

Vielbeachtete Studie zur stark verengten Halsschlagader:: Medikamente können einen Eingriff nicht immer ersetzen

Berlin - Eine neue Studie zur stark verengten Halsschlagader sorgt in der Fachwelt für Aufsehen: Die Hoffnung, die moderne intensive medikamentöse Behandlung allein könnte ausreichen, um drohende Schlaganfälle zuverlässig zu verhindern, hat sich nicht bestätigt. Gleichwohl sind aktuell empfohlene Wirkstoffe und Lebensstilmaßnahmen die Basis jeder Therapie, wie die CREST-2-Studie ebenfalls zeigte. Ob zusätzlich ein Eingriff erfolgen sollte, hängt neben dem Allgemeinzustand vor allem auch von der Zusammensetzung der Ablagerungen („Plaques“) in der Halsschlagader ab. Eine erste Einschätzung der Ablagerungen ermöglicht eine Ultraschalluntersuchung.

Etwa eine Million Menschen in Deutschland lebt mit einer relevant verengten Halsschlagader aufgrund von Gefäßablagerungen. Ist der Gefäßdurchmesser der Carotis um mindestens 70 Prozent verengt, gilt dies als hochgradige Stenose – und als gefährlich. „Aus höhergradigen Ablagerungen können sich Teilchen lösen und im Gehirn zu Gefäßverschlüssen und damit Schlaganfällen führen“, erläutert DGG-Vorstandsmitglied Privatdozentin Dr. med. Barbara Rantner. Aus diesem Grund wird ab einer Verengung von 70 Prozent über einen Stent-Eingriff oder eine Operation zur Ausschälung der Gefäßablagerungen nachgedacht. Ziel ist, das Risiko eines Gefäßverschlusses zu reduzieren.

Nur Medikamente oder Medikamente plus Eingriff?

Doch auch der Eingriff selbst kann Plaque-Bestandteile freisetzen, weshalb die Intervention ebenfalls ein gewisses Schlaganfallrisiko birgt. Gleichzeitig hat sich das medikamentöse Vorgehen so stark verbessert, dass das Schlaganfallrisiko bei Ablagerungen, die noch keine Symptome hervorgerufen haben („asymptomatisch“), erheblich gesunken ist. „Da stellte sich die Frage, ob eine intensive medikamentöse Therapie allein nicht ausreicht oder ob invasive Eingriffe noch einen zusätzlichen Vorteil bringen“, so Rantner. Dies zu klären, war das Anliegen der CREST-2-Studie, die Ende November im [New England Journal of Medicine](#) veröffentlicht wurde.

Hochwertige Studie zu modernsten Therapieverfahren

In die Studie wurden ab dem Jahr 2015 insgesamt 2485 Personen mit einer hochgradigen Stenose von mindestens 70 Prozent eingeschlossen – wobei die Betroffenen noch keine Symptome wie Lähmungen, Sprachstörung oder Schlaganfall entwickelt hatten. „Alle Probanden mit einer solchen asymptomatischen Carotisstenose erhielten eine intensive medikamentöse Therapie, die neben modernsten Medikamenten auch umfangreiche Lebensstilmaßnahmen und ein Coaching einschloss“, erklärt Rantner. Während eine Gruppe ausschließlich mit intensiver medikamentöser Therapie behandelt wurde, erfolgte bei zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten zusätzlich entweder ein Stent-Eingriff oder eine Operation. Vier Jahre wurde beobachtet, wieviele Schlaganfälle und Todesfälle sich in den Behandlungsgruppen ereigneten.

Erhöhte Schlaganfallrate bei rein medikamentöser Behandlung

Ergebnis: In der Gruppe, die rein medikamentös behandelt worden war, stellten sich bei insgesamt 6 Prozent der Teilnehmenden Schlaganfall oder Tod ein. „Diese Rate war höher als erwartet“, sagt die

DGG-Expertin. „Sie zeigt, dass Medikamente einen Eingriff bei asymptomatischer Carotis nicht vollständig ersetzen können.“ In der Gruppe, die zusätzlich ein Stenting erhielt, waren es lediglich 2,8 Prozent – das Risiko für Schlaganfall oder Tod war mehr als halbiert. In der Gruppe der Operierten sank die Zahl der von Schlaganfall und Tod Betroffenen gegenüber der medikamentös behandelten Gruppe um 30 Prozent.

Stenting und Operation sind weiterhin nötig

Der Konsens in der Fachwelt lautet nun: Asymptomatische Patientinnen und Patienten mit einer mindestens 70-prozentigen Stenose sollen bei vertretbarem Risiko und guter Lebenserwartung zusätzlich zu einer intensiven medikamentösen Therapie weiterhin mit Stent oder Operation behandelt werden – abhängig von der Anatomie der Aortenbögen, der Beschaffenheit der Halsgefäße und der Qualität der Ablagerungen.

Gute Ablagerungen, schlechte Ablagerungen

Denn grundsätzlich gilt: Plaque ist nicht gleich Plaque. Ob ein Eingriff erfolgen soll, hängt auch von der Zusammensetzung der Gefäßablagerungen ab. „Es gibt Hochrisiko- und Niedrigrisiko-Plaques“, erläutert die Gefäßexpertin. Weiche, cholesterinhaltige oder eingeblutete Ablagerungen sind gefährlicher als stabile Verkalkungen, weil sie an der Oberfläche aufbrechen und ins Gehirn verschleppt werden können.

Plaques-Beschaffenheit wird Stenose-Grad ablösen

„Bei 70-prozentiger Carotisstenose mit robustem Kalk schätzen wir daher das Schlaganfallrisiko eher niedrig ein“, so Rantner. „Bei 70-prozentiger Stenose mit weichen, eingebluteten Ablagerungen dagegen würde man eher zu einer Intervention raten.“ Die Plaques-Beschaffenheit, davon ist die DGG-Expertin überzeugt, wird den Stenose-Grad langfristig bei der Beurteilung der Halsschlagader ablösen. Der Stenose-Grad bleibe aber weiterhin wichtig, um den Krankheitsverlauf beurteilen zu können.

Plaques-Diagnostik rechtzeitig einleiten

Vor diesem Hintergrund rät die aktuelle AWMF-S3-Leitlinie zur Carotisstenose ab einer Verengung von 60 Prozent zur gefäßmedizinischen Untersuchung der Plaques – in erster Linie per Ultraschall, anschließend gegebenenfalls noch präziser mittels Magnetresonanztomographie oder Computertomographie. „Darauf können Betroffene ihren Arzt oder ihre Ärztin ruhig ansprechen“, meint Rantner, die am Klinikum rechts der Isar tätig ist.

Moderne medikamentöse Therapie ist unerlässlich

Vor allem aber, und das ist eines der wichtigsten Resultate der Studie, ist eine optimale medikamentöse Therapie unerlässlich. „Die gegenwärtige konservative Behandlung ist so effektiv, dass sie auch Komplikationsraten bei den Eingriffen reduziert“, betont Rantner. Insgesamt habe CREST-2 dargelegt, auf welch niedriges Schlaganfallrisiko man trotz Carotisstenose heutzutage mit modernsten Wirkstoffen und Lebensstilmaßnahmen kommen kann.

Quelle:

Thomas G. Brott et al.: Medical Management and Revascularization for Asymptomatic Carotid Stenosis, New England Journal of Medicine, Pages: 219-231. DOI: 10.1056/NEJMoa2508800