Special Report

William M. Feinberg Award for Excellence in Clinical Stroke
Hemodynamics and Stroke Risk in Carotid Artery Occlusion

William J. Powers, MD

Five percent to 15% of patients with carotid territory transient ischemic attacks or cerebral infarctions have complete occlusion of the internal carotid artery.1,2 Their risk of recurrent stroke during the next 2 years while on medical therapy is 5% to 9% per year for all stroke and 2% to 8% per year for ipsilateral ischemic stroke.3-6 Debate on the best means to prevent recurrence has centered on whether embolic or hemodynamic mechanisms are most important. In the late 1970s and early 1980s, embolism of atherothrombotic material from the persisting proximal stump of the occluded internal carotid artery through external carotid artery collaterals was put forward as the most common cause for recurrent cerebral ischemic events.3,8 At this same time, extracranial-intracranial (EC-IC) bypass was increasingly used to prevent recurrent stroke by improving the hemodynamic status of the cerebral circulation distal to the occluded vessel.9,10 From 1977 to 1985, an international, multicenter, randomized trial was conducted to determine the efficacy of EC-IC bypass for the prevention of subsequent stroke. Among 808 randomized patients with symptomatic carotid occlusion, no benefit of surgery was demonstrated.11 Some concluded that the reason for the negative results was that the majority of strokes were because of emboli, whereas others criticized the trial for failing to identify patients with hemodynamic cerebral ischemia because of poor collateral circulation for whom surgical revascularization would be of benefit.12,13 However, the pattern of arteriographic collaterals failed to identify a subgroup who benefitted from surgery.14

At the time of the EC-IC Bypass Study, there was no reliable method for assessing the hemodynamic effects of carotid artery occlusion on cerebral circulation. Although direct measurements of arterial-jugular venous oxygen differences had demonstrated that reductions in whole-brain cerebral blood flow (CBF) by induced systemic hypotension led to an increase in cerebral oxygen extraction fraction (OEF), jugular sampling was not useful for assessing the hemodynamic effects of unilateral carotid occlusion.15,16

OEF = CMRO2 / (CBF x CaO2)

where CMRO2 is cerebral metabolic rate of oxygen, CBF is cerebral blood flow, and CaO2 is arterial oxygen content. OEF reflects the balance between oxygen use (CMRO2) and oxygen delivery (CBF x CaO2). Normal OEF is 30% to 40%. When whole-brain CBF decreases, OEF increases as much as 2-fold. The invention of positron emission tomography (PET) in the early 1980s made it possible to measure regional cerebral OEF in vivo. Because of the close coupling between regional flow and metabolism in the resting brain, OEF is normally uniform (Figure 1)17-19 In 1981, Baron et al20 described a patient with carotid artery occlusion and focally increased OEF in the ipsilateral cerebral hemisphere. They proposed the term misery perfusion to describe this condition.

At Washington University in the early 1980s, we began to study patients with carotid artery occlusion using PET measurements of OEF to assess the hemodynamic status of the cerebral circulation in the ipsilateral middle cerebral artery (MCA) territory. In some, OEF in the MCA territory distal to the occlusion was normal, indicating collateral circulation maintained the normal balance between oxygen delivery and metabolism. In others, a regional increase in OEF indicated poor collateral circulation with chronically reduced CBF relative to CMRO2 (Figure 1).21

From 1992 to 1997, we performed the St Louis Carotid Occlusion Study to determine whether increased OEF in the cerebral hemisphere distal to symptomatic carotid artery occlusion was an independent predictor of the subsequent stroke in medically treated patients.3 Major eligibility criteria were (1) occlusion of 1 or both common or internal carotid arteries; and (2) transient ischemic neurological deficits (including transient monocular blindness) or mild to moderate stroke in the appropriate carotid artery territory. Just before PET, each subject underwent neurological evaluation and assessment of the baseline risk factors.

Quantitative regional OEF was measured by PET.22 When technical difficulties precluded collection of the arterial time-activity curves necessary to determine quantitative OEF, the ratio image of the counts in the unprocessed images of O15O and H218O was substituted. The left/right MCA OEF ratio was calculated from noninfarcted tissue. Ratios from 18 normal control subjects defined the normal range for OEF. A separate normal range for count-based O15O/H218O ratio images was determined. No information regarding the PET results was...
provided to patients, treating physicians, or the investigator responsible for determining end points.

The primary end point was ischemic stroke defined clinically as a neurological deficit of presumed ischemic cerebrovascular cause lasting >24 hours in any cerebrovascular territory. Secondary end points were ipsilateral ischemic stroke and death. Patients with subsequent cerebrovascular surgery were censored at the time of surgery.

Eighty-one subjects were enrolled and followed through telephone contact every 6 months. Medical treatment on a monthly basis was recorded. Symptoms suggesting a stroke were evaluated by the designated blinded investigator using history from the patient or eyewitness and review of medical records. If necessary, follow-up examination and brain imaging were arranged. All living patients were followed up for the duration of the study. Mean follow-up was 31.5 months.

Of the 81 patients, 39 had ipsilateral increased OEF and 42 did not. The 2 groups were well matched for baseline risk factors except that retinal symptoms were less common in the high OEF group. Arteriographic collateral circulation did not permit identification of the high OEF group. In the 39 high OEF subjects, 12 total and 11 ipsilateral strokes occurred. In the 42 subjects with normal OEF, there were 3 total and 2 ipsilateral strokes. The rates for all stroke and ipsilateral ischemic stroke in high OEF subjects were significantly higher than in those with normal OEF (P=0.005 and 0.004, respectively; Table 1; Figure 2). After adjustment for 17 baseline patient characteristics and interval medical treatment, the relative risk conferred by high OEF was 6.0 (95% confidence interval [CI], 1.7–21.6) for all stroke and 7.3 (95% CI, 1.6–33.4) for ipsilateral stroke.

Arterial time–activity data were not available in 13 of 81 subjects, and the count-based ratio was substituted. Subsequently, we analyzed the count-based ratio for all 81 patients. All 13 ipsilateral ischemic strokes occurred in the 50 patients with increased count-based OEF (P=0.002). The count-based ratio was a better predictor of subsequent stroke compared with ipsilateral quantitative OEF measurements or quantitative ratios.23 The quantitative and count-based OEF ratio methods were each significant predictors of stroke risk when analyzed as a continuous variable (both P<0.02).24

Four additional published studies in symptomatic patients with carotid occlusion or intracranial stenosis/occlusion have confirmed that PET measurements of OEF identify patients at high risk for subsequent ipsilateral ischemic stroke while on medical therapy (Table 2).25–28

Concurrently with the EC-IC Bypass Study, we and others demonstrated that EC-IC bypass in patients with carotid occlusion and increased OEF could improve OEF and sometimes return it to normal (Figure 1).20,21,29,30 In the absence of an empirical trial, however, it could not be assumed that EC-IC bypass surgery would reduce the risk of subsequent stroke in this group of patients. The morbidity and mortality because of surgery and the long-term stroke risk in operated patients were not known.

The Carotid Occlusion Surgery Study (COSS) was a prospective, randomized, controlled, blinded, end point clinical trial designed to determine whether EC-IC bypass could reduce subsequent ipsilateral ischemic stroke at 2 years in participants with recent (≤120 days) hemispheric symptoms from internal carotid artery occlusion and hemodynamic cerebral ischemia identified by an ipsilateral increased OEF measured by PET.24 It was conducted at 49 clinical centers and 18 PET centers in the United States and Canada from 2002 to 2010. The PET eligibility criterion was an ipsilateral-to-contralateral count-based OEF ratio >1.130. Intra-arterial catheter arteriography documenting (1) occlusion of the symptomatic internal carotid artery and (2) intracranial and extracranial arteries suitable for anastomosis was required. Perioperative antithrombotic treatment for the surgical group was determined by the COSS neurosurgeon. Otherwise all subjects remained on the antithrombotic treatment preferred by their physicians. Target goals for risk factor control were 130/85 mm Hg for blood pressure, 100 mg/dL for low-density lipoprotein cholesterol, 150 mg/dL for triglycerides, and 7% for hemoglobin A1c. Referral to primary physicians or directly to smoking cessation programs was encouraged.

The first follow-up visit was 30 to 35 days after randomization. All surgical participants received a repeat PET scan 30 to

---

**Table 1. Stroke Rates in the St Louis Carotid Occlusion Study**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Total Sample (n=81)</th>
<th>Increased OEF (n=39)</th>
<th>Normal OEF (n=42)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>All stroke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 y</td>
<td>0.077</td>
<td>0.132</td>
<td>0.024</td>
</tr>
<tr>
<td>2 y</td>
<td>0.190</td>
<td>0.292</td>
<td>0.090</td>
</tr>
<tr>
<td>Ipsilateral stroke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 y</td>
<td>0.064</td>
<td>0.106</td>
<td>0.024</td>
</tr>
<tr>
<td>2 y</td>
<td>0.158</td>
<td>0.265</td>
<td>0.053</td>
</tr>
</tbody>
</table>

OEF indicates oxygen extraction fraction. Reprinted from Grubb et al with permission of the publisher. Copyright ©1998, the American Medical Association.
60 days postoperatively. Subsequent follow-up visits were at 3-month intervals after randomization until 24 months or the end of the trial.

The primary end point for all who were assigned to surgery and received surgery was the combination of (1) all stroke and death from surgery through 30 days postsurgery and (2) ipsilateral ischemic stroke <2 years of randomization. The primary end point in the nonsurgical group and for those assigned to surgery who did not receive surgery was the combination of (1) all stroke and death from randomization to randomization plus 30 days and (2) ipsilateral ischemic stroke <2 years of randomization. Ipsilateral ischemic stroke was defined as the clinical diagnosis of a focal neurological deficit because of cerebral ischemia clinically localizable within the territory of the symptomatic occluded internal carotid artery that lasted >24 hours. Final determination of stroke end points was by a 3-person, blinded adjudication committee.

COSS was stopped by the Data, Safety, and Monitoring Board based on a futility analysis of 139 patients who had completed 2-year follow-up; 195 total participants had been randomized, 97 to the surgical group and 98 to the nonsurgical group. Comparison of 24 baseline variables produced 1 difference at the \( P < 0.05 \) level as expected, in systolic blood pressure. At last follow-up visit, risk factor control was similar in both groups.

Follow-up for the primary end point was 99% complete. All primary end points were ipsilateral ischemic strokes, 20 in each group. For the intention-to-treat analysis of the primary end point, 2-year rates were 0.210 for the surgical group and 0.227 for the nonsurgical group (\( P = 0.78 \); Figure 3A). COSS was designed with 90% power to detect 16% absolute risk reduction. The final results excluded with >95% confidence a benefit for surgery this large.

There was no significant benefit for surgery on any of the COSS secondary outcome measures. The Randomized Evaluation of Carotid Occlusion and Neurocognition (RECON) trial performed on a subset of COSS patients showed no difference in 2-year cognitive change between the surgical and nonsurgical groups (\( P = 0.9 \)). The number of subjects enrolled in RECON met the prestudy power calculation for detecting a large effect size of a difference of 0.8 SD in composite cognitive change score between treatment arms. The 95% CI was −0.5 to 0.5 SD, the limits of a moderate effect size. It is possible that greater numbers of patients may have demonstrated a small or moderate superiority of 1 treatment arm or the other, although with the point estimate near zero this would have been unlikely.

COSS was designed with a 2-year end point. Trials of medically treated symptomatic large artery atherosclerosis have shown a major decrease in stroke rate after 2 years. In the EC-IC Bypass Study, the stroke rate at 2 years was 20%, but at 4 years the stroke rate had only increased by an additional 6%. In the carotid endarterectomy trials, the stroke rate at 2 years for 70% to 99% stenosis was 20% but increased only by an additional 4% by year 4. Data reported by Persoon et al from 117 patients with symptomatic internal carotid artery occlusion show a recurrent ischemic stroke rate of 12% at 2 years, increasing to only 14% by 4 years. Continuing COSS for an additional 3 years with a 1% to 3% per year rate of stroke in the nonsurgical group would not have resulted in a statistically significant benefit for surgery, even if no additional strokes occurred in the surgical group.

A subsequent subgroup analysis of 36 subjects in St Louis Carotid Occlusion Study who met the clinical eligibility criteria for COSS confirmed the superiority of the count-based OEF ratio method to determine eligibility. The risk of ipsilateral

Table 2. Two-Year Kaplan–Meier Ipsilateral Stroke Rates From Studies Measuring OEF in Patients With Cerebrovascular Disease

<table>
<thead>
<tr>
<th>Study</th>
<th>High OEF (n)</th>
<th>Normal OEF (n)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grubb et al</td>
<td>0.265 (39)</td>
<td>0.053 (42)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yamauchi et al</td>
<td>0.714 (7)</td>
<td>0.061 (33)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hokari et al</td>
<td>0.375 (9)</td>
<td>0.000 (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Powers et al</td>
<td>0.223 (98)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yamauchi et al</td>
<td>0.25 (16)</td>
<td>0.03 (114)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

OEF indicates oxygen extraction fraction.
stroke in patients who met the COSS ratio criteria (7/18; 39%) was virtually identical to those with quantitative OEF threshold of $\geq 50\%$ (4/10; 40%), but the COSS ratio method identified more patients (7/9) who would go on to develop a stroke than the absolute OEF criteria (4/9).

In the COSS surgical group, 30-day graft patency was 98%, and patency at last follow-up was 96%. Mean OEF ratio improved from 1.258 to 1.109. Of 20 strokes in the surgical group, 14 occurred in the 30-day postoperative period. This perioperative stroke rate of 15% was not significantly different from the international EC-IC Bypass Trial.11 Twelve of these postoperative strokes occurred <2 days of surgery. Eliminating these 12 strokes, the subsequent stroke rate in the remainder of the surgical group was 0.09, significantly less than the nonsurgical group ($P=0.02$; Figure 3B).

COSS demonstrated the importance of cerebral hemodynamics in the treatment of carotid occlusion. The pathophysiological hypothesis was correct. Surgical improvement of hemodynamics by EC-IC bypass reduced stroke risk. However, the cure was as bad as the disease. The perioperative stroke rate was sufficiently high to nullify any benefit. Extensive post hoc analyses failed to define any patient, procedural, or surgeon characteristic that predicted who would have a perioperative stroke.

COSS demonstrated that EC-IC bypass provides no benefit compared with medical management for stroke prevention in patients with symptomatic carotid artery occlusion, even on those with increased OEF. However, disagreement existed whether strict blood pressure control was the best for these patients or if higher blood pressures were needed to preserve cerebral perfusion and prevent subsequent stroke.1,36 To address this issue, we analyzed data from the nonsurgical group of COSS.

Of 98 nonsurgical participants, 91 were included in the analysis: 3 had no postrandomization blood pressures recorded, and 4 had ipsilateral ischemic strokes before the first
blood pressure recording at the 30- to 35-day follow-up visit. We compared the occurrence of ipsilateral ischemic stroke in the 41 subjects with mean blood pressures during follow-up who met the COSS target ≤130/85 mm Hg to the remaining 50 subjects with higher blood pressures. We used only the blood pressures recorded before the stroke occurred for those who experienced an end point ipsilateral ischemic stroke. For all others, we used all recorded blood pressure measurements. The groups were well-matched for baseline characteristics and medical management during follow-up except for the time from entry event to randomization, which was not a significant predictor of subsequent stroke in these 91 patients (P=0.32).

Of 16 ipsilateral ischemic strokes <2 years of randomization, 3 occurred in the 41 subjects with mean follow-up blood pressure of ≤130/85 mm Hg compared with 13 in the remaining 50 subjects with mean follow-up blood pressures >130/85 mm Hg (hazard ratio, 3.74; 95% CI, 1.07–13.15; P=0.027; Figure 4) The 2-year Kaplan–Meier estimated rates were 0.082 and 0.304, respectively. In the subgroup of 52 subjects who were always taking at least 1 antihypertensive drug at every follow-up visit, there were 2 strokes in 23 patients in the ≤130/85 mm Hg group and 10 strokes in 32 subjects in the >130/85 mm Hg group (hazard ratio, 3.78; 95% CI, 0.83–17.30; P=0.065, log-rank). The hazard ratio of 3.78 for this always-treated subgroup was essentially identical to that of 3.74 for the primary analysis. There was no evidence of a J-curve.38

This was not a randomized trial of different targets for blood pressure control. Nevertheless, this study provided class III evidence by American Academy of Neurology criteria that control of hypertension ≤130/85 mm Hg is associated with a reduced risk of subsequent ipsilateral ischemic stroke in patients with recently symptomatic carotid occlusion and hemodynamic cerebral ischemia (increased OEF).39 COSS patients with increased OEF represent the most extreme case of cerebral hemodynamic compromise. Nevertheless, lower blood pressures were associated with reduced, not increased, stroke risk. This was not simply because of the lower blood pressure group not being hypertensive to begin with because the hazard ratio was the same for the subgroup always treated with antihypertensive drugs as for the entire cohort.

This series of studies has demonstrated that the hemodynamic status of the cerebral circulation distal to an occluded carotid artery is the most important predictor of subsequent stroke. Patients with the worst hemodynamic compromise (increased OEF) have a 2-year stroke risk of 20% to 25%. Surgical improvement of hemodynamics by EC-IC bypass does reduce stroke risk, but the peroperative stroke rate is sufficiently high to nullify this benefit. Counterintuitively, best medical management for these patients includes strict blood pressure control.

The results of these studies also reinforce the need for empirical data. Conclusions about therapeutic efficacy based on presumed mechanisms for stroke and for stroke therapies have too often proven to be wrong. Research into the pathophysiology of stroke and the biological effects of different treatments can provide the rationale for clinical trials but cannot substitute for the empirical data in choosing individual patient therapy.

Acknowledgments
My thanks for all their help to Marc Raichle, Bob Grubb, Tom Videen, Bill Clarke, Colin Derdeyn, Dave Carpenter, Peter Herscovitch, Mark Mintun, Harold Adams, the Division of Radiation Sciences at Washington University, the Carotid Occlusion Surgery Study investigators and coordinators, and the participants and their families who agreed to have positron emission tomographic scans.

Sources of Funding
This work was supported by National Institutes of Health grants NINCDS K07 NS00647, NINCDS P50 NS06833, NINDS R01 NS28947, NINDS 1 R21 NS39526, and NINDS 1 U01 NS42167.

Disclosures
None.

References
17. Frackowiak RS, Lenzi GL, Jones T, Heather JD. Quantitative measurement of regional cerebral blood flow and oxygen metabolism in man...


Key Words: brain ischemia ■ carotid artery diseases ■ extracranial-intracranial arterial bypass ■ hypertension ■ positron emission tomography ■ stroke
William M. Feinberg Award for Excellence in Clinical Stroke: Hemodynamics and Stroke Risk in Carotid Artery Occlusion
William J. Powers

Stroke. 2014;45:3123-3128; originally published online August 28, 2014;
doi: 10.1161/STROKEAHA.114.005378

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the
World Wide Web at:
http://stroke.ahajournals.org/content/45/10/3123

Data Supplement (unedited) at:
http://stroke.ahajournals.org/content/suppl/2016/04/06/STROKEAHA.114.005378.DC1

Permissions: Requests for permissions to reproduce figures, tables, or portions of articles originally published in Stroke can be obtained via RightsLink, a service of the Copyright Clearance Center, not the Editorial Office. Once the online version of the published article for which permission is being requested is located, click Request Permissions in the middle column of the Web page under Services. Further information about this process is available in the Permissions and Rights Question and Answer document.

Reprints: Information about reprints can be found online at:
http://www.lww.com/reprints

Subscriptions: Information about subscribing to Stroke is online at:
http://stroke.ahajournals.org/subscriptions/
경동맥 영역의 일과성허혈발작 또는 뇌경색을 가진 환자의 5~15%는 내경동맥완전폐색을 가지고 있다.\(^1,2\) 내과적 치료에도 불구하고 증상 발생 후 2년 동안 뇌졸중의 재발 위험은 모든 뇌졸중에 대해 연간 5~9%, 동측의 허혈뇌졸중에 대해 2~8% 정도이다.\(^3\) 뇌졸중의 재발 방지를 위한 최선의 방법이 무엇인지에 대한 논란은 주로 색전 기전 또는 혈류역학적 기전이 중요하다고 평가된다. 1970년대 후반에서 1980년대 초반에는 폐색된 내경동맥의 근위부에 남아있는 죽상혈전물을 외경동맥의 측부순환을 통한 색전뇌경색을 일으키는 것이 재발성 뇌졸중의 가장 중요한 요인으로 제기되었다.\(^7,8\) 이와 비슷한 시기에 폐색된 혈관 원위부 뇌순환의 혈류역학적 상태를 개선하여 재발성 뇌졸중을 예방하기 위한 방법으로 두개내외회로조성술 (extracranial–intracranial bypass, EC-IC bypass)의 시행이 점차 증가하였다.\(^9,10\) 1977년부터 1985년까지 재발성 뇌졸중 예방에 있어 EC-IC bypass가 효과적이기 위한 논의가 대두되었고, 비록 위반된 800명의 중증성 경동맥폐색을 가진 환자들에게 수술 치료의 효과는 입증되지 못하였다.\(^11\) 일부 사람들은 효과가 없는 이유가 뇌졸중의 대부분이 색전 때문인 것으로 결론 지었다.\(^12,13\) 다른 사람들은 이 연구가 축부순환이 불량하며 수술적 혈관재형성을도 도출할 수 있는 혈류역학적 허혈 환자들 선별하기 어렵다고 비판하였다. \(^12,13\) 그러나 동맥조사항 축부순환의 폐색을 분석해 보았을 때에도 수술이 이득이 되었음을 확인하는데 실패하였다.\(^14\) EC-IC Bypass Study에서는 경동맥폐색에 의한 순환의 혈류역학적 효과를 평가할 수 있는 신뢰할 만한 검사가 없었다. 비록 동맥-경맥 사이의 산소분압의 차이를 직접 측정하여 정신 저 혈압에 의한 전체 혈류(cerebral blood flow, CBF)의 감소와 산소추출률 (oxygen extraction fraction, OEF)이 증가한다는 것이 입증하였지만, 경맥 샘플 채취는 일측 경동맥폐색의 혈류학적 효과를 평가하는 데에는 유용하지 않았다.\(^15,16\)

$$\text{OEF} = \frac{\text{CMRO}_2}{(\text{CBF} \times \text{CaO}^2)}$$

\(\text{CMRO}_2\)는 뇌산소대사율 (cerebral metabolic rate of oxygen), \(\text{CBF}\)는 뇌혈류 (cerebral blood flow), \(\text{CaO}^2\)는 동맥 내 산소의 양 (arterial oxygen content)이다.

OEF는 산소의 사용(CMRO2)과 산소의 전달(CBFxCaO2) 사이의 균형을 반영한다. 정상 OEF는 30~40% 정도이다. 전체 뇌의 CBF가 감소하면서, OEF는 최대 2배까지 증가한다. 1980년대 초 옵션 전자방출단층촬영 (positron emission tomography; PET)의 개발로 생체 내 국소 대뇌 OEF 측정이 가능해졌다. 안정기 뇌에서 국소혈류와 대사 사이에는 밀접한 관련성이 있기 때문에 OEF는 정상적으로 군일하다(Figure 1). \(^17-19\) 1981년에 Baron 등이 경동맥폐색 환자에서 동측의 대뇌 반구의 OEF가 국소적으로 증가함을 보고하였고, 이와 같은 혈류 부족상태를 표현하기 위해 부족관류 (misery perfusion)란 단어를 제안하였다. \(^20\) 1980년대 초에 Washington University에서 본 저자들은 경동맥폐색 환자들에서 PET을 이용한 OEF 측정을 통하여 동측의 중대뇌동맥 영역의 순환의 혈류역학적 상태를 평가하기 위한 연구를 시작하였다. 일부 환자에서 폐색 원위부의 중대뇌동맥 영역의 OEF가 정상이면서 축부순환을 통해 산소의 운반과 대사 사이의 정상적인 원활한 혈류를 유지하고, 다른 환자들에서는 국소적인 OEF가 증가하여, 축부순환이 불량하여 CMRO2에 비해 만성적으로 CBF가 감소되어 있음을 시사하였다(Figure 1). \(^21\) 1992년부터 1997년까지 본 저자들은 St Louis Carotid Occlusion Study를 수행하여 증상성 경동맥폐색 원위부의 대뇌반구에서 OEF가 증가된 소견이 내과적 치료를 받는 환자들에서 자
우측 중대뇌동맥 OEF 비는 비경색 조직에서 얻은 측정값으로 계산은 영상에서 얻은 측정치(count)의 비율 영상으로 대체하였다. 좌측의收集이 불가능한 경우에는 OEF를 한 경증에서 중등도의 뇌졸중을 가진 환자들이었다. 참가자들은 PET 검사 직전에 신경학적 평가 및 동반된 위험인자들에 대한 평가를 받았다.

정량적인 국소 OEF는 PET을 통해 평가하였다.11 기술적인 여러 요소로는 정량적 OEF를 결정하는데 필요한 arterial time–activity curve의 수집이 불가능한 경우에는 O2O와 H2O의 가공되지 않은 영상에서 얻은 측정치(count)의 비율 영상으로 대체하였다. 좌우 중대뇌동맥 OEF는 비정상적 조직에서 얻은 측정값으로 계산하였다. 81명의 경우 대조군 환자들의 OEF 비율을 OEF의 정상 범위로 정의하였다. Count-based O2O/H2O 비율 영상에 별도의 정상 범위를 설정하였다. PET 결과에 대한 어떠한 정보도 환자, 치료하고 있는 의사 및 연구 종사에 대한 판단권이 있는 연구자들에게는 제공되지 않았다.

일차 종점은 대뇌혈관 영역 그리고 상관없이 4시간 내게 지속되는 허혈성뇌졸중 원인으로 추정되는 신경학적 경증으 로 정의된 허혈뇌졸중이었다. 이차 종점은 동측의 허혈뇌졸중 및 사망이었다. 추가적으로 동반된 수술이 이루어진 환자들의 경우에 는 수술 시점에서 중도 절단되었다.

81명의 환자들의 모집되었고 매 6개월마다 전화 접촉을 통한 추적관찰이 이루어졌다. 매혈 내과적 치료 내용을 기록하였다. 뇌졸중을 시사하는 증상들에 대해 벌금된 지정 연구자들이 환자로부터 혹은 목적자로부터 병력을 청취하거나 의무기록에 대한 확인을 통하여 뇌졸중 여부를 평가하였다. 필요할 경우에는 추가적인 추적관찰 검사 및 뇌영상검사가 이루어졌다. 살아있는 모든 환자들은 연구기간 동안 추적관찰되었고, 평균 추적관찰 기간은 31.5개 월이었다.

81명의 환자 중 39명의 경우 동측의 OEF가 증가하였고, 나머지 42명의 경우 OEF의 증가가 있었다. OEF가 증가된 군에서는 망막 증상의 빈도가 적은 것 외 동반 위험인자들은 양 군에서 잘 일치하였다. 혈관조영검사상 측두부순환으로는 OEF가 높은 군을 구분하지 못하였다. 39명의 OEF가 증가된 환자들 중에서 12명의 전체 뇌졸중과 11명의 동측 뇌졸중이 발생하였다. 정상 OEF를 보인 환자군에서는 3명의 전체 뇌졸중과 2명의 동측 뇌졸중이 발생하였다. OEF가 높은 군에서는 전체 뇌졸중 및 동측 뇌졸중의 발생률은 정상 OEF군에 비해 유의하게 높았다(P=0.005 및 0.004, 각각 Table 1; Figure 2). 17개의 기본적인 환자요인 및 내과적 치료기간에 대한 보정을 한 후에도 OEF가 높은 군은 정상 군에 비해 전체 뇌졸중의 상태발생률이 6.0 (95% CI, 1.7–21.6), 동측 뇌졸중의 위험도가 7.9배(95% CI, 1.6–33.4) 높았다.

81명의 환자 중에서 13명의 경우 arterial time–activity에 대한 데이터를 이용할 수 없었기 때문에 count–based ratio로 대체하였다. 추후 저자들은 81명 환자 모두에서 count–based ratio를 분석하였다. 동측에서 뇌졸중이 발생한 13명 모두의 경우 count-based OEF가 증가한 50명의 환자들 중에서 발생하였다 (P=0.002). Count–based ratio는 동측의 정량적 OEF 측정 혹은 정량적 비율에 비해 추후 뇌졸중 발생에 대해 더 좋은 예측자이었다. 정량적 OEF 측정법과 count–based OEF ratio법 모두 연속 변수로 분석하였을 경우 추후 뇌졸중 발생 위험에 대한 유의한 예측자였다(각각 P<0.02).24

참란성 정량적폐색 및 두개내 혈착 혹은 폐색을 가진 환자에서 추가적으로 보고된 4개의 연구들에서도 PET을 이용한 OEF의 측정이 내과적 치료를 받고 있음에도 불구하고 추가적으로 동측의 뇌졸중이 발생할 수 있는 고위험 환자를 확인하는데 있어 유용하다는 것이 확인되었다(Table 2).25–28

EC–IC Bypass Study와 더불어 저자 및 다른 연구자들은 동측 사망색을 보이고 OEF가 증가되어 있는 환자들에서 EC–IC 혈출이 OEF를 개선시키고 어떤 경우에는 OEF가 정상화되는 경우도

Table 1. Stroke Rates in the St Louis Carotid Occlusion Study

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Total Sample (n=81)</th>
<th>Increased OEF (n=39)</th>
<th>Normal OEF (n=42)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>All stroke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 y</td>
<td>0.077</td>
<td>0.132</td>
<td>0.024</td>
</tr>
<tr>
<td>2 y</td>
<td>0.190</td>
<td>0.292</td>
<td>0.090</td>
</tr>
<tr>
<td>Ipsilateral stroke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 y</td>
<td>0.064</td>
<td>0.106</td>
<td>0.024</td>
</tr>
<tr>
<td>2 y</td>
<td>0.158</td>
<td>0.265</td>
<td>0.053</td>
</tr>
</tbody>
</table>

OEF indicates oxygen extraction fraction. Reprinted from Grubb et al with permission of the publisher. Copyright ©1998, the American Medical Association.
점도를 조절하기 위한 목표로 혈압은 130/85 mmHg, 저밀도コレステ롤은 모든 환자들에게 의사들이 원하는 항혈전 치료가 유지되어야 하며, 수술 후 30일까지의 모든 뇌졸중 및 사망의 합 및 (2) 무작위배정 후 2년 이내 동축에 발생한 혈전성 뇌졸중으로 정의하였다. 비수술군 또는 수술군으로 배정되었으며 수술 받지 않은 환자들에 대한 임상 종점은 (1) 무작위배정 후 30일이 경과한 시점까지의 모든 뇌졸중 및 사망 및 (2) 무작위배정 후 2년 이내 동축에 발생한 혈전성 뇌졸중으로 정의하였다. 동축의 혈전성 뇌졸중은 24시간 이상 지속되는 페스턴 내경동맥 혈관영역의 증상으로 국소화할 수 있는 국소신경학적 결손이 임상적으로 진단된 경우를 경로하였다. 

뇌졸중 종점에 대한 최종 결정은 뇌졸중 발생률이 3명의 연구자들에 의해 이루어졌다.

COSS 연구는 2년 추적관찰을 마친 139명의 환자들을 대상으로 성장 후 2년 동안의 뇌졸중 발생률을 측정하고 보고하였다. 본 연구는 90%의 검정력으로 16%의 위험 감소효과를 얻기 위한 연구자들에 의해 이루어졌다. 모든 환자들 중 동쪽의 혈전성 뇌졸중은 두 군에서 각각 20례의 발생이 있었다. 

COS의 신뢰성에 대한 최저양려분석에서 2년 동안의 뇌졸중 발생률은 수술군에서 0.210, 비수술군에서 0.227 (P=0.78; Figure 3A)이었다. COS의 신뢰성에 대한 최저양려분석에서 2년 동안의 뇌졸중 발생률은 수술군에서 0.210, 비수술군에서 0.227 (P=0.78; Figure 3A)이었다. COS의 신뢰성에 대한 최저양려분석에서 2년 동안의 뇌졸중 발생률은 수술군에서 0.210, 비수술군에서 0.227 (P=0.78; Figure 3A)이었다.

COS의 신뢰성에 대한 최저양려분석에서 2년 동안의 뇌졸중 발생률은 수술군에서 0.210, 비수술군에서 0.227 (P=0.78; Figure 3A)이었다.
수에서 0.8 SD 이상의 차이를 확인하기 위한 예비연구 결과, 재발을 줄였고, 95% 신뢰구간은 -0.5에서 0.5로 중등도 효과를 보였으며, 1년까지 추가적인 뇌졸중 발생률은 20%였으나, 4년까지 추가적인 뇌졸중 발생률은 40% 이상을 가진 환자들을 제외한 경우 2년 동안의 뇌졸중 발생률은 20%였으나 4년째까지 추가적인 뇌졸중 발생률은 40% 이상이었다. 그러나 COSS ratio 방법은 재발의 경우에는 대비되는 뇌졸중 발생률의 차이가 40% 이상이었다. 그러나 COSS ratio 방법은 재발의 경우 12례는 수술 후 2일 이내에 발생하였다. 이러한 수술 전후의 뇌졸중 발생률은 15%로 EC-IC bypass의 결과와 유의한 차이가 없었다. 수술 후 뇌졸중 중 12례는 수술 후 2일 이내에 발생하였다. 이 12례의 뇌졸중은 뇌졸중 발생률은 0.83보다 뇌졸중 발생위험이 있는 환자들에 더 많이(7/9) 확인할 수 있었다.

COSS 연구는 정상혈압의 환자들에 있어 뇌혈류학적의 변화를 보여주었다. 병태생리학적 기전은 병변의 주된 원인이다. EC-IC 우회척결석의 개선은 뇌졸중의 위험을 감소시켰다. 그러나 치료
역시 질병만큼이나 나빴다. 수술 전후의 뇌졸중의 발생이 많아 치료 효과를 상쇄하였다. 다각적인 사후분석에서도 수술 전후의 뇌졸중 위험 증가를 예측할 수 있는 환자의 특성, 시술관련 및 집도 의사의 특성을 파악하는데 실패하였다.

COSS 연구는 증상성 경동맥폐색을 가진 환자들, 심지어는 OEF가 증가되어 있는 환자들에서 EC-IC 우회술이 내과적인 치료와 비교하여 뇌졸중의 예방에 효과가 없음을 보여주었다. 그러나 이러한 환자들에서 억제한 혈압조절이 최선이었는지 혹은 혈관 류를 보존하여 뇌졸중 예방을 위해 높은 혈압이 필요하였는지에 대해 이견이 있다. 이러한 문제들을 다루기 위해 저자들은 COSS 연구의 비수술군 자료를 분석하였다.

98명의 비수술군 환자들 중에서 9명이 분석에 포함되었다. 3명은 무작위배정 후 혈압 기록이 없었고, 4명은 30~35일 추적관찰에서의 혈압 측정 이전에 동측의 허혈뇌졸중이 확인되어 분석에서 제외되었다. COSS의 목표혈압인 130/85 이하로 조절된 41명과 혈압이 높았던 50명에서의 동측 허혈뇌졸중 발생을 비교하였다. 연구의 종합적인 동측 허혈뇌졸중을 경험한 환자들의 경우에는 뇌졸중 발생이 더 높았으며 기록된 혈압만을 사용하였다. 다른 환자들에서는 측정된 모든 혈압 측정치를 사용하였다. 연구의 시작에서부터 무작위배정까지의 기간을 제외하고 추적관찰 기간 동안 두 군에서 차이가 있었으며 이는 뇌졸중의 발생에 한 유의한 예측인자가 아니었다 (P=0.32).

무작위배정 2년 이내에 발생한 16례 동측 허혈뇌졸중 중, 3례는 평균 추적 혈압이 135/85 mmHg 이하인 41명의 환자들에서 발생하였고, 나머지 13례에는 평균 추적 혈압이 135/85 mmHg를 초과한 50명의 환자들 중에서 발생하였다. (위험도, 3.74: 95% CI, 1.07~13.15; P=0.027; Figure 4). 2년 간의 Kaplan-Meier 추정 발생률은 각각 0.082 및 0.304였다. 매 추적 방문시에 적어도 1개 이상의 항고혈압제를 항상 복용하고 있었던 52명의 환자들로 분석을 할 경우, 130/85 mmHg 이하 환군 23명과 130/85 mmHg 초과 환군 32명에서의 뇌졸중의 발생이 이들 2군간의 차이가 유의하게 없었으며 (위험도, 3.78: 95% CI, 0.83~17.30; P=0.065, log-rank). 이와 같이 항상 고혈압을 조절하던 하위 그룹에서의 뇌졸중 발생 위험도 3.78은 일반적으로 보통 3.74와 상당히 동일한 수치였다. J 커브 효과에 대한 증거는 없었다.

이 연구는 혈압조절에 따른 유효성은 다른 무작위 연구는 아니었다. 그럼에도 불구하고 이 연구는 증상성 경동맥폐색과 혈류학적 뇌혈류가 증가된 OEF를 최저에 경험한 환자에서 동측의 재발성 허혈뇌졸중을 줄이기 위한 혈압을 130/85 mmHg 이상으로 조절해야 한다는 American Academy of Neurology 기준의 class III의 근거를 제공한다. OEF가 증가된 COSS 환자들은 뇌 혈류학적 악화를 가중 극단의 경도를 대표한다. 그럼에도 불구하고 혈압을 낮추는 것은 뇌졸중의 위험도를 감소시키거나 증가시키지 않는 것과 연관된다. 항상 고혈압체를 높이 받았던 하위그룹에서의 위 혈당이 전체 코호트와 동일하기 때문에 이것은 단순히 처음부터 혈압이 낮아 항고혈압제를 복용할 필요가 없는 집단 때문인 것은 아니다.

이러한 일련의 연구 결과들은 폐색 경동맥의 원위부 뇌졸중의 발생에 있어 가장 중요한 예측인자임을 증명해주고 있다. 혈류학적 악화가 큰 OEF가 증가된 환자들의 2년간 뇌졸중의 위험은 20~25%이다. EC-IC 우회술을 통한 혈류학적 개선은 뇌졸중 위험을 감소시키지만, 수술 전후의 뇌졸중 발생 위험이 이러한 이득을 무효화하기에 충분히 크다. 직관과는 다르게 이러한 환자들에게 최선의 내과적인 치료는 엄격한 혈압조절을 포함한다.

이러한 연구 결과들은 또한 심장관련된 치료의 필요성을 더 강조하고 있다. 전술과 뇌졸중 치료에 대해 당연한 것과 같이 여겨진다는 기존의 기존의 치료의 효과가 너무 자주 잘못된 결론에 도달하는 경우가 많다. 뇌졸중의 발생예측 및 다양한 치료의 생물학적 효과에 대한 연구들은 임상시험에 대해 다양한 이론을 제공할 수는 있으나 개인적인 환자들의 치료를 선택하는데 있어 실증적인 데이터를 대체할 수는 없다.

Acknowledgments
My thanks for all their help to Marc Raichle, Bob Grubb, Tom Videen, Bill Clarke, Colin Derdeyn, Dave Carpenter, Peter Herscovitch, Mark Mintun, Harold Adams, the Division of Radiation Sciences at Washington University, the Carotid Occlusion Surgery Study investigators and coordinators, and the participants and their families who agreed to have positron emission tomographic scans.

Sources of Funding
This work was supported by National Institutes of Health grants NINCDS K07 NS00647, NINCDS P50 NS06833, NINDS R01 NS28947, NINDS 1 R21 NS39526, and NINDS 1 U01 NS42167.

Disclosures
None.

References


Key Words: brain ischemia • carotid artery diseases • extracranial-intracranial arterial bypass • hypertension • positron emission tomography • stroke