

Als **Karotisstenose** bezeichnet man eine Verengung der Arteria carotis communis oder der Arteria carotis interna.

Verbreitung

Neun Zehntel aller ischämischen Schlaganfälle betreffen das Versorgungsgebiet der Arteria carotis. Ein Fünftel der Schlaganfälle wird durch Engstellen der Arteria carotis außerhalb der Schädelkalotte verursacht. Rund 30.000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich einen Schlaganfall dieser Ursache. Das Auftreten der Karotisstenosen ist altersabhängig. Über die Erwachsenenbevölkerung beträgt sie rund 1–3 %. Ab dem 65. Lebensjahr steigt das Auftreten auf rund 8 von 100 Menschen an.

Nicht jede Stenose führt jedoch zu einem Schlaganfall. Bei einer asymptomatischen Stenose unter 80 % des Lumens beträgt das Jahresrisiko für einen Insult rund 1–2 %. Das Risiko nimmt sowohl mit dem Stenosegrad als auch mit dem Auftreten von charakteristischen Symptomen wie einer Transitorisch-ischämischen Attacke (TIA) zu. Stenosen mit einer Lumenverengung von über 80 % haben ein Risiko von 3–5 %. Nach einer TIA und dem Vorliegen einer Stenose über 70 % erleiden 40 % der Patienten binnen zwei Jahren einen Schlaganfall. Bei gleichzeitigem Verschluss der Arterie auf der Gegenseite beträgt das Risiko 70 %.

Ursache

Die häufigste Ursache einer Karotisstenose ist die Arteriosklerose. Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Rauchen, höheres Lebensalter oder Erhöhungen der Blutfettwerte.

Krankheitszeichen

Karotisstenosen verursachen in der Regel lange Zeit keine Symptome. Sie äußern sich schließlich in Transitorischen ischämischen Attacken, bei denen reversibel ein neurologisches Defizit auftritt. Diese sind als Vorboten eines irreversiblen Schlaganfalls zu werten. Als mögliches Symptom kommt zudem eine Amaurosis fugax in Frage, eine vorübergehende Erblindung auf Grund eines Verschlusses der Arteria centralis retinae.

Diagnose

Einfachster Schritt zur Diagnose ist die Auskultation der Arterien mithilfe des Stethoskops.

Stenosen an der Karotidgabel lassen sich damit mit hoher Sicherheit erkennen. Auch die Hälfte der Stenosen der Carotis interna zeigen noch ein hörbares Stenosegeräusch. Nächster Schritt zur Diagnose ist die Untersuchung des Blutflusses in den hirnversorgenden Arterien mithilfe einer Doppler/Duplex-Ultraschalluntersuchung. Dabei lässt sich auch der Stenosegrad bestimmen, welcher der wichtigste Indikator für eine operative Therapie ist. Ergänzend stehen Angiographieverfahren mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie zur Verfügung. Zur Abklärung von Engstellen der Blutgefäße innerhalb des Schädels können beide Verfahren auch eingesetzt werden.

Therapie

An erster Stelle steht die Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren. Jeder der nachfolgenden Punkte stellt eine prognostisch bedeutende therapeutische Option dar, welche ein Stenosewachstum verhindern, bei stringenter Einstellung sogar rückgängig machen kann^[4]. Dazu zählen unter anderem Nikotinabstinenz, sportliche Betätigung, Diät, Einstellung der Blutfette, und eine blutdrucksenkende Therapie welche bei höhergradigen Stenosen vorsichtig titriert werden muss.

Standardtherapieverfahren für symptomatische Patienten (TIA oder schlimmer), ist die Karotis-Thrombendarteriektomie (Karotis-TEA). Bei diesem Verfahren wird die arteriosklerotische Gefäßverengung mit den inneren Wandschichten des Gefäßes ausgeschält. Das Gefäß wird mit einem Kunststoffpatch vernäht und dadurch erweitert. Das Risiko für einen Schlaganfall oder tödliche Komplikationen während der Operation betrug in einer internationalen Literaturobwertung von 1994–2000 2,8 % bei asymptomatischen Stenosen und 5,1 % bei symptomatischen Stenosen. Vergleichbare Daten der Qualitätssicherung innerhalb Deutschlands aus dem Jahr 2002 zeigten 1,8 % respektive 3,0 %.

Zur Nachsorge nach Karotis-TEA ist die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (z. B. Acetylsalicylsäure 100 mg/Tag) nötig. Um eventuell auftretende Wiederverschlüsse zu beobachten, ist sechs Monate nach der Operation eine Ultraschalluntersuchung angezeigt.