Blutdrucksenkung bei intrazerebraler Blutung: intensiver ist nicht besser

Kann eine rasche und intensive Blutdrucksenkung bei Patienten mit spontaner intrazerebraler Blutung die Prognose verbessern? Diese Frage wurde in der Studie ATACH 2 untersucht.

Bei einer Hirnblutung gilt es, die Blutung zu stoppen und Komplikationen zu verhindern. Doch welches Vorgehen ist hier am besten?

In den ersten Stunden nach einer spontanen intrazerebralen Blutung ist die Blutungsprogression eine häufige und gefürchtete Komplikation mit negativen Folgen für die Prognose der Patienten. Deshalb wurde eine assoziierte arterielle Hypertension als geeigneter Parameter für eine frühe therapeutische Intervention eingeschätzt. In mehreren Studien (ATACH, INTERACT) konnte bereits gezeigt werden, dass dieses Vorgehen eine Hämatomzunahme verhindert oder zumindest verlangsamt. Der Nachweis eines klinischen Vorteils durch diese Intervention steht bislang aber aus.

In der kontrollierten und randomisierten, multizentrischen Studie (ATACH 2) wurden von Mai 2011 bis September 2015 1.000 Patienten mit einer spontanen supratentoriellen Hirnblutung aus den USA, Japan, Taiwan, Südkorea, China und Deutschland eingeschlossen und einem von zwei Behandlungsarmen zugeordnet. Wesentli-

che Einschlusskriterien waren ein systolischer Blutdruck über 180 mmHg nach dem Indexereignis, ein GCS-Wert > 5 und ein Hämatomvolumen < 60 cm³.

In der intensivierten Therapiegruppe lagen die Blutdruckgrenzen bei 110–139 mmHg (im Mittel 128,9 mmHg) und in der Vergleichsgruppe bei 140–179 mmHg (im Mittel 141,1 mmHg). Als Antihypertensivum wurden Nicardipin und alternativ in Ausnahmen Diltiazem bzw. Urapidil verwendet, um Klasseneffekte auszuschließen. Innerhalb von 4,5 Stunden nach Symptombeginn wurde der Zielparameter „arterieller systolischer Blutdruck“ entsprechend den Vorgaben des jeweiligen Behandlungsarms über 24 Stunden kontrolliert behandelt. Primäre Studienendpunkte waren Tod oder schwere Behinderung (mRS 4–6) nach drei Monaten.

Nach 1.000 rekrutierten Patienten wurde die Studie vorzeitig beendet, da offensichtlich war, dass ein signifikanter Unterschied bei den primären Endpunk-

ten (intensivierte Behandlung 38,7 % vs. Vergleichsgruppe 37,7 %) nicht mehr erreichbar sein würde. Auch bei der Analyse der Verteilung der Patienten auf der modifizierten Rankin-Skala (mRS) und der Hämatomexpansion ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Qureshi Al et al. Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Cerebral Hemorrhage. *N Engl J Med.* 2016;375:1033–1043

Kommentar

Obwohl das pathophysiologische Konzept überzeugend erscheint, verfehlte nach INTERACT 2 trotz überarbeiteter Studienkonzeption auch ATACH 2 das Ziel, eine Verbesserung der Gesamtprognose durch rasche und intensive Blutdrucksenkung (< 140 mmHg) bei Patienten mit spontaner intrazerebraler Blutung zu beweisen.

Die Gründe hierfür könnten in einem zu geringen Unterschied der mittleren Blutdruckwerte in den Behandlungsarmen liegen. Zudem hatten viele Patienten mit einer hohen Punktzahl im GCS (> 50 % mit GCS 15) und geringen Blutvolumina (Median etwa 10 cm³) per se eine sehr günstige Prognose. In diesem Fall ist es schwierig, bei einem geringen Therapieeffekt einen signifikanten Gruppenunterschied herauszuarbeiten. Ein weiterer Aspekt könnte die Zeitspanne zwischen Symptom und Behandlungsbeginn sein. Trotz des im Vergleich zu INTERACT 2 deutlich früheren Interventionszeitpunkts wäre, wenn man einen zeitabhängigen Effekt zugrunde legt, ein noch früherer Behandlungsbeginn möglicherweise wirksamer.

Im Behandlungskontext scheinen die Hämatomkontrolle und das Blutdruckmanagement für die Prognose der Patienten eine wichtige, aber nicht die alles entscheidende Rolle zu spielen. Einen Anlass, von den bisherigen Leitlinien zum Blutdruckmanagement bei intrazerebralen Blutungen abzurücken, geben die Daten jedenfalls nicht.

Dr. med. Alexander Correll
Abteilung Neurologie,
Bundeswehrkrankenhaus Berlin