Verschluss des offenen Foramen ovale verhindert Schlaganfallrezidive

In den Jahren 2012 bis 2013 gelang es in drei Studien nicht, erneute Schlaganfälle bei offenem Foramen ovale durch einen Verschluss zu verhindern. Jetzt kommen gleich drei neue Studien zu einem eindeutig positiven Ergebnis.

In die Studien Gore REDUCE, CLOSE und RESPECT extended wurden insgesamt 2.307 Patienten (mittleres Alter 45 Jahre) nach einem Schlaganfall bei offenem Foramen ovale aufgenommen. Alle Patienten erhielten eine antithrombotische Therapie (Thrombozytenaggregationshemmer und/oder Antikoagulation). Nach Zufallskriterien erfolgte mittels Herzkatheter der Verschluss des Vorhofdefekts mit einem Schirmchen.

Nach einer Beobachtungsdauer von drei, fünf bzw. sechs Jahren waren nach dem Verschluss des Foramen ovale 77, unter alleiniger konservativer Therapie 154 erneute ischämische Schlaganfälle aufgetreten. Das entspricht in den Einzelstudien einer signifikanten Risikoreduktion um 77 %, 97 % und 45 %. Patienten mit großem Shuntvolumen und/oder Septumaneurysma, also hohem Risiko für eine paradoxe Embolie, profitierten deutlich stärker.

Über nennenswerte Komplikationen des Eingriffes wird nicht berichtet, jedoch war in zwei der drei Studien Vorhofflimmern in einer Häufigkeit von 6,6 % bzw. 4,6 % aufgetreten.

Saver JL et al. Long-Term Outcomes of Patent Foramen Ovale Closure or Medical Therapy after Stroke. *N Engl J Med.* 2017;377:1022–1032
Mas JL et al. Patent Foramen Ovale Closure or Anticoagulation vs. Antiplatelets after Stroke. *N Engl J Med.* 2017;377:1011–1021
Sondergaard L et al. Patent Foramen Ovale Closure or Antiplatelet Therapy for Cryptogenic Stroke. *N Engl J Med.* 2017;377:1033–1042

Kommentar

Wenn – bei meist noch jungen – Patienten ein Schlaganfall auftritt und trotz intensiver Suche keine Ursache gefunden wird, spricht man von einem kryptogenen Schlaganfall. Wenn bei der Ursachenforschung ein Vorhofseptumdefekt bzw. ein offenes Foramen ovale gefunden wird, besteht der Verdacht auf eine paradoxe Embolie. Dann bietet sich der Verschluss des Defekts als kausale Therapie an. Doch in drei Studien blieb dieser Eingriff zunächst erfolglos. In einem Editorial sucht A. H. Ropper nach Gründen, warum die erneuten Versuche einen überzeugenden Erfolg verzeichnen. Die Hauptursache ist sicher die gezielte Auswahl von Patienten mit hohem Risiko für paradoxe Embolien, also mit großem Shuntvolumen und septa-

© St. Jude Medical / Abbott

Der PFO-Verschluss konnte in aktuellen Studien das Risiko für Schlaganfallrezidive reduzieren.

lem Aneurysma. Tatsächlich zeigen zwei Studien eine eindeutige Korrelation zwischen diesen Merkmalen und der Schlaganfallprävention. Eine weitere Ursache dürfte die längere Studiendauer sein. Für Unterschiede der Technik, des Verschlussmaterials, der konventionellen Begleittherapie oder anderer Einflussfaktoren gibt es keinen ausreichenden Anhalt.

Prof. Dr. med. Heinrich Holzgreve
Kardiologische Praxis, München

Antikörper: Erstmals Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse nachgewiesen

Eine antiinflammatorische Therapie mit einem monoklonalen Antikörper gegen Interleukin-1 β konnte die Häufigkeit kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt signifikant reduzieren.

Inflammatorische Prozesse haben in der Atherogenese eine entscheidende Bedeutung, beispielsweise bei der Initiierung und beim Wachstum koronarer Plaques. Die prognostisch bedeutsamen antiinflammatorischen Substanzen in der Therapie der koronaren Herzerkrankung wie Acetylsalicylsäure oder Statine entfalten

ihre Wirkung jedoch vornehmlich über eine effektive Plättchenhemmung sowie über die Senkung des LDL-Cholesterins. In der vor fast einer Dekade publizierten JUPITER-Studie konnte gezeigt werden, dass bei kardiovaskulären Risikopatienten mit Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP) eine Rosuvastatin-Therapie zu einer

CRP-Senkung sowie auch zu einer Reduktion kardialer Ereignisse führen kann.

Canakinumab, ein humaner monoklonaler Antikörper gegen Interleukin-1 β , zeigt über die Down-Regulation von Markern der Autoimmunität antiinflammatorische Wirkung und ist beispielsweise in der Therapie der systemischen juvenilen idiopathischen Arthritis zugelassen.

In der aktuell publizierten CANTOS-Studie wurde Canakinumab in den Dosierungen 50 / 150 / 300 mg (alle drei Monate subkutan) bei 10.061 Patienten mit vorangegangenen Myokardinfarkt und erhöhtem CRP-Spiegel (> 2 mg/l) gegen Placebo getestet. Der primäre Endpunkt