Offenes Foramen ovale

Schirmchen-Verschluss nur im Einzelfall sinnvoll

Wann ist der Verschluss eines offenen Foramen ovals (PFO) indiziert? – diese Frage diskutieren Kardiologen und Neurologen oft kontrovers. Nach neueren Studienergebnissen sollte die „Schirmchen-Implantation“ jedoch immer eine Einzelfallentscheidung sein.

■ Ein offenes Foramen ovale (PFO) ist nicht selten; es findet sich bei jedem vierten Menschen. „Entscheidend ist deshalb, ob und in welchen Situationen ein PFO für Betroffene überhaupt relevant ist“, sagte Dr. med. Häusler von der Neurologischen Universitätsklinik der Charité in Berlin. Unbestritten könne es bei Tauchern die gefährliche Dekompressionskrankheit, auch Caisson-Krankheit genannt, auslösen.

Verschluss bei Migräne nicht effektiv

Auch bei Migräne-Patienten diskutierte man, ob ein PFO und die Kopfschmerzattacken kausal assoziiert sind. In Fall-Kontroll-Studien ergab sich kein Benefit, wenn das PFO interventionell verschlossen wurde; und zwar unabhängig davon, ob die Migräne mit oder ohne Aura einherging. Auch in einer randomisierten Studie konnte ein PFO-Verschluss die Migräneattacken nicht nachweisbar reduzieren. „In der Migräne-Therapie sind heute hoch wirksame Medikamente verfügbar, aber ein PFO-Verschluss ist kein effektives Therapieprinzip“, so das Fazit Häuslers.

PFO und kryptogener Insult assoziiert?

Jeder vierte Schlaganfall ist kryptogen, sprich eine kardiale Embolie und eine Makro- bzw. Mikroangiopathie können als Ursache ausgeschlossen werden. „Kryptogene Insulte sind grundsätzlich bei Jugendlichen häufiger, da bei ihnen seltener eine andere Ursache gefunden wird“, so Häusler. Dann stelle sich die Frage, ob das PFO ein unabhängiger Risikofaktor darstelle und welcher Mechanismus dem zugrunde liegen könne. Diskutiert werden eine in situ Thrombose, vor allem, wenn gleichzeitig ein Vorhof-Septum-Aneurysma vorliegt, eine paradoxe Embolie ausgehend von den Beinvenen oder supraventrikuläre Arrhythmien. „Nach neueren Studien dürfte es sich bei einem Drittel der krypto-

genen Insulte letztendlich doch um ein kardioembolisches Ereignis aufgrund eines paroxysmalen asymptomatischen Vorhofflimmerns handeln“, so Häusler.

Keine prospektive Studie konnte bisher eindeutig beweisen, dass ein PFO und ein kryptogener Insult kausal zusammenhängen. Das wäre diskutierbar, so Häusler, falls gleichzeitig ein Vorhof-Septum-Aneurysma vorliege, konkurrierende Risikofaktoren fehlen würden, bei einer thrombophilen Diathese oder einem venösem Thrombus. Auch wenn neurologische Symptome durch ein Valsalva-

Bei Tauchern kann ein PFO die gefährliche Dekompressionskrankheit auslösen – prinzipiell aber auch einen Schlaganfall?

Manöver ausgelöst wurden, könnte das PFO der entscheidende Faktor sein. Sicher sei ein Zusammenhang nur, wenn ein Schlaganfall unmittelbar mit einer Beinvenenthrombose bzw. einer Lungenembolie auftritt oder ein Thrombus im PFO nachweisbar ist. „Im Einzelfall kann der interventionelle Verschluss dann durchaus sinnvoll sein“, so Häusler.

Welche Rezidivprophylaxe?

Unbestritten ist der Verschluss des PFO in der Primärprävention nicht gerechtfertigt. Nach einem zerebrovaskulären Ereignis ist

aber immer eine Sekundärprävention nötig. „Bei einem PFO stellt sich die Frage: Thrombozytenaggregationshemmer, orale Antikoagulationen oder Schirmchen?“, so Häusler. Studien hätten gezeigt, dass die orale Antikoagulation den Thrombozytenaggregationshemmern keinesfalls überlegen sei.

In der CLOSURE-Studie wurde bei 909 Patienten mit einem kryptogenen Insult bzw. einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) ein Thrombozytenaggregationshemmer mit dem „Schirmchen“ verglichen. Beim primären Endpunkt Tod und Rezidiv ergab sich kein signifikanter Unterschied. „So muss man sagen: nicht jedes PFO darf verschlossen werden, sondern der Schirmchen-Verschluss muss immer eine Einzelfallentscheidung sein“, so Häusler.

Zurückhaltung angemahnt

Kommt es trotz Aggregationshemmung zu einem erneuten Rezidiv, so ist eine orale Antikoagulation indiziert. Bei Kontraindikationen oder erneutem Rezidiv sollte aber die Indikation für den interventionellen Verschluss diskutiert bzw. gestellt werden. Diese Empfehlung ist Gegenstand der Leitlinien.

Kommt es nach einem kryptogenen Insult zum Rezidiv, sollte die Ursache erneut abklärt werden; die findet sich dann nämlich in einem Drittel der Fälle. „Das sollte man berücksichtigen, ehe die Therapie eskaliert, also eine orale Antikoagulation oder ein Schirmchen-Verschluss eingeleitet wird“, so Häusler. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat angesichts der CLOSURE-Daten erneut appelliert, die Indikation immer kritisch zu hinterfragen und sie nur im Einzelfall zu stellen. Denn hierbei müssen auch Komplikationen bedacht werden. So verlaufen 0,09% der Eingriffe tödlich und bei 0,9% der Patienten muss mit einem zerebralen Insult, bei 5% mit einer thrombotischen bzw. embolischen Komplikation gerechnet werden.

Dr. med. Peter Stiefelhagen, Hachenburg ■

■ Quelle: KARDIO-INTERMEZZO 2012, 28.09.2012 in Bad Kissingen
Veranstalter: Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt a.d. Saale