Jeder siebte Patient betroffen

Schlaganfall: Neue Leitlinie zur Rezidiv-Prophylaxe

Blutdruck- und Lipidsenkung, Antikoagulation und Thrombozytenfunktionshemmung – eine neue S3-Leitlinie legt den Standard in der Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls fest.

Etwa jeder siebte Patient mit einem ischämischen Schlaganfall oder einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) muss damit rechnen, dass sich innerhalb eines Jahres erneut Hirngefäße verschließen. Wie Ärzte dies am besten verhindern, wird in der neuen S3-Leitlinie „Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke“ erläutert. Die wichtigsten Empfehlungen:

Thrombozytenfunktionshemmer:

Grundsätzlich sollen alle Patienten mit ischämischem Schlaganfall oder TIA einen Thrombozytenfunktionshemmer erhalten, sofern keine Indikation für eine orale Antikoagulation vorliegt. Bei der Medikation können sich Ärzte zwischen ASS allein, ASS kombiniert mit Dipyri-

damol sowie einer Monotherapie mit Clopidogrel entscheiden. Für die Leitlinienautoren sind diese Optionen gleichwertig.

Dauerhafte Therapie anstreben

Zwar hatte in Präventionsstudien eine ASS-Monotherapie oft schlechter abgeschnitten, die Unterschiede zu den beiden Alternativen waren aber meist gering. Einmal begonnen, soll die Therapie mit Thrombozytenfunktionshemmern dauerhaft erfolgen, „es sei denn, dass Kontraindikationen auftreten oder sich eine Indikation zur Antikoagulation ergibt“.

Hyperlipidämie: Patienten mit TIA oder ischämischem Schlaganfall wird unabhängig vom Subtyp ein Statin empfohlen. Anzustreben sind dabei LDL-Werte un-

ter 100 mg/dl. Eine Ausnahme sind Patienten mit Hirnblutungen: Wegen des erhöhten Blutungsrisikos unter Statinen in einigen Studien sollten Ärzte hier Nutzen und Risiken gründlich abwägen.

Orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern:

„Die Leitlinie legt großen Wert darauf, dass bei Vorhofflimmern antikoaguliert wird, wann immer das möglich ist, und stellt fest, dass ein hohes Alter an sich kein Grund ist, auf eine Antikoagulation zu verzichten – im Gegenteil“, so der Leitlinienautor Prof. Dr. Matthias Endres [1]. Thrombozytenfunktionshemmer sollten bei Patienten mit Vorhofflimmern jedoch nicht mehr verwendet werden, es sei denn, es liegen noch kardiologische Indikationen dafür vor. Ähnliches gilt auch für Antiarrhythmika.

Welche Medikation?

Bei der Wahl der Medikation überlässt es die Leitlinie den Ärzten, ob sie lieber auf die neuen direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) oder auf die bewährten Vitamin-K-Antagonisten setzen, die Autoren tendieren aber vorsichtig zu den DOAK: Diese „sollten aufgrund des günstigeren Nutzen-Risiko-Profiles zur Anwendung kommen“. Dabei haben die Experten vor allem die geringere Rate intrakranieller Blutungen im Blick. Erhältlich zur Sekundärprophylaxe bei Vorhofflimmern sind derzeit Rivaroxaban (Xarelto®), Dabigatran (Pradaxa®) und Apixaban (Eliquis®). Seit Kurzem hat mit Edoxaban (Lixiana®) ein weiteres DOAK die EU-Zulassung. Der selektive Faktor Xa-Inhibitor erwies sich in zwei Phase-III-Studien sowohl bei Risikopatienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern als auch bei Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose und/oder Lungenembolie im Vergleich zu Warfarin als mindestens ebenso gut wirksam – bei zugleich niedrigerer Rate an Blutungskomplikationen. (Thomas Müller)

Viele Patienten mit ischämischem Schlaganfall erleiden innerhalb eines Jahres einen weiteren Infarkt.

[1] INP 2015; 17(4): 6-7