ren die Patienten in besonderem Maß gefährdet.

Amarenco P et al. One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke. N Engl J Med. 2016;374(16):1533–1542

Kommentar

Eine frühe Identifikation von Risikopatienten und die gezielte Sekundärprophylaxe nach einer TIA senken das Risiko für vaskulären Tod und Behinderung: Auch wenn diese Aussage durch das Studiendesign so

nicht möglich ist, belegen die Zahlen, wie internationale Standards in Diagnostik und Therapie durch vaskulär spezialisierte Neurologen zu unmittelbaren Therapieentscheidungen auch bei „nur“ transienten Symptomen führen. Das damit verbesserte klinische Ergebnis der Patienten ist bei bekannter Evidenz der Einzelmaßnahmen in der Sekundärprophylaxe nicht überraschend. Die Kostenträger und Kliniken in der neurovaskulären Versorgung sind vielmehr aufgerufen, gemeinsam über Modelle einer kostendeckenden und effizienten Versor-

gung von Patienten mit TIA nachzudenken. Ein stationärer Aufenthalt von im Median vier Tagen für Diagnostik und Etablierung einer medikamentösen Sekundärprophylaxe kann dabei nicht der Anspruch sein.

Dr. med. Frank Stachulski
Abteilung Neurologie,
Bundeswehrkranken-
haus Berlin

Koronaroperation mit und ohne ASS: Nutzen und Nebenwirkungen

Patienten mit koronarer Herzkrankheit erhalten in der Regel ASS. Werden dadurch bei einer koronaren Operation thrombotische Komplikationen verhindert und/oder Blutungen provoziert?

In die Studie wurden 2.100 Patienten mit koronarer Herzkrankheit (ohne Vorhofflimmern) aufgenommen, bei denen eine chirurgische Revaskularisierung, teils mit aortopulmonalem Bypass und zusätzlichem Herzklappenersatz notwendig war. ASS durfte vier Tage, jede andere antithrombotische Therapie wie Antikoagulation und Clopidogrel sieben Tage präoperativ nicht eingenommen werden. Nach Zufallskriterien er-

hielten die Patienten entweder ab der 1.–2. Stunde präoperativ 100 mg ASS (n = 1.047) oder Placebo (n = 1.053). Postoperativ wurden die Patienten zur Erfassung von Komplikationen gründlich klinisch und labormäßig überwacht.

Der primäre Endpunkt, d.h. Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall oder thrombotische Komplikationen wie Lungenembolie, Nierenversagen oder Mesenterialinfarkt, traten innerhalb von 30 Tagen

postoperativ in gleicher Häufigkeit auf: unter ASS bei 202 (19,3 %) und unter Placebo bei 215 (20,4 %) der Patienten (p = 0,55). Schwere Blutungen traten bei 1,8 bzw. 2,1 % und eine kardiale Tamponade bei 1,1 bzw. 0,4 % auf (jeweils nicht signifikant).

Myles PS et al. Stopping vs. Continuing Aspirin before Coronary Artery Surgery. N Engl J Med. 2016;374(8):728–737

Kommentar

Ob die Einnahme von ASS vor einer koronaren Operation weitergeführt oder sistiert werden soll, wird kontrovers diskutiert. Mangels aussagekräftiger Studien sind die Empfehlungen in den Leitlinien der Fachgesellschaften widersprüchlich. Die vorliegende Studie zeigt eindeutig, dass im Vergleich zu Placebo ASS einerseits Todesfälle und thrombotische Komplikationen nicht verhindert, andererseits aber auch keine Blutungen mit Transfusionsbedarf oder die Notwendigkeit zu Reoperationen provoziert. Auch bei zahlreichen anderen Eingriffen wie Zahnextraktionen, Gastro- und Koloskopien mit evtl. Biopsien und Staroperationen wird heute im Allgemeinen keine ASS-Pause mehr verlangt. Operateur und Hausarzt können sich den logistischen Aufwand des Ab- und Wiederansetzens bei Patienten mit indizierter ASS-Therapie ersparen.

Dr. med. Heinrich Holzgreve
Kardiologische Praxis,
München

Eine Pause der ASS-Einnahme vor Operationen wird nicht mehr als unbedingt erforderlich angesehen.