Im Mittel wurden die Frauen 17 Jahre lang regelmäßig nachuntersucht. In dieser Zeit kam es zu 867 Schlaganfällen, 156 davon waren hämorrhagische Infarkte. Die Forscher teilten die Frauen entsprechend ihres Wertes beim Lebensstilindex in fünf Gruppen ein. Wenig überraschend gab es in der Gruppe mit den höchsten Werten (17 bis 20 Punkte) die wenigsten Insulte (1,9 %) und in der Gruppe mit den niedrigsten Werten (0 bis 4 Punkte) die meisten (3,6 %). Dieser Effekt spiegelte sich auch im funktionellen Ergebnis drei Monate nach dem Schlaganfall wider. So fanden die Forscher bei den Frauen mit 17 bis 20 Punkten im Lebensstilindex 52 % weniger tödliche Schlaganfälle oder solche, die zu schweren Behinderungen führten (mRS 4–6), 47 % weniger Insulte mit

moderaten Behinderungen (mRS 2–3) sowie 57 % weniger Schlaganfälle mit keinen bis leichten funktionellen Einschränkungen (mRS 0–1) – jeweils verglichen mit den Frauen, die am ungesündesten lebten.

Einfluss nur auf ischämische Infarkte

Überraschenderweise war die Rate von Schlaganfällen mit Tod oder schweren Behinderungen bereits in der Gruppe mit einem Lebensstilindex von nur 5 bis 8 Punkten ebenfalls deutlich reduziert – und zwar um 46 %. Apoplexien mit moderaten Behinderungen traten in dieser Gruppe zu 43 % seltener auf, minus 30 % waren es bei den Insulten mit keinen bis leichten Einschränkungen nach drei Monaten.

Die Forscher um Rist lesen aus diesen Daten, dass schon geringe Lebensstiländerungen genügen, um zumindest das Risiko von ischämischen Schlaganfällen mit schwerwiegenden Folgen deutlich zu senken. Für hämorrhagische Infarkte konnten sie jedoch keine vergleichbaren Schlussfolgerungen ziehen – hier ließ wohl schon die geringe Zahl der Ereignisse keine statistisch belastbaren Resultate zu. Doch auch die Ergebnisse zu den ischämischen Insulten müssen mit Vorsicht betrachtet werden, da in den einzelnen Gruppen die Zahl der Infarkte ebenfalls recht gering war.

Thomas Müller, Springer Medizin

Rist P et al. Healthy lifestyle and functional outcome from stroke in women. Poster P1-111. 68. AAN-Kongress, Vancouver, 15.–21.4.2016

US-Leitlinien-Update: Botulinumtoxin auch bei chronischer Migräne empfohlen

US-Neurologen empfehlen nun auch Botulinumtoxin zur Therapie bei chronischer Migräne. Allerdings dürfte eine solche Therapie eher für Patienten infrage kommen, bei denen Standardprophylaktika nicht ausreichen.

In klinischen Studien waren die Unterschiede zwischen Placebo und Botulinumtoxin relativ gering, dennoch haben sich nun auch US-Neurologen in einem Update zur Botulinumtoxin-Therapie bei neurologischen Erkrankungen zu einer Empfehlung durchgerungen [Simpson DM et al. Guideline Development Subcommittee of the AAN. *Neurology* 2016; 86: 1–9]. Danach sollte Onabotulinumtoxin A Patienten mit chronischer Migräne angeboten werden, um die Zahl der kopfschmerzfreien Tage zu erhöhen und die Lebensqualität zu verbessern. Grundlage der Empfehlung sind zwei placebokontrollierte Studien, in denen es zu einem Rückgang der Kopfschmerzen pro Monat um 1,4 und 2,3 Tage kam. In beiden Studien fiel ein deutlicher Placeboeffekt auf. Eine Vergleichsstudie mit Topiramat deutete auf eine ähnliche Wirksamkeit, jedoch sieht die AAN aufgrund einer Studie keine ausreichende Evidenz, um von einer vergleichbaren Effektivität auszugehen. Für Dr. Raghav

Govindarajan, Universität Columbia/USA, kommt das Toxin daher eher für die Eskalationstherapie infrage. Angesichts hoher Behandlungskosten würde eine solche Therapie eher skeptisch beurteilt, kommentierte der Neurologe das Update.

Nicht bei episodischer Migräne

Für episodische Migräne mit weniger als 15 Kopfschmerztagen pro Monat sehen die Experten keinen Nutzen. In zwei placebokontrollierten Studien mit 180 Tagen Dauer ließ sich unter Onabotulinumtoxin kein signifikanter Vorteil im Vergleich zu Placebo zeigen. „Onabotulinumtoxin A sollte Patienten als Therapie gegen episodische Migräne nicht angeboten werden“, heißt es in dem Update, zu ähnlichen Schlüssen kommt auch die aktuelle Migräneleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). In der US-Leitlinie wird verstärkt auf die einzelnen Serotypen und Formulierungen von Botulinumtoxin eingegangen, da

sich die Wirksamkeit der einzelnen Präparate schlecht vergleichen lasse.

Weitere Indikationen

Überarbeitet wurden auch weitere Empfehlungen zur Botulinum-Therapie:

- Bei einer Spastik der oberen Extremitäten werden Abobotulinumtoxin A, Incobotulinumtoxin A und Onabotulinumtoxin A als wirksam erachtet (Level A) und sollten empfohlen werden. Rimabotulinumtoxin B sollte erwogen werden (Level B, Wirksamkeit wird als wahrscheinlich erachtet).
- Eine Level-A-Empfehlung zur Therapie bei Spastiken der Beine und Füße wird für Abo- und Onabotulinumtoxin gegeben.
- Bei zervikaler Dystonie erhalten Abo- und Rimabotulinumtoxin den höchsten Empfehlungsgrad (Level A), Ona- und Incobotulinumtoxin nur eine Level-B-Empfehlung.
- Zur Therapie des Blepharospasmus gibt es nur zwei Level-B-Empfehlungen für Ona- und Incobotulinumtoxin. Die beiden anderen Präparate erhalten für diese Indikation Level C (möglicherweise effektiv) oder Level U (ungenügende Daten zur Wirksamkeit).

Thomas Müller, Springer Medizin

Pressekonferenz 17.4.16. 68. AAN-Kongress, Vancouver, 15.–21.4.2016