Eindrücke von der International Stroke Conference

Neuroprotektion bei Schlaganfall?!

■ New Orleans im Februar 2012: 18 Grad Celsius, subtropisch feucht, die Folgen von Katrina noch nicht vergessen. Ein Viertel der Bevölkerung hat nach den Fluten anderswo sein Glück gesucht. Auf der International Stroke Conference (ISC) ist von diesen betrüblichen Erinnerungen jedoch nichts zu bemerken. Das Thema „Schlaganfall“ fesselt 3.000 Neurologinnen und Neurologen, zum Großteil US-Amerikaner, ein Fünftel kommt aus anderen Teilen der Welt.

Das wissenschaftliche Niveau ist hoch mit einem klaren Übergewicht klinisch-orientierter Forschung. Neben wichtigen Nachanalysen großer klinischer Studien wie SAMMPRIS oder CREST gibt es viele interessante Spezialbeiträge, zum Beispiel von Aneesh Singhal, Harvard, zu nicht-atherosklerotischen Arteriopathien kleiner Gefäße wie dem reversiblen zerebralen Vaskonstriktionssyndrom (RCVS), einer wichtigen Differenzialdiagnose der zerebralen Vaskulitis. Die SAMMPRIS-Nachanalysen bestätigten das hohe Risiko intrakranieller Stents. Die Nachanalysen der CREST-Studie zeigten unter anderem, dass – egal ob Stent oder Operation – etwa 6 % der Patienten nach zwei Jahren eine Re-Stenose der A. carotis erleiden. In beiden Studien konnte nachgewiesen werden, dass es nicht die mangelnde Erfahrung der behandelnden Ärzte war, die zu den häufig komplikationsreichen Verläufen geführt hat. Umso bedenklicher stimmt es, dass nach der Veröffentlichung der Stent-kritischen CREST-Daten paradoxerweise die Zahl von Carotis-Stents bei Patienten mit unspezifischen Symptomen wie Schwindel und Benommenheit in den USA deutlich zu- statt abgenommen hat. Diese Entwicklung belegt einmal mehr, wie Verfügungsregelungen die klinische Praxis steuern können – wissenschaftliche Evidenz wird dabei sekundär.

Wie nicht anders zu erwarten, war das Thema „endovaskuläre Therapie“ allgegenwärtig. Die sogenannten Stent-Retriever sind im Begriff, die bisher verbreiteten Kathetersysteme wie Penumbra oder Merci abzulösen, wie die aktuell vorgestellten Ergebnisse der SWIFT-Studie nahelegen. Aber es bleibt die große Frage, welche Patienten für Katheterinterventionen geeignet sind und wie groß der Zusatznutzen gegenüber den immer besser werdenden rein medikamentösen Therapien ist.

Jeffrey Saver, Los Angeles, hat den renommierten William-Feinberg-Preis für herausragende klinische Schlaganfallforschung erhalten. Er machte auf einen

sehr wichtigen Punkt aufmerksam: Wir haben in der Versorgung von Schlaganfallpatienten viel erreicht. Seit 1960 wurden die Mortalität des Schlaganfalls um 75 % und die Rezidivrate um 50 % reduziert. Dennoch ist es Fakt, dass unsere Therapieansätze bei mehr als der Hälfte der Schlaganfallpatienten „versagen“, was zu dauerhafter Behinderung oder zum Tod führt. Diese Begrenztheit unseres therapeutischen Handelns bezieht sich auf die Behandlung in der Stroke-Unit, auf die intravenöse Thrombolyse und gleichermaßen auf die neuen endovaskulären Techniken. Wohin gehen die nächsten Schritte? Logistik und Geschwindigkeit der Versorgung und insbesondere der Thrombolyse können sicher noch gesteigert werden, aber es wird hier eine natürliche Grenze geben. Saver bringt daher das Thema „Neuroprotektion“ in der Prähospitalphase ins Spiel.

Neuroprotektion bei Schlaganfall? Hierzu wurden in den vergangenen Jahren 114 randomisierte klinische Studien mit 21.445 Patienten durchgeführt. Ergebnis: Keine einzige Substanz hatte einen günstigen Effekt. Interessant ist, dass von all diesen Patienten nur 0,2 % früh, also in der ersten Stunde nach Symptombeginn – der „Golden Hour“ –, behandelt wurden. Vielleicht ist dies das Problem. Man stelle sich vor, die Thrombolyse wäre bislang ausschließlich sechs oder mehr Stunden nach Symptombeginn untersucht worden. Dann wäre auch sie „unwirksam“ und längst verlassen worden. Bald sind interessante Daten aus der FAST-MAG-Studie zu erwarten, in der Magnesium als Neuroprotektivum schon im Rettungswagen appliziert wird. Knapp 90 % der geplanten 1470 Patienten sind bereits rekrutiert.

Fraglos spielt das Thema „Schlaganfall“ auch international eine große Rolle. Die ISC und die European Stroke Conference (ESC) sind die weltweit wichtigsten Plattformen der internationalen Schlaganfallforschung, und es zeigte sich in New Orleans – wie auch zuletzt auf der ESC in Hamburg –, dass innovative Wege gegangen werden müssen, um die wachsende Herausforderung „Schlaganfall“ besser zu meistern. Neben der Prävention muss es oberstes Ziel sein, den Schlaganfall sofort nach Einsetzen der Symptome auf den Infarktkern zu begrenzen und jedes „Wachsen“ der ischämischen Zone zu verhindern. Es bleibt spannend! C. Gerloff, Hamburg

Professor Dr. med.
Christian Gerloff,
Hamburg

„Nachanalysen der CREST-Studie zeigen, dass – egal ob Stent oder OP – etwa 6 % nach zwei Jahren eine Re-Stenose der A. carotis erleiden.“