

MANUAL Sekundärprophylaxe des Hirninfarktes und TIA

Patienten mit einem Schlaganfall oder transitorisch ischämischer Attacke jeglicher Genese, müssen eine geeignete Sekundärprophylaxe erhalten. Daher ist es wichtig, individuelle Risikofaktoren für eine zerebrale Ischämie zu identifizieren. Die wichtigsten Risikofaktoren stellen das (paroxysmale) Vorhofflimmern und die arterielle Hypertonie dar.

Schlaganfallpatienten (+TIA-Patienten) ohne Vorhofflimmern:

Zerebrale Ischämien ohne Nachweis eines Vorhofflimmerns sind häufig mikroangiopathisch, arterio-arteriell (Plaques im Bereich der A. carotis interna), oder artherothrombotisch bedingt.

Die Sekundärprophylaxe besteht in der Gabe einer einfachen Thrombozytenaggregationshemmung mittels ASS 100mg 1-0-0 (bei Unverträglichkeit Clopidogrel 75mg 1-0-0).

Ein Sonderfall stellt eine sogenannte „High-Risk-TIA“ dar. In diesem Fall wird eine doppelte Plättchenaggregationshemmung für 10-21 Tage empfohlen. Danach sollte eine Monotherapie mit ASS oder Clopidogrel lebenslang fortgesetzt werden. Zur Identifizierung der TIA - Patienten, welche für diese Sekundärprophylaxe geeignet sind, wird der ABCD2-Score herangezogen. Bei Erreichen einer Punktzahl von ≥ 4 Punkten wird die duale Plättchenhemmung für etwa 3 Wochen empfohlen. Außerdem sollte die die duale Plättchenhemmung ebenfalls bei einem sogenannten „Minor-Stroke“ (NIHSS ≤ 3 Punkte) durchgeführt werden.

Risikofaktor	Punkte
Alter ≥ 60 Jahre	1
Blutdruck bei Aufnahme systolisch ≥ 140 mmHg	1
Symptome der TIA <ul style="list-style-type: none"> • Nur Sprachstörung • Einseitige Schwäche mit oder ohne Sprachstörung 	1 2
Dauer der TIA- Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • 10-59 Minuten • ≥ 60 Minuten 	1 2
Diabetes vorhanden	1
Summe	

Schlaganfallpatientin (+TIA-Patienten) mit Vorhofflimmern:

Wird passend zum embolischen Infarktmuster ein Vorhofflimmern detektiert, liegt die Sekundärprophylaxe in der therapeutischen Antikoagulation, wenn keine Kontraindikationen (z.B. fortgeschrittene Demenz, Sturzneigung) bestehen. Mittels der Wahl sind die DOAKs oder Cumarine. Eine zusätzliche Gabe von ASS und Clopidogrel ist nicht indiziert (außer nach frischer Koronarintervention). Der optimale Beginn der Antikoagulation nach TIA und Hirninfarkt ist nicht eindeutig festgelegt. Ein Expertengremium empfiehlt das „1-3-6-12 Schema“. Das Schema legt den Beginn der Antikoagulation bei TIA nach 1 Tag, bei kleinerem Hirninfarkt nach 3 Tagen, bei mittelgroßem Hirninfarkt nach 6 Tagen und bei einem Territorialinfarkt nach 12 Tagen nahe. Die Wirksamkeit kann durch die Bestimmung des Anti-X-a Faktors für das entsprechende DOAK- Präparat überprüft werden. Bei Einstellung auf ein Cumarin ist ein Ziel-INR zwischen 2-3 festgelegt.

Allgemeine Empfehlungen für alle TIA- und Hirninfarkt-Patienten:

- Behandlung mit Statinen, beispielsweise Atorvastatin 40mg/ Simvastatin 40mg 0-0-1 (Ziel-LDL: $\leq 100\text{mg/dl}$)
- Blutdruckeinstellung 120/70 - 140/90mmHg
- Gewichtsreduktion bei Adipositas
- Optimale Einstellung eines Diabetes mellitus
- Nikotinverzicht
- Alkoholkonsum $\leq 40\text{g/d}$
- Regelmäßige sportliche Betätigung

Vorgehen bei Stenose der A.carotis interna

Eine Duplexsonographie ist auch nach erfolgter CT-Angiographie mit Darstellung der extrakraniellen Hirngefäße indiziert. Sollte sich eine hämodynamisch relevante Stenose nach NASCET ergeben, ist eine konsiliarische Vorstellung des Patienten in einer Klinik für Gefäßchirurgie notwendig. Für Patienten mit symptomatischer Karotisstenose ist eine permissive Hypertonie anzustreben, um eine ausreichende Hirnperfusion trotz Gefäßstenose zu ermöglichen. Gegebenenfalls müssen bisher eingenommene Antihypertensiva pausiert werden.

