Thrombektomie

Kontrollierte Studien mit Stent-Retrievern gefordert

Soll man bei einem Verschluss der Hirngefäße den Thrombus herausziehen oder eher auf die Lyse vertrauen? Intensivmediziner interpretieren die bisherigen Daten sehr unterschiedlich.

Das Problem beginnt ab einer Thrombengröße von 6–7 mm: Dann ist die intravenöse Lyse mit rt-PA nur noch wenig wirksam und die Rekanalisationsrate gering, sagte Professor Olav Jansen, Institut für Neuroradiologie der Universität Kiel. Damit lasse sich erklären, dass die i.v.-Lyse bei Schlaganfallpatienten in vielen Studien nur wenig besser war als eine Placebothherapie – zumindest was das Funktionsniveau der Patienten betraf. So überstanden in beiden Gruppen nur etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patienten den Schlaganfall ohne größere bleibende Behinderungen. Dies mache deutlich, dass wesentlich bessere Therapien zur Rekanalisation nötig seien, sagte Jansen.

Gute Rekanalisation entscheidend

Die Rekanalisation ist der entscheidende Faktor für das klinische Ergebnis. Allerdings sei es nötig, klar zu definieren, was unter einer erfolgreichen Gefäßöffnung zu verstehen ist, argumentierte Jansen. Wenn lediglich das Basisgefäß nicht aber die Peripherie befreit werde,

dann sei es nicht verwunderlich, dass trotz hoher Rekanalisationsraten das klinische Ergebnis wenig überzeugt. So konnten Studien mit frühen Thrombektomietechniken zwar Öffnungsraten von über 80 % vorweisen, dennoch überstand etwa in der MERCI-Studie nur ein Viertel der Patienten mit Karotisverschluss den Eingriff ohne schwere bleibende Behinderungen („modified Rankin Scale“ (mRS) < 2), ein Drittel starb. Die Situation habe sich in den vergangenen vier Jahren mit Einführung der Stent-Retriever aber grundlegend geändert. Damit gelinge deutlich häufiger eine gute Reperfusion auch der Peripherie mit Werten auf der TICI-Skala („thrombolysis in cerebral infarction“) von mehr als II. In Studien wie SWIFT oder TREVO 2 seien Öffnungsraten in dieser Qualität von 70–80 % erzielt worden, der Anteil der Patienten mit gutem klinischem Ergebnis (mRS < 2) lag dabei zwischen 40 % und knapp 60 % und war damit fast doppelt so hoch wie bei den älteren Techniken.

Jansen präsentierte eigene Daten von 81 Schlaganfallpatienten mit Thromben über 7 mm Durchmesser, die entweder per Stent-Retriever oder Lyse behandelt wurden. Einen mRS-Wert < 2 zeigten bei der Entlassung 41 % der Patienten mit Retriever, aber nur 7 % mit Lyse (nach 90 Tagen sogar 44 vs. 5 %). „Nach diesen Daten können wir heute sagen: Die transvaskuläre Rekanalisation ist Methode der Wahl bei großen Gefäßverschlüssen und großen Thromben“, so Jansen.

Gefäß offen, Patient tot

Deutlich kritischer betrachtet Professor Peter Schellinger, Neurologische Klinik Minden, die Studienlage. Er hält es für nicht bewiesen, dass die transvaskuläre Rekanalisation mehr schadet als nützt, solange es dazu keine prospektiven randomisierten Studien gibt. Wie auch Jansen kritisierte er die schlechten Ergebnisse mit älteren Techniken. Oft seien damit nur monozentrische Studien gemacht worden, um die CE-Kennzeichnung zu bekommen. Die dabei genannten Öffnungsraten ließen sich unter Praxisbedingungen jedoch kaum erreichen. Er gestand den neuen Stent-Retrievern zwar deutlich bessere Ergebnisse zu, doch deren Nutzen müsste ebenfalls in prospektiven randomisierten Studien mit harten klinischen Endpunkten belegt werden. Anderenfalls würden die Risiken möglicherweise unterschätzt. „Wir machen bei einem solchen Eingriff Dinge, die wir sonst mit den Patienten nicht tun würden“, sagte Schellinger. So werden die Patienten intubiert, sediert, oder es wird ihnen eine andere Therapie vorenthalten. Geht dabei etwas schief, wird das in Studien oft nicht dem jeweiligen Retriever zugeschoben – aus diesem Grund sei das Funktionsniveau der Patienten nach dem Eingriff und nicht die Öffnungsrate als Studienendpunkt entscheidend.

Der Neurologe plädierte für Vergleichsstudien mit Retriever versus i.v.-Lyse – oder noch besser: mit Retriever plus rt-PA versus alleinige Lyse.

Thomas Müller

Die Rekanalisationsrate ist ab einer Thrombengröße von 6–7 mm nur gering.

Symposium „Kontroversen in der Intensivmedizin bei Schlaganfallpatienten“, ANIM, Mannheim, 24.1.2013