Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke

Teil 1: Plättchenhemmer, Vorhofflimmern, Hypercholesterinämie und Hypertonie

- ⇨ Kurzfassung Seite 1- 20: https://dgn.org/leitlinie/184 (AWMF-Registernummer: 030/133)

Teil 2: Lebensstil, arterielle Stenosen, andere Antithrombotika-Indikationen, Hormone, Diabetes mellitus, Schlafapnoe: https://dgn.org/leitlinie/184 (AWMF-Registernummer: 030/143)

- ⇨ Kurzfassung „Das wichtigste auf einen Blick“: https://dgn.org/leitlinie/184 (30.04.2024):

Teil 2 der Leitlinie Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke beschäftigt sich mit der Lebensstilmodifikation, der oralen Antikoagulation jenseits des Vorhofflimmerns, der Therapie von Dissektionen der hirnversorgenden Arterien, der Behandlung intrakranieller Gefäßstenosen, der Hormonersatztherapie, dem Diabetes mellitus bei Schlaganfallpatienten und dem obstruktiven Schlafapnoesyndrom.

Lebensstilmodifikation
Regelmäßige körperliche Aktivität, der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse oder eine mediterrane, kardioprotektive Diät reduzieren das Risiko eines Schlaganfallrezidivs und vaskulärer Folgeereignisse. Der Konsum von Fisch kann als Komponente einer mediterranen Diät empfohlen werden, wohingegen für den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln oder die routinemäßige Substitution von Vitaminen keine eindeutige Evidenz besteht. Der Salzkonsum sollte reduziert werden und bei übergewichtigen Patienten sollte durch die Erfassung des BMI ein Bewusstsein für das Körpergewicht geschaffen werden, der Nutzen einer Gewichtsreduktion ist jedoch ungewiss. Das Rauchen sollte vollständig eingestellt und der Alkoholkonsum reduziert werden.

Andere Indikationen für eine orale Antikoagulation (jenseits des Vorhofflimmerns)
Eine Sekundärprävention mit oralen Antikoagulanzien ist bei komplexen Plaques im Aortenbogen, bei Gerinnungsstörungen und bei embolischem Schlaganfall ohne kardiale Embolieqelle nicht wirksamer als eine Thrombozytenfunktionshemmung. Bei Schlaganfällen im Zusammenhang mit einer onkologischen Erkrankung und einer tumorinduzierten Hyperkoagulopathie sowie bei einer Herzinsuffizienz mit einer Ejektionsfraktion < 35 % kann eine OAK anstelle einer Thrombozytenfunktionshemmung erwogen werden.

Dissektionen der hirnversorgenden Arterien
OAK sind in der Behandlung eines ischämischen Insultes infolge einer Dissektion der extrakraniellen Gefäße einer Thrombozytenfunktionshemmung nicht überlegen, können als Einzelfallentscheidung nach pathophysiologischen Erwägungen jedoch eingesetzt werden.

Intrakranielle Stenosen
Bei Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Stenosen sollten die Patienten ASS oder alternativ Clopidogrel erhalten. Bei akut symptomatischen höhergradigen intrakraniellen Stenosen soll eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung (ASS und Clopidogrel) für einen Zeitraum von 3 Monaten erfolgen. Ergänzend sollten langfristig eine aggressive Cholesterinsenkung mit einem LDL-Zielwert < 55 mg/dl und eine Senkung des systolischen Blutdrucks auf < 140 mmHg erfolgen. Die Stentimplantation kann in Einzelfällen erwogen werden, wenn trotz optimierter medikamentöser Therapie rezidivierende Symptome oder Hirninfarkte auftreten. Bei Vorliegen einer symptomatischen 50–99%igen Stenose der extrakraniellen Arteria vertebralis kann eine rekanalisierende Therapie erwogen werden.

Hormonersatztherapie
Für die Mehrzahl der hormonellen Präparationen besteht ein erhöhtes Schlaganfallrisiko, sodass bei Patientinnen nach ischämischem Insult nicht hormonelle Behandlungsalternativen vorgezogen werden sollen.

Diabetes mellitus und ischämischer Schlaganfall
Sofern eine strenge metabolische Kontrolle grundsätzlich indiziert ist, sollte bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall oder TIA und Diabetes mellitus < 65 Jahre ein HbA1c-Zielwert ≤ 7,0 % (6,5 % bis 7 %) und bei Patienten > 65 Jahre ein HbA1c-Zielwert ≤ 7,5 % (6,5–7,5 %) angestrebt werden.
Die Gabe von Pioglitazon kann nach ischämischem Schlaganfall in Erwägung gezogen werden; ein erhöhtes Frakturrisiko muss allerdings beachtet werden. Der Stellenwert von SGLT-2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptor-Agonisten kann in der Sekundärprävention des Schlaganfalls noch nicht ausreichend bewertet werden.

Obstruktives Schlafapnoesyndrom
Bei Vorliegen einer mittel- bis schwergradigen Schlafapnoe sollte eine nächtliche Überdruckbeatmung erfolgen.“