
Internasjonal konsensus om claudicatio intermittens

REDAKSJONELT

STEINAR SOLBERG

Steinar Solberg (f. 1953) er overlege ved Regionsykehuset i Tromsø og spesialist i karkirurgi og thoraxkirurgi. Han er leder av spesialitetskomiteen i karkirurgi og medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.

Email: kirss@rito.no

Avdeling for hjerte/lunge/karkirurgi

Regionsykehuset i Tromsø

9038 Tromsø

Claudicatio intermittens, belastningsavhengige smerter i beina, røykebein, nedsatt blodtilførsel til beina, er flere betegnelser på samme tilstand.

Symptomene kan variere fra lette smerter ved hurtig gange i motbakke til livstruende gangren. Tobakksrøykingens betydning som risikofaktor for claudicatio intermittens er klar (1).

Det klassiske bildet ved claudicatio intermittens er at pasienten vet nøyaktig hvor langt han kan gå, samt at smertene går over ved hvile. Det er verst å gå i motbakke. Alvorlighetsgraden angis ved gangdistanse – hvor langt man kan gå i vanlig tempo på flat mark. Diagnosen stilles ved anamnese og klinisk undersøkelse med måling av ankel-arm-indeks. Denne diagnostikken og en konservativ behandling skal foregå hos primærlege. Den optimale konservative behandling består i informasjon, røykestopp, reduksjon av eventuell overvekt, gangtrening samt medikasjon i form av platehemmer og oftest et kolesterolsenkende statin. Full suksess på alle disse punkter er vanskelig å oppnå.

Henvvisning til karkirurg er indisert ved diagnostisk uklarhet eller ved symptomer som pasienten opplever som så plagsomme at det hemmer ønsket livsutfoldelse. Ved hvilken gangdistanse er det indikasjon for invasiv utredning, ballongutblokking eller operasjon? Min oppfatning er at det sjelden foreligger indikasjon for invasiv utredning hvis pasienten kan gå mer enn 100 meter. Men

det er store forskjeller fra pasient til pasient. Enkelte kan være godt tilfreds med en kort gangdistanse, mens andre synes livskvaliteten er dramatisk redusert om de ikke kan gå lange turer.

Som et uvanlig og positivt samarbeid har både det amerikanske (2) og det europeiske (3) karkirurgiske tidsskrift utgitt hvert sitt supplement med identisk innhold. Her publiseres en konsensus om utredning, behandling og oppfølging av pasienter med claudicatio intermittens. En arbeidsgruppe med representanter fra de europeiske og de amerikanske fagmiljøer oppsummerer over 100 klare og veldokumenterte anbefalinger. En er for eksempel anbefaling om røykestopp. En annen er anbefaling om bruk av platehemmer, primært lavdosert acetylsalisylsyre. Videre omtales og diskuteres 47 uavklarte problemstillinger (critical issues). Av disse nevnes spørsmålet om hvorvidt egen vene eller kunststoffprotese er best som graftmateriale for arterielle rekonstruksjoner ovenfor kneet. Mangelen på gode studier slik at man preoperativt kan bestemme riktig amputasjonsnivå omtales også. Rapporten inneholder også en god oversikt over epidemiologi og risikofaktorer for claudicatio intermittens. Den representerer et forbilledlig eksempel på kunnskapsbasert medisin.

Er norsk karkirurgi organisert slik at faglige endringer raskt kan tas opp og komme pasientene til gode? Det ble i 1993 anslått at mellom 8 000 og 10 000 norske pasienter årlig vil utvikle symptomgivende åreforkalkning i beina, og at det var behov for opp mot 6 000 arterieinngrep i året (4). Etter disse anslag er nyere behandlingsformer med ballongutblokkning av arterielle stenoser og fibrinolytisk behandling av tromboser blitt omfattende og vellykkede tilbud til de karsyke (5, 6). I tillegg diskuteres det om det er et fallende antall pasienter, uten at dette er dokumentert. Det kan også være at indikasjonene for karkirurgi er blitt strengere.

Det ser ut som om utviklingen går mot færre og mer teknisk krevende operasjoner og at behandlingen av karsyke blir mer og mer multidisiplinær. De nyere behandlingsformer, som spesifikk fibrinolyse (5, 6) og stentgraftbehandling (7, 8), illustrerer at det kreves flere spesialiteter rundt de karsyke. Disse forhold peker mot at karkirurgi kun bør drives ved avdelinger med et tilstrekkelig stort pasientgrunnlag. I tillegg må aktiviteten være integrert med andre spesialiteter og med døgkontinuerlig tilbud.

De årlige rapporter fra utdanningsavdelingene i karkirurgi i Norge kan tyde på at enkelte avdelinger har god bemanning, men et lavt pasientantall. På andre avdelinger kan det være kun én karkirurg med et stort operasjonsvolum. Noen av ytterpunktene her kan være uforenlig med drift i tråd med de internasjonale anbefalingene (2, 3). I 1993 ble det foreslått å lage en utredning om organiseringen av norsk karkirurgi (4). De endringer som skjer i faget, bør sammen med blant annet den internasjonale konsensus (2, 3) gi et godt grunnlag for en slik utredning, og den bør gjøres nå.

LITTERATUR

1. Karsykdommer og røyking. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyns utredningsserie 1997 nr. 6. Oslo:

Statens helsetilsyn, 1997.

2. Transatlantic inter-society consensus. Management of peripheral arterial disease. *J Vasc Surg* 2000; 31 (suppl): 1 – 288.
3. Transatlantic inter-society consensus. Management of peripheral arterial disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000; 19 (suppl A): 1 – 250.
4. Karkirurgi i Norge. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Helsedirektoratets utredningsserie 1993 nr. 3. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
5. Sandbæk G, Staxrud LE, Rosen L, Bay D, Stiris M, Gjøølberg T. Factors predicting the outcome of intraarterial thrombolysis in peripheral arterial and graft occlusions. *Acta Radiologica* 1996; 37: 299 – 304.
6. Sandbæk G, Staxrud LE, Rosen L, Slagsvold C-E, Stavis P, Bay D et al. Outcome after catheter-directed thrombolysis of occluded prosthetic femoropopliteal bypasses. A prospective study. *Acta Radiologica* 2000; 41: 249 – 54.
7. Hatlinghus S, Dale LG, Nordby A, Aadahl P, Lundbom J, Sæther OD et al. Endovaskulær behandling av abdominale aortaaneurismer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 717 – 20.
8. Lundbom J, Sæther OD, Myhre HO, Hatlinghus S, Aadahl P. Endovaskulær behandling av torakale aortaaneurismer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1850 – 2.

Publisert: 20. november 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.