

Hans-Christoph Diener

Schlaganfall: Primär- und Sekundärprävention

Schlaganfälle sind die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für permanente Behinderung. Ziel der Primärprävention ist die Vermeidung von zerebralen Ischämien oder transitorischen ischämischen Attacken (TIAs) bei Patienten ohne bisherige zerebrovaskuläre Erkrankung. Ziel der Sekundärprävention ist es, vaskuläre Ereignisse wie erneuten Schlaganfall, Myokardinfarkt oder vaskulären Tod nach einer TIA oder einem ersten ischämischen Insult zu verhindern.

Die im Folgenden gemachten Angaben beziehen sich weitgehend auf die Leitlinie „Primär- und Sekundärprävention der zerebralen Ischämie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG; Stand 2008 [3]).

Primärprävention Arterielle Hypertonie

Die Behandlung der arteriellen Hypertonie besitzt den höchsten Stellenwert in der Primärprävention des Schlaganfalls. Bereits eine geringe und leicht erreichbare Senkung des systolischen Blutdrucks um 5–6 mmHg führt zu einer 40%igen relativen Risikoreduktion sowohl für zerebrale Ischämien als auch für zerebrale Blutungen. Der Effekt der antihypertensiven Therapie wird für sämtliche Altersklassen – also auch über 80-Jährige – und alle Hypertonieformen – also auch die isolierte systolische Hypertonie – beobachtet.

Als **Minimalziele** gelten

- systolisch < 140 mmHg, diastolisch < 90 mmHg,
- bei Patienten mit Diabetes: < 130 bzw. < 85 mmHg.

Zum Einsatz kommen alle Antihypertensiva. Randomisierte Studien und Metaanalysen weisen allerdings darauf hin, dass Beta- und Alphablocker möglicherweise weniger wirksam sind in der Primärprävention des Schlaganfalls als andere Substanzgruppen. Eine primäre Kombinationstherapie ist der Stufentherapie gleichwertig. Mehr als zwei Drittel

aller Patienten benötigen zur Erreichung des Therapieziels antihypertensive Kombinationstherapien. Diätetische Maßnahmen wie kochsalzarme Kost und eine mediterrane Diät können den Blutdruck ebenfalls effizient senken.

Rauchen

Rauchen erhöht das Schlaganfallrisiko um den Faktor 2–3. Das Einstellen des Rauchens reduziert das Risiko innerhalb von fünf Jahren auf das Niveau von Nichtrauchern. Raucher benötigen zum Erreichen von Nikotinabstinenz professionelle Hilfe, weil es sich um eine Sucht handelt. Zum Einsatz kommen hier pharmazeutische Nikotinzubereitungen, Antidepressiva wie Bupropion und psychotherapeutisch-psychologische Hilfen im Sinne von Gruppentherapie und Verhaltenstherapie.

Fettstoffwechselstörungen

Während das Risiko von ischämischen Insulten mit dem Cholesterinspiegel korreliert, gibt es keinen Zusammenhang zwischen Cholesterinspiegel und zerebralen Blutungen. Statine senken in der Primärprävention sowohl das Risiko ischämischer Schlaganfälle als auch das Risiko von kardialen Ereignissen. Bei Personen mit **≥ 2 vaskulären Risikofaktoren** und einem **LDL-C > 130 mg/dl sollte**, bei **LDL-C über 160 mg/dl muss** ein Statin eingesetzt werden.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist ein relevanter, unabhängiger Risikofaktor für Schlaganfälle. Große Interventionsstudien zeigten aber keine Risikoreduktion für Schlaganfälle durch aggressive antidiabetische Therapie. Die Gefahr mikrovaskulärer Komplikationen lässt sich allerdings durch eine konsequente Blutzuckereinstellung reduzieren. Von besonderer Bedeutung ist die Behandlung einer gleichzeitig bestehenden Hypertonie (siehe oben) mit ACE-Hemmern oder – bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern – AT₁-Blockern. Wichtig ist auch die nicht medikamentöse Therapie mit regelmäßiger sportlicher Betätigung, Gewichtsabnahme und gesunder Ernährung.

Der primärpräventive Effekt einer Blutdrucksenkung

gilt für alle Hochdruckformen und Altersklassen.

Bei Diabetes ist

konsequente Blutdruckkontrolle besonders wichtig.