

Schlaganfallprophylaxe

Bei intrakraniellen Stenosen lieber auf Stent verzichten

Intrakranielle arteriosklerotische Stenosen sind eine wichtige Ursache ischämischer Schlaganfälle. Die Behandlung erfolgt zunehmend durch eine Stentangioplastie. Doch möglicherweise schützt eine rein medikamentöse Therapie besser vor Schlaganfällen.

■ In die SAMMPRIS-Studie wurden 451 Patienten eingeschlossen, die in den vorangehenden 30 Tagen eine transiente ischämische Attacke (TIA) oder einen leichten ischämischen Schlaganfall im Versorgungsgebiet einer hochgradigen arteriosklerotischen Stenose (70–99%) einer intrakraniellen Hirnarterie erlitten hatten. Alle Patienten wurden mit einer intensivierten medikamentösen Sekundärprophylaxe behandelt, die aus Thrombozytenfunktionshemmern (ASS 325 mg/d und Clopidogrel 75 mg/d für 90 Tage, danach ASS 325 mg/d), leitliniengerechter Behandlung der Risikofaktoren und einer Lebensstilmodifikation bestand. Die 224 Patienten, die per Randomisierung der Stentgruppe zugeteilt wurden, erhielten zusätzlich eine Stentangioplastie mit dem Gateway-Wingspan-System.

Die Rekrutierung wurde vorzeitig beendet, nachdem in einer Zwischenanalyse die 30-Tages-Rate für Schlaganfall oder Tod in der Stentgruppe mit 14,7% deutlich höher lag als in der Kontrollgruppe (5,8%). Dabei waren nur in der Stentgruppe tödliche Schlaganfälle (2,2%) und Hirnblutungen (4,5%) aufgetreten.

Die Schlaganfallrate über die ersten 30 Tage hinaus war hingegen in beiden Gruppen ähnlich (5,7% und 5,8% pro Jahr). Nach einem Jahr war die Rate des primären Endpunkts (Tod oder Schlaganfall in den ersten 30 Tagen oder Schlaganfall im Versorgungsbereich der Indexarterie danach) in der Stentgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (20% und 12,2%, $p = 0,009$).

■ **Kommentar:** Den Ergebnissen dieser Studie zufolge kann die Stentangioplastie derzeit zur Behandlung symptomatischer intrakranieller Stenosen nicht empfohlen werden. Dass eine rein medikamentöse Therapie in dieser Studie der Stentangioplastie überlegen war, lag vor allem an dem durch die Stentangioplastie deutlich erhöhten frühen Risiko. Darüber hinaus zeigte sich nach den ersten 30 Tagen kein Unterschied in der Schlaganfallrate zwischen der Stentgruppe

und der Kontrollgruppe. Somit ergab sich auch unabhängig vom erhöhten Therapierisiko kein Hinweis auf einen Nutzen der Stentangioplastie.

Gegenwärtig handelt es sich bei der Stentangioplastie intrakranieller Hirnarterien um ein experimentelles Verfahren mit unzureichender therapeutischer Sicherheit, das nur im Rahmen kontrollierter klinischer Studien mit neurologischer Endpunkterfassung eingesetzt werden sollte.

Eine andere wichtige Schlussfolgerung der SAMMPRIS-Studie ist, dass unter einer intensivierten medikamentösen Prophylaxe und Lebensstilmodifikation das Risiko für Schlaganfallrezidive bei symptomatischen intrakraniellen Stenosen deutlich niedriger ist als zuvor angenommen. Dies unterstreicht einmal mehr die hohe Bedeutung einer optimalen Behandlung der Risikofaktoren und der antithrombotischen Therapie als Grundlage der Schlaganfallprophylaxe.

Dr. med. Markus Busch,
Robert Koch-Institut Berlin ■

■ **Chimowitz MI et al. Stenting versus aggressive medical therapy for intracranial arterial stenosis. N Engl J Med 2011;365: 993–1003**

Extrem adipöse Diabetiker

Gewichtsabnahme bessert auch das Risikoprofil

Bei keiner Personengruppe hat eine Gewichtsabnahme einen so großen Nutzen wie bei Typ-2-Diabetikern.

■ Die Look-AHEAD-Studie ist die erste Untersuchung bei Typ-2-Diabetikern, die eine differenzierte Betrachtung hinsichtlich der verschiedenen Gewichtsklassen erlaubt und auch extrem adipöse Typ-2-Diabetiker (BMI > 40 kg/m²) in hoher Anzahl (n = 562) einschloss. Die 2503 Typ-2-Diabetiker waren im Mittel 59 Jahre alt und wiesen einen mittleren HbA_{1c}-Wert von 7,25 mg/dl auf. Die Hälfte der Patienten unterzog sich einem einjähri-

gen intensiven Schulungsprogramm mit drei Sitzungen pro Monat in den ersten sechs Monaten, danach zwei pro Monat. Zudem wurden die Patienten individuell von Ernährungsberatern, Physiotherapeuten und Verhaltenspsychologen betreut. Ziel der Verhaltensänderung war es, die Energieaufnahme auf 1200–1800 kcal/d zu reduzieren und die körperliche Aktivität auf über 175 Minuten pro Woche in Form von Gehen oder Walken zu erhöhen. Patienten mit dem Standardprogramm hatten vier Gruppentreffen innerhalb eines Jahres und erhielten allgemeine Informationen zur Ernährung und Bewegung.

Nach einem Jahr war das Gewicht bei Diabetikern mit intensiver Schulung wie folgt vermindert: Bei Patienten mit einem BMI von

- > 40 kg/m² um 11,2 kg,
- 35–40 kg/m² um 9,1 kg,
- 30–35 kg/m² um 8,1 kg,
- 25–30 kg/m² um 6,0 kg.

Die körperliche Fitness stieg in allen Gewichtsklassen um 20%. Die Risikofaktoren LDL-Cholesterin, Triglyzeride sowie systolischer und diastolischer Blutdruck wurden deutlich gesenkt. Das HDL-Cholesterin wurde erhöht, bei den extrem adipösen Diabetikern allerdings nur halb so ausgeprägt wie