Extrakranieller Karotisverschluss? – TEA nicht vergessen!

Bei allen Erfolgen der Thrombektomie: Ist die Karotis extrakraniell verschlossen, verspricht eine offene Operation oft mehr Erfolg.

Einen Thrombus per Katheter herausziehen klingt zwar sehr elegant, die Erfolgsquote lässt bei einem Verschluss der zervikalen Karotis aber oft zu wünschen übrig. Hier sei es häufig aussichtsreicher, das Gefäß per Thrombendarterektomie (TEA) vom Thrombus zu befreien, hat Professor Axel Larena-Avellaneda auf der Arbeitstagung Neurointensivmedizin (ANIM) in Wien berichtet. Der Gefäßchirurg vom UKE Hamburg verwies auf die vor zwei Jahren veröffentlichte ICARO-3-Studie: Hier schnitt eine endovaskuläre Therapie bei einem Verschluss der zervikalen Carotis interna nicht besser ab als eine I.v.-Lyse: Nur bei rund 30 % erzielten die Ärzte ein gutes funktionelles Ergebnis (mRS 0–2 nach 90 Tagen), bei ähnlich vielen kam es mit der endovaskulären Behandlung zu einer zerebralen Blutung. „Die meisten Patienten haben mit solchen Verfahren also eigentlich ein ganz schlechtes Ergebnis.“

Dem stellte Larena-Avellaneda Ergebnisse kleinerer Studien und Analysen mit einer Öffnung per TEA gegenüber. Diese hätten zum Teil Rekanalisierungsraten von über 70 % und ein günstiges funktionelles Ergebnis bei zwei Drittel bis drei Viertel der Patienten erzielt – bei zugleich sehr geringer Letalität.

Insgesamt ist ein rein zervikaler Verschluss allerdings relativ selten, gibt der Chirurg zu bedenken. Von daher gebe es weder Daten aus größeren Studien noch evidenzbasierte Leitlinien. Die begrenzte Erfahrung deute jedoch auf einen weitaus besseren Therapieerfolg per TEA als per Lyse oder endovaskulärer Therapie. Zudem sei das Verfahren relativ einfach: „Der Plaque lässt sich chirurgisch in der Regel sehr gut herausnehmen.“

Wie bei den anderen Verfahren zur Gefäßöffnung ist der Therapieerfolg am größten, wenn die Patienten möglichst früh behandelt werden. Gute Ergebnisse würden noch etwa 6 Stunden nach Symptombeginn erzielt.

Thomas Müller

Vortrag Axel Larena-Avellaneda: TEA bei akutem Karotisverschluss. Symposium „Off-label-Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls“. ANIM, Wien, 16.–18.2.2017

die eine Behandlung von Schlaganfallpatienten mit einer geringeren rt-PA-Dosis rechtfertigten, erläuterte Dichgans. Und daran habe sich auch mit der Veröffentlichung der ENCHANTED- (Enhanced Control of Hypertension and Thrombolysis Stroke Study) im vergangenen Jahr wenig geändert [Anderson CS et al. N Engl J Med 2016; 374: 2313–23].

ENCHANTED: Primärer Endpunkt verfehlt

Die Studie war eigentlich angetreten, um die Nichtunterlegenheit der niedrigen Alteplasedosis in einer gemischten Population aus Asiaten und Kaukasiern zu belegen. Dies sei allerdings nicht gelungen, so der Neurologe. ENCHANTED schloss 3.300 Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall ein, 43 % stammten aus China, weitere 10 % aus anderen asiatischen Ländern, die übrigen aus Europa, Australien und Südamerika. Der primäre Endpunkt Tod oder Behinderung nach drei Monaten (mRS 2–6) wurde bei 53,2 % mit der niedrigen und bei 51,1 % mit der Standarddosis festgestellt, die Odds Ratio lag bei 1,09 und das 95 %-Konfidenzintervall betrug 0,95–1,25. Mit der niedrigen Dosis kam es tendenziell also eher häufiger zu einem schlechten funktionellen Ergebnis, wenngleich der Unterschied nicht signifikant war.

Um eine Nichtunterlegenheit zu belegen, hätte der obere Wert des 95 %-Konfidenzintervalls jedoch nicht über 1,14 liegen dürfen. Diese Zahl war zuvor auf Basis von Cochrane-Analysen festgelegt worden. Mit einem oberen Limit von 1,25 wurde der primäre Endpunkt folglich nicht erreicht. Da nütze es auch wenig, so Dichgans, wenn die niedrige Dosis bei einigen sekundären Endpunkten gut abschnitt. So konnte in der mRS-Shift-Analyse eine Nichtunterlegenheit knapp gezeigt werden – die Verteilung der mRS-Werte war also nicht wesentlich anders.

Größere intrazerebrale Blutungen traten mit der Standarddosis zwar doppelt so häufig wie mit der niedrigen Dosis (bei 2,1 % vs. 1,0 %) auf, solche Ereignisse waren aber insgesamt selten. Auch war die Sterberate nach 90 Tagen mit der Standarddosis etwas höher (10,3 % vs.

8,5 %), auch dieser Unterschied erwies sich als nicht signifikant.

Hirnblutungen bei Asiaten nicht häufiger

Interessanterweise ergaben Subgruppenanalysen ebenfalls keine größeren Unterschiede. So spielte es keine Rolle, ob die Teilnehmer Asiaten waren oder nicht – beim primären Endpunkt schien die Standarddosis immer etwas besser abzuschneiden. Bei Asiaten war der Unterschied zugunsten der Standardtherapie mit einer Odds-Ratio von 1,10 sogar noch etwas größer als bei Kaukasiern (1,07). Auch entwickelten sie nicht häufiger Hirnblutungen unter der Standarddosis als Kaukasier. ENCHANTED liefere also keine Argumente für eine reduzierte Dosis bei Asiaten, bemerkte Dichgans.

Patienten im Alter über 65 Jahre profitierten tendenziell noch mehr von der Standarddosis als jüngere. Da die Patienten in ENCHANTED mit einem Durchschnittsalter von 68 Jahren relativ jung und mit einem mittleren NIHSS-Wert von 8 eher leicht betroffen waren, sei die Studienpopulation nicht unbedingt repräsentativ, so Dichgans. In anderen Worten: Unter realistischen Bedingungen wäre der Vorteil zugunsten der Standarddosis womöglich noch größer gewesen. Der Neurologe verwies dazu auf das ECASS (European Cooperative Acute Stroke Study)-Programm. Hier seien in der Regel deutlich ältere und schwerer erkrankte Schlaganfallpatienten aufgenommen worden.

Nach den ENCHANTED-Daten könne man allenfalls bei sehr jungen Patienten mit leichtem Schlaganfall und hohem Blutungsrisiko eine reduzierte Dosis erwägen. Für die geltenden Leitlinien zum Schlaganfall von DGS und DGN habe die Studie jedoch keine Konsequenzen. Dichgans verwies auf das aktuelle Konsensusstatement der European Stroke Organisation (ESO), die auch weiterhin auf der 0,9-mg/kg-Dosis besteht und nun explizit darauf hinweist, dass diese Dosis unabhängig vom ethnischen Hintergrund anzuwenden sei.

Thomas Müller

DSG-Symposium, ANIM, Wien, 16.–18.2.2017