

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongreßbericht: 14. European Stroke Conference - ESC

Ferrari J

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2005; 12
(7-8), 197-199*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

14. European Stroke Conference – ESC

25.–28. 5. 2005, Bologna

J. Ferrari

Anläßlich der 14. European Stroke Conference in Bologna fand ein Satellitensymposium mit dem Titel „Stroke Management in Patients with Concomitant Diabetes or Metabolic Syndrom“ statt. **Prof. Gian L. Lenzi** und **Prof. Jaakko Tuomilehto** führten den Vorsitz.

Prof. Philippe (Genf) referierte über epidemiologische Daten und geographische Variationen des Diabetes mellitus (DM) und des Metabolischen Syndroms in bezug auf den Schlaganfall.

Umweltfaktoren sowie genetische und metabolische Parameter führen zur Entwicklung eines Typ-II-Diabetes mellitus. In weiterer Folge kommt es zu einer reduzierten Glukosetoleranz und zu einer stufenweisen Entwicklung eines Metabolischen Syndroms, charakterisiert durch abdominell betonte Adipositas, Insulinresistenz, Dyslipidämie und Hypertonie. Philippe betonte speziell den Unterschied zwischen urbaner und ländlicher Bevölkerung, wobei die Prävalenz des Diabetes außerhalb von Städten mit 5 % gering ist, die in urbanen Gebieten hingegen bei fast 50 % liegt. Auch ein niedriger sozialer Status ist mit einem erhöhten Risiko, metabolische Erkrankungen zu erleiden, assoziiert: Dies einerseits durch ein zu geringes Gesundheitsbewußtsein, andererseits durch mangelnde Bewegung. Philippe erwähnt, daß es derzeit weltweit 150 Mio. Diabetiker gibt, für das Jahr 2025 wird nach Schätzungen eine Anzahl von 300 Mio. erwartet. Weitere Hochrechnungen bezüglich der Schlaganfallinzidenz bei Diabetikern lassen für das Jahr 2025 58 % befürchten, wobei die Manifestation anderer Störungen bei diesen Hochrechnungen nicht in Betracht gezogen wird.

Prof. Lees (Glasgow) beschäftigte sich in seinem Referat mit dem Thema der Hyperglykämie bei Insultpatienten. Aus klinischen Studienpopulationen ist bekannt, daß zwei Drittel der Diabetiker beim Auftreten eines Schlaganfalls hyperglykämisch sind, während auch Nichtdiabetiker mit akutem Insult bei der Aufnahme in 40 % eine Hyperglykämie aufweisen. Weiters betont Lees, daß speziell bei Nichtdiabetikern die Hyperglykämie ein 3fach erhöhtes Mortalitätsrisiko nach einem akuten Insult darstellt. Die Ursache für die erhöhte Mortalität und das verschlechterte Outcome führt er einerseits auf die direkte Toxizität, andererseits auf die Insulinresistenz zurück.

Erwähnenswert ist außerdem das erhöhte Einblutungsrisiko bei Diabetikern, die im Rahmen eines Insults lysiert worden sind (siehe NINDS-Studie). Daß die Prognose entscheidend von einer guten Blutzuckereinstellung abhängt, hat sich in der 2001 im „New England Journal of Medicine“ publizierten Studie von van der Berghe et al. zeigen lassen. Dabei wurde ein kritisch krankes Patientenkollektiv nach Aufnahme mit einem strengen Insulinregime geführt, wobei Blutzuckerwerte zwischen 80 mg% und 120 mg% angestrebt wurden. Unter

dieser Vorgehensweise ließ sich im Vergleich die Mortalität signifikant senken.

Prof. Bogousslavsky (Lausanne) bestätigte in seinem Referat die obigen Ausführungen und betonte zusätzlich die erhöhte Koinzidenz von Diabetes mellitus mit anderen kardiovaskulären Risikofaktoren, wie arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, asymptomatische Karotisstenose und Adipositas. Aus epidemiologischen Daten ist bekannt, daß der Diabetes als unabhängiger Prädiktor das Risiko eines ischämischen Insults um das 2–6fache erhöht. Um so mehr ist die Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Diabetikern in den Vordergrund zu stellen. Im zweiten Teil seines Referates behandelt Prof. Bogousslavsky das Thema „antiaggregatorische Therapie bei Diabetikern in der Schlaganfallprophylaxe“. Er zitierte diesbezüglich große multizentrische Studien, wie z. B. das Primary Prevention Project (open label trial), in denen die Wirksamkeit von niedrig dosierter Acetylsalicylsäure in der Prävention ischämischer Ereignisse bei Hochrisikopatienten getestet wurde. Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Benefit von ASS bei Diabetikern. In der CAPRIE-Studie, in welcher Patienten mit symptomatischer PAVK und/oder nach einem Myokardinfarkt bzw. ischämischem Insult eingeschlossen wurden, zeigte sich ein signifikant positiver Effekt von Clopidogrel bei Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern hinsichtlich der Prävention ischämischer Ereignisse. Weiters wurden Daten der MATCH-Studie (Management of Atherothrombosis with Clopidogrel in High Risk Patients with Recent Transient Ischaemic Attack or Ischaemic Stroke) präsentiert. Im Hochrisikokollektiv für weitere atherothrombotische Ereignisse waren 68 % Diabetiker, wobei jedoch auch bei dieser Subpopulation die Gabe von ASS zusätzlich zu Clopidogrel keinen weiteren Nutzen brachte.

Schließlich behandelte **Prof. Rothwell** (Oxford) in seinem Referat spezifische Probleme bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Metabolischem Syndrom. Er betonte, daß das Basisprinzip der Schlaganfallprävention bei Patienten mit Diabetes oder Metabolischem Syndrom das gleiche ist wie bei jenen Patienten, die diese Syndrome nicht aufweisen. Es gibt Daten, wonach Antihypertensiva sowohl in der Primär-, als auch in der Sekundärprophylaxe des Insultes bei Diabetikern hocheffizient sind, ähnliches gilt für Statine und Thrombozytenaggregationshemmer. Die Unsicherheit im Diabetesmanagement bezieht sich nicht auf die Behandlung der Risikofaktoren selbst, sondern eher auf die Tatsache, ab welchen Grenzwerten eine z. B. antihypertensive Therapie initiiert werden sollte. Die Entscheidung, eine Therapie zu beginnen, sollte eine Balance zwischen dem absoluten Risiko eines ischämischen Insultes ohne Behandlung und dem Behandlungsrisiko selbst darstellen.

Prof. Rothwell stellte die Frage, ob eine aggressivere Präventionstherapie sinnvoll wäre, da 70 % der Mortalität bei Diabe-

tikern auf eine vaskuläre Erkrankung zurückzuführen sind. Er berichtet diesbezüglich über die Daten der rezenten CARDS-Studie (Collaborative Atorvastatin Diabetes Study), in der 2838 Typ-II-Diabetiker ohne eine vaskuläre Erkrankung, aber mit mindestens einem vaskulären Risikofaktor, entweder 10 mg Atorvastatin oder Placebo erhalten haben. Es zeigte sich in der Behandlungsgruppe, daß das Risiko für kardiologische Ereignisse um 36 %, das für den Schlaganfall um 48 % erniedrigt war. Beides waren hochsignifikante Ergebnisse ($p = 0,001$). Auch erwähnte Prof. Rothwell die HOPE-Studie (9297 Hochrisikopatienten, 55 Jahre und älter, täglich 10 mg Ramipril oder Placebo), bei der 38 % Diabetiker waren. Die relative Risikoreduktion für kardiovaskuläre Ereignisse betrug 26 % – ein hochsignifikantes Ergebnis!

Am späteren Nachmittag fand das Satellitensymposium „Optimising Antiplatelet Treatment Strategies in Stroke Prevention“ statt. **Prof. Lawrence Brass** und **Prof. Claudio Cimminiello** führten den Vorsitz.

Prof. Cimminiello (Mailand) berichtete über den aktuellen Wissenstand und klinische Perspektiven zu dem Thema Atherothrombose und Entzündungsparameter.

Die Rolle der Entzündungsparameter in der Pathophysiologie der Atherothrombose hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Es gibt Daten über die Expression von Adhäsionsmolekülen (wie z. B. interzelluläres Adhäsionsmolekül, freies VCAM-1 und freies P-Selektin) durch aktivierte Endothelzellen, die Rolle von proinflammatorischen Zytokinen, Makrophagen und Lymphozyten im Plaque und die Beteiligung der Thrombozyten an der Atherogenese. Die Frage, die sich in dieser Hinsicht stellt, ist die Rolle systemischer Effekte einer einzelnen atherosklerotischen Plaque in einem einzelnen Gefäß. Es dürfte eine systemische Prädisposition für Irregularitäten und spontane Rupturen einer atherosklerotischen Plaque geben, welche wahrscheinlich auf gewisse Entzündungsparameter zurückzuführen ist. So zeigte z. B. eine im Jahr 2000 in „Lancet“ publizierte Arbeit von Rothwell et al. bei einer bestehenden irregulären Plaque ein über 2faches Risiko, auch auf der kontralateralen Seite eine irreguläre Plaque zu entwickeln.

Bezüglich der zirkulierenden Inflammationsparameter, betont Cimminiello, ist alleine das C-reaktive Protein als unabhängiger Faktor mit einem erhöhten Risiko für atherothrombotische Erkrankungen inklusive Insult assoziiert. Hierzu zitiert er eine Arbeit von Di Napoli et al. (Stroke 2001): Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ist bei erhöhten CRP-Werten bei Aufnahme ca. um den Faktor 3, bei erhöhtem CRP bei Entlassung sogar um den Faktor 7 erhöht. Da auch Thrombozyten in der Atherogenese eine Rolle spielen, ist die Thrombozytenaggregationshemmung von großer Bedeutung. Clopidogrel z. B. war signifikant effektiver als ASS in der Prävention vaskulärer Ereignisse, möglicherweise durch die erniedrigten CRP-Werte und die geringere Ausschüttung von freiem P-Selektin und CD40L bei Patienten mit atherothrombotischen Erkrankungen.

Prof. Bhatt (Cleveland) berichtete über das REACH- (REduction of Atherothrombosis for Continued Health-)

Register. Dabei handelt es sich um eine der größten internationalen Erhebungen bei Patienten mit einem Risiko für eine Atherothrombose. Ca. 63.000 Patienten aus über 38 Ländern, die entweder bereits ein ischämisches Ereignis erlitten haben oder mindestens drei atherothrombotische Risikofaktoren aufweisen, werden über einen Zeitraum von zwei Jahren beobachtet.

„Die Atherothrombose ist das gemeinsame Bindeglied zwischen Herzinfarkt, Schlaganfall und peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Die REACH-Erhebung möchte das öffentliche Interesse für diese lebensbedrohliche Erkrankung verstärken und dazu beitragen, die Prävention und Behandlung der Atherothrombose zu verbessern,“ erklärte Professor Bhatt.

Auch er erwähnte die Rolle der Entzündungsparameter und zitierte eine Arbeit aus seiner Gruppe aus dem Jahr 2004, in der sich zeigte, daß bei Patienten mit einer perkutanen Koronarintervention die Vormedikation mit Clopidogrel das CRP periprozedural um 65 % senkt und außerdem als unabhängigen Faktor mit einer Senkung des CRPs in der multivariaten Analyse assoziiert ist.

Prof. Hankey (Perth) faßte die Evidenz der Thrombozytenaggregationshemmer bei Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen zusammen. Beim akuten ischämischen Insult wird durch die Gabe von 160–300 mg ASS täglich innerhalb von 48 Stunden und eine weiterführende Therapie für zwei bis vier Wochen das Risiko eines Re-Insultes um 13 % gesenkt.

Die Langzeitsekundärprophylaxe betreffend präsentiert er folgende Daten: Bei Patienten mit einer vorangegangenen TIA oder einem ischämischen Schlaganfall beträgt bei einer Gabe von 75–150 mg ASS täglich im Vergleich die relative Risikoreduktion eines Re-Insultes 13 %. Dipyridamol reduziert das Risiko eines schweren vaskulären Ereignisses ebenfalls um 13 % im Vergleich zu Kontrollpersonen.

Verglichen zu Aspirin kommt es weder bei einer Kombination mit Dipyridamol noch Tiklopidin zu einer signifikanten Risikoreduktion. Clopidogrel hingegen senkt bei Hochrisikopatienten verglichen mit Aspirin das Risiko eines schweren vaskulären Ereignisses um 8,7 % und ist außerdem mit einem geringeren gastrointestinalen Blutungsrisiko assoziiert.

Die Kombination von ASS und Dipyridamol reduziert das Risiko eines vaskulären Ereignisses um ca. 10 % bei Hochrisikopatienten und um 16 % bei Patienten mit vorangegangener TIA oder ischämischem Insult im Vergleich zu ASS. Die zusätzliche Gabe von ASS zu Clopidogrel (MATCH) ergibt eine nichtsignifikante relative Risikoreduktion eines ischämischen vaskulären Ereignisses um 6,4 %.

Zuletzt sprach **Prof. Hacke** (Heidelberg) über die noch laufende CHARISMA-Studie, eine randomisierte, doppelblinde multizentrische Phase-III-Studie, in der 15.603 Patienten über 45 Jahre von 768 Zentren in 32 Städten eingeschlossen wurden. Mindestens eines der folgenden Kriterien mußte zutreffen: Vorhandensein von zwei schweren oder drei geringen

Risikofaktoren oder einem schweren und zwei geringen Risikofaktoren, dokumentierte zerebrovaskuläre Erkrankung, dokumentierte Koronarerkrankung oder symptomatische PAVK. Ziel ist die Evaluation, ob Clopidogrel im Vergleich zu Placebo bei Hochrisikopatienten mit Standardtherapie inklusive ASS einen größeren Effekt auf die Prävention ischämischer Ereignisse hat.

42,3 % hatten eine KHK, weitere 1,5 % zusätzlich ein zerebrovaskuläres Ereignis und 4,1 % hatten eine PAVK und eine

KHK. Weiter Ergebnisse werden mit Publikation der Studie noch dieses Jahr erwartet.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Julia Ferrari

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Neurologische Abteilung

A-1020 Wien, Große Mohrengasse 9

E-Mail: julia.ferrari@bbwien.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung