). Wir möchten darauf hinweisen, dass wir bei der oben genannten multidisziplinären Publikation im *Deutschen Ärzteblatt* genauso vorgegangen sind. Auch dort wurde lediglich im Fließtext von „zumeist passageren Hirnnervenläsionen“ gesprochen, nicht aber im Abstrakt. Es ist nun

einmal so, dass die große Mehrzahl von Läsionen des Nervus vagus oder des Nervus hypoglossus aufgrund eines zum Beispiel vorübergehenden Hakendrucks passagerer Art sind. Die Erfassung erfolgte im Rahmen der randomisierten Studien (RCTs) bereits sehr frühzeitig, da die erste neurologische Kontroll-Untersuchung innerhalb von 24 Stunden nach der Behandlung durchgeführt worden ist. So waren zum Beispiel auch in der SPACE-1 Studie im Rahmen der Nachuntersuchungen nur noch wenige Hirnnervenläsionen nachweisbar. Zum Thema Hirnnervenläsionen und Lebensqualität liegt eine Analyse aus der nordamerikanischen CREST-Studie vor (Cohen et al. Health-Related Quality of Life after Carotid Stenting versus Carotid Endarterectomy; *J Am Coll Cardiol* 2011; 58:1557–65). Hier bestätigt sich, dass perioperative Hirnnervenläsionen (und übrigens auch Myokardinfarkte) keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach zwölf Monaten hatten, periprozedurale Schlaganfälle hingegen auch noch nach einem Jahr mit einer signifikant schlechteren gesundheitsbezogenen

Lebensqualität assoziiert waren. Die immer wieder geäußerte Vermutung, passagere Hirnnervenläsionen seien mit sogenannten „minor strokes“ gleichzusetzen ist deshalb abwegig.

2. Es ist richtig, dass in der ICSS-Studie, wie übrigens auch in der Zwei-Jahres-Analyse der SPACE-Studie (Eckstein et al. Results of the SPACE study at 2 years; *Lancet Neurology* 2008) und der Vier-Jahresdaten aus der französischen EVA3-S Studie (Mas et al.; EVA-3S trial: results up to 4 years, *Lancet* 2008) in beiden Behandlungsarmen nur noch wenige neue Schlaganfälle aufgetreten sind. Hierauf wird in der Leitlinie auch hingewiesen. Der auch nach zwei bis vier Jahren noch bestehende Unterschied zugunsten der CEA ist in der Tat auf die höhere prozedurale Komplikationsrate zurückzuführen. Mit anderen Worten: die CEA war hinsichtlich des Auftretens zerebraler Komplikationen in allen erwähnten Studien die im Vergleich zum Karotis-Stenting (CAS) sicherere Behandlungsmethode. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass sogenannte

### Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c	d	e
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### Auflösung der Fortbildungsfragen aus Heft 4/2015, Seite 159 f.

Alle Fragen bezogen sich auf den Artikel „Nationale Versorgungsleitlinie COPD. Wesentliche Inhalte und neuere Entwicklungen im Management der Erkrankung“ von Professor Dr. Heinrich Worth.

Wenn Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantwortet haben und diese bis zum Einsendeschluss bei uns eingegangen sind, gibt es von uns zwei Fortbildungspunkte. Gleiches gilt, wenn Sie die Fragen online beantwortet und uns diese zum Einsendeschluss gesandt haben.

Insgesamt haben über 2.000 Ärztinnen und Ärzte einen ausgefüllten Fragebogen eingereicht.