Schlaganfallprävention

Asymptomatische Karotisstenose operieren?

Die Datenlage, die für die Operation einer hochgradigen symptomatischen Karotisstenose spricht, ist relativ solide. Kontrovers diskutiert wird dagegen über das Vorgehen bei einer asymptomatischen Stenose.

Pro

Nutzen unter bestimmten Bedingungen klar belegt

— Klinische Studien haben den Nutzen der Operation einer asymptomatischen Karotisstenose unter bestimmten Bedingungen klar belegt, wie Prof. Horst Sievert, Frankfurt, ausführte. In der ACAS-Studie wurde die medikamentöse Therapie mit und ohne Endarterektomie bei Patienten mit asymptomatischer, mehr als 60%iger Karotisstenose verglichen. Nach vier Jahren betrug die Schlaganfallrate in der Operationsgruppe 5% versus 11% in der Kontrollgruppe ($p < 0,005$).

Die ACST-Studie verglich das Ergebnis einer sofortigen Operation mit dem einer verzögerten Operation (bei Auftreten von Symptomen) an insgesamt

mehr als 3000 Patienten. Von Apoplex oder Tod in Zusammenhang mit der Operation waren in der Sofortgruppe nur 2,8%, in der verzögert operierten Gruppe aber 4,5% betroffen. Über fünf Jahre erlitten 6% der frühzeitig operierten, aber 12% der verzögert operierten einen Schlaganfall oder verstarben ($p < 0,00001$). Das heißt, es müssen 17 Patienten operiert werden, um ein Ereignis zu verhindern. Damit werden zwar 16 „umsonst“ operiert, erleiden aber dadurch keinen Schaden.

Auch internationale Leitlinien sehen die Indikation für die Operation einer asymptomatischen Karotisstenose von mehr als 60% als gesichert an,

Foto: GLP/SPL/Agentur Focus

Atherom in der Arteria carotis interna.

wenn das Operationsrisiko unter 3% liegt und die weitere Lebenserwartung mehr als fünf Jahre beträgt.

Kontra

Kein lokales, sondern ein systemisches Problem

— Der Prozess in der Halsschlagader ist nicht die häufigste Ursache von Schlaganfällen, andere Mechanismen spielen hier eine wichtigere Rolle, betonte Prof. Michael Hennerici, Mannheim. Betrachtet man die Gesamtheit aller Schlaganfälle, sind auch hochgradige Karotisstenosen nur in 5% die Ursache.

Doch die Bedeutung einer Karotisstenose als Risikoindikator für eine kardiozerebrovaskuläre Systemerkrankung wird oft unterschätzt. Nicht das Atherom an der Halsschlagader bedarf einer isolierten, lokalen Intervention, sondern alle Ursachen und Risikofaktoren der Systemerkrankung müssen optimal behandelt werden. Denn der Hintergrund der Erkrankung bestimmt die Höhe des Schlaganfallrisikos weit mehr als die Karotisstenose.

Die Unterscheidung zwischen symptomatischer und asymptomatischer Stenose als therapieentscheidendes Kriterium ist überholt. Denn es handelt sich um ein und dasselbe Krankheitsbild in verschiedenen Phasen. Symptome sind ein Ausdruck einer meist vorübergehenden aktiven Phase der Erkrankung. Der Verlauf der asymptomatischen Karotisstenose ist wie bei der symptomatischen weniger durch die zerebrovaskuläre als vielmehr durch die kardiovaskuläre und allgemeine Mortalität geprägt. Die jährliche TIA- oder Apoplexrate bei der asymptomatischen Karotisstenose liegt unter 4%, die zerebrale Mortalität unter 0,05%. Doch die Rate an extrazerebraler Mortalität und Morbidität beträgt 5–12% pro Jahr.

Die Studienlage spricht auch nicht so klar für die Operation, wie dies ACAS und ACST suggerieren. Metaanalysen mit größeren Patientenzahlen widersprechen den Resultaten. Bei asymptomatischen Karotisstenosen besteht deshalb nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur Operation, so Hennerici.

Symptomatische und asymptomatische Träger von Karotisstenosen profitieren am meisten von einer multifaktoriellen Intervention bei den Risikofaktoren. Das gilt besonders für Hochdruck und Hyperlipidämie. Diese hochwirksame Möglichkeit der Schlaganfallprävention wird zu wenig ausgeschöpft.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Quelle: Pro-Kontra-Debatte, Internistenkongress 2009 in Wiesbaden