

Chirurgie und Medikamente

Nach dem Schlaganfall

Während die entscheidende Bedeutung einer möglichst rasch einsetzenden Behandlung nach einem Schlaganfall unumstritten ist, ist man sich über das weitere Vorgehen und die sekundäre Prävention nicht völlig einig. Zur medikamentösen Sekundärprävention stellte Reinhard Dengler eine Studie vor, in der Acetylsalicylsäure mit einem Kombinationspräparat verglichen wurde. Martin M. Brown und Peter M. Rothwell berichteten, dass die chirurgische Karotisendarterektomie sicherer sei als das Karotisstenting. Mehrere Poster waren der Thrombolyse gewidmet.

Ein Kombinationspräparat aus Acetylsalicylsäure plus retardiertem Dipyridamol (Asasantin®) habe sich nun für die Sekundärprophylaxe nach einem Schlaganfall als mindestens genauso effektiv und sicher wie der Goldstandard Acetylsalicylsäure erwiesen, kommentierte Professor Dr. med. Reinhard Dengler, Medizinische Hochschule Hannover, entsprechende Studienresultate. In dieser Studie setzte die medikamentöse Therapie bei allen Patienten innert 24 Stunden nach einer TIA beziehungsweise einem ischämischen Schlaganfall ein. Eine Hälfte (n = 283) erhielt das Kombinationspräparat, die anderen in den ersten 7 Tagen Acetylsalicylsäure (ASS) und daran anschliessend ab Tag 8 das Kombinationspräparat. Primärer Endpunkt war der Schweregrad der Behinderung nach 90 Tagen, der mittels Telefoninterviews erfasst wurde. Hierbei gab es keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 56,4 Prozent der Patienten, die vom ersten Tag an das Kombinationspräparat erhalten hatten, wiesen keine oder nur leichte Behinderungen auf gegenüber 52,4 Prozent der Patienten, die zu Beginn nur ASS erhalten hatten. Bei dem kombinierten sekundären Endpunkt (vaskulär und nichtvaskulär bedingte Todesfälle, nicht tödlicher Schlaganfall oder Herzinfarkt, TIA und Blutungskomplikationen) zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied, sondern nur ein Trend zugunsten des Kombinationspräparats.

**Karotisstenting:
Mehr Schaden als Nutzen**

Das Karotisstenting habe im Vergleich mit der Endarterektomie bis anhin enttäuschende Resultate geliefert, sagte Professor Peter M. Rothwell von der Universität Oxford in einem EFNS-Workshop. «Möglicherweise richtet man damit sogar eher Schaden an», fügte er hinzu. Bei



Peter M. Rothwell in Diskussionen mit Kongressteilnehmern

asymptomatischer Karotisverengung sei in den allermeisten Fällen von einem chirurgischen Eingriff, sei es nun Stenting oder Endarterektomie, ganz abzuraten, meinte der britische Neurologe. Man müsse bedenken, dass Studien, auf die sich Befürworter eines solchen Eingriffs beziehen, in den frühen Neunzigerjahren durchgeführt wurden, als die medikamentöse Sekundärprävention nach einem Schlaganfall mit Statinen, blutdrucksenkenden und antithrombotischen Medikamenten noch längst nicht so ausgefeilt gewesen sei wie heutzutage. Professor Gian Luigi Lenzi von der Universität Rom, Chairman des EFNS-Workshops «The dangerous carotid wall», dankte Rothwell für seine klaren Worte zur Einschätzung des Karotisstentings, zumal es in den vergangenen Jahren erheblichen Druck in Richtung dieser relativ teuren Methode gegeben habe, sowohl vonseiten der Kardiologen als auch der Industrie.

Noch klarere Worte fand Professor Martin M. Brown vom University College London in seinem Late-breaking-news-Referat zu den ersten Ergebnissen der internationalen Studie ICSS, die der Sicherheit des Karotisstentings im Vergleich zur Karotisendartherektomie gewidmet ist: «Nach dem Karotisstenting kommt es verglichen mit der Endartherektomie zu einem zusätzlichen Schlaganfall pro 27 Patienten und einem Toten mehr pro 118 Patienten.» In die ICSS-Studie wurden von Mai 2002 bis Oktober 2008 insgesamt 1713 Schlaganfallpatienten aufgenommen, die nach dem übereinstimmenden Urteil von drei Studienärzten für ein Karotisstenting geeignet waren. Danach erfolgte die Randomisierung zu Karotisstenting oder Karotisendartherektomie. An der Studie beteiligen sich 50 Zentren in 15 Ländern; die Schweiz gehört mit 122 Patienten zu den fünf Ländern, welche die meisten Fälle beitragen. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, dass ausreichend erfahrene Zentren die Patienten behandelten. Kriterium hierfür war neben entsprechenden OP-Fallzahlen (insgesamt mehr als 50 Karotis-OPs mit mehr als 10 Fällen pro Jahr sowie mehr als 50 Stent-OPs, davon mehr als 10 Karotisstents) die Beurteilung der Operateure durch ein Fachkomitee. Zentren, die diesen Kriterien nicht genügten, wurden als «supervised» Zentren klassifiziert und durch einen anerkannten Operateur überwacht. Das noch laufende Follow-up erfolgt durch Neurologen nach 30 Tagen, 6 und 12 Monaten sowie anschliessend jährlich.

Martin M. Brown präsentierte am EFNS die ersten Resultate, nämlich die Schlaganfall-, Herzinfarkt- und Todesrate nach drei Monaten. Demnach kam es bei 8,5 Prozent der gestenteten Patienten erneut zu einem Schlaganfall beziehungsweise einem mit dem Eingriff assoziierten Herzinfarkt oder Todesfall. Bei den Patienten nach einer Endartherektomie waren es 5,1 Prozent. Der Unterschied beruhte hauptsächlich auf Schlaganfällen (7,7 vs. 4%). Bei der Endartherektomie waren kraniale Nervenschäden (44 vs. 1 Fall) und Hämatome (28 vs. 9 Fälle) häufiger. Die MRI-Untersuchung eines Teils der Patienten zeigte nach dem Karotisstenting mehr neue ischämische Läsionen als

nach einer Endartherektomie (46,3 vs. 14,1%). «Es gibt starke Anhaltspunkte dafür, dass die Endartherektomie sicherer ist als das Einsetzen eines Karotisstents», fasste Martin M. Brown die Resultate der ICSS-Studie zusammen.

Poster zur Thrombolyse bei CAD oder Hochbetagten

Zwei deutsche Neurologen wollten wissen, wie sicher die systemische Thrombolyse bei Patienten mit zervikaler Dissektion (CAD) sei, der häufigsten Ursache von Schlaganfällen bei jungen Erwachsenen. Sie durchkämmten dafür die Unterlagen von 319 Schlaganfallpatienten, die innert zehn Jahren an der Charité in Berlin mit rtPA behandelt wurden, und fanden darunter 10 Patienten mit CAD. Da sich bei 7 von ihnen letztlich ein gutes klinisches Ergebnis fand, schlossen die beiden Autoren, dass man CAD-Patienten eine systemische Thrombolyse nicht vorenthalten sollte.

Eine italienische Arbeitsgruppe mit Vertretern aus 8 Kliniken durchforstete ihre Archive, um herauszufinden, ob rtPA oder eine intraarterielle Intervention (IAT: mechanische Revaskularisation mit oder ohne Stent) bei CAD-Patienten besser sei. Sie werteten die Berichte zu 39 CAD-Patienten aus, die innert 4 Jahren behandelt worden waren. 15 von ihnen erhielten rtPA innert 3 Stunden nach dem Schlaganfall, die anderen 24 wurden mit Thrombolyse und IAT behandelt. Nach 6 Monaten war bei 8 der 15 rtPA-Patienten und 8 der 24 IAT-Patienten eine gute klinische Entwicklung zu verzeichnen. Bei keinem der rtPA-Patienten kam es zu Komplikationen gegenüber 4 von 24 der IAT-Patienten (4 Hirnblutungen, 4 Todesfälle). Angesichts der geringen Anzahl der Patienten wagten die Autoren aber keine Aussagen darüber, welche Therapie nun die bessere gewesen sei.

Mit der Frage, ob auch über 80-jährige mit intraarterieller Thrombolyse (IAT) behandelt werden sollten, befasste sich eine Neurologengruppe am Inselspital Bern. Sie verglichen die Resultate von 39 über 80- mit denjenigen von 410 unter 80-jährigen Schlaganfallpatienten. Hinsichtlich Schwere, Lokalisation und Dauer von Symptombeginn bis IAT gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch ein gutes Revaskularisationsergebnis war gleich häufig (61–66%). Symptomatische intrazerebrale Blutungen kamen in beiden Gruppen gleichermaßen vor (5%). Obwohl schlussendlich ein günstiges klinisches Resultat in der hochbetagten Gruppe seltener (23 vs. 51%) und die Mortalität höher war (28 vs. 20%), kommen die Autoren zu dem Schluss, dass man auch über 80-jährige in entsprechende Studien einschliessen sollte, um mehr über das Nutzen-Risiko-Verhältnis der IAT in dieser Altersgruppe zu erfahren.

Renate Bonifer

EARLY-Studie: LBN101: Early treatment with aspirin and extended-release dipyridamole versus low-dose aspirin alone for TIA/ischaemic stroke within 24 hour of symptom-onset (EARLY-trial): a randomised, open-label, blinded-endpoint trial. Late breaking news, EFNS Florenz 15. September 2009

Stenting vs. Endarteriektomie: Focused Workshop 3: The dangerous carotid wall; EFNS Florenz 13. September 2009
LBN 105: Early results of the International Carotid Stenting Study (ICSS): safety of treatment in patients with symptomatic carotid stenosis randomised between stenting and endarterectomy. Late breaking news, EFNS Florenz 15. September 2009

Thrombolyse: Poster: P2139, P2144, P2145