



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr, 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 51 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Pressetext DGK 04/2012*

## **Welche Faktoren sind beim Karotisstenting mit dem Risiko eines periprozeduralen Minor- versus Major-Schlaganfalls assoziiert? Ergebnisse des deutschen CAS-Registers der ALKK**

**Dr. Stephan Staubach, München**

Das Auftreten eines thrombembolischen Schlaganfalls stellt eine der bedeutendsten und folgenschwersten Komplikation bei der interventionellen Behandlung der extrakraniellen Karotisstenose dar. Hierbei wird zwischen dem Minor-Schlaganfall (persistierendes, nicht behinderndes neurologisches Defizit) und Major-Schlaganfall (persistierendes, behinderndes neurologisches Defizit) hinsichtlich des neurologischen Defizits beispielsweise anhand des RANKIN- oder NIHSS-Score unterschieden. Der Major-Schlaganfall führt somit zu schwerwiegenden neurologischen Ausfällen des Patienten verbunden mit immensen Kosten für das Gesundheitssystem.



Dr. Stephan Staubach

Das deutsche CAS-Register der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V. (ALKK), seit 2011 in GeCAS umbenannt, dokumentiert die Indikationsstellung, die Durchführung, periinterventionelle Komplikationen und den Langzeitverlauf von derzeit 38 teilnehmenden Zentren in Deutschland. Für die vorliegende Analyse wurden 5936 Patienten eingeschlossen. Das mittlere Alter aller Patienten lag bei 71 Jahren, 72 Prozent davon waren männlich, und 51 Prozent hatten eine symptomatische Karotisstenose (neurologische Symptomatik <6 Monate zurückliegend). Eine koronare Herzerkrankung lag bei 65 Prozent der Patienten vor, 34 Prozent waren Diabetiker, 16 Prozent zeigten eine Niereninsuffizienz, jeweils 8 Prozent sind entweder chirurgisch oder

interventionell an der A. carotis interna vorbehandelt worden. Insgesamt erlitten 2,8 Prozent der 5936 Patienten einen Schlaganfall während des stationären Aufenthalts, davon 1,5 Prozent einen Major- und 1,3 Prozent einen Minor-Schlaganfall. Mittels logistischer Regression wurden signifikante multivariable Prädiktoren ermittelt. Patienten, die einen periinterventionellen Schlaganfall (minor oder major) erlitten, zeigten zunächst folgende Merkmale im Vergleich zu Patienten ohne periinterventionelles Ereignis: längere Interventionsdauer, höheres Alter, seltenerer Einsatz von Protektionssystemen. Zusätzlich wiesen Patienten mit einem periinterventionellen Major-Schlaganfall folgende signifikanten Faktoren auf: häufiger Niereninsuffizienz, häufiger symptomatische oder längere Stenose. Patienten mit einem Minor-Schlaganfall hatten dagegen häufiger einen Major-Schlaganfall in der Vorgeschichte.

Die Regressionsanalyse ergab, dass das Alter, die symptomatische Stenose und die Niereninsuffizienz einen unabhängigen Prädiktor für den Major-, das Alter auch für den Minor-Schlaganfall darstellt. Der Einsatz von Protektionssystemen und das weibliche Geschlecht hingegen schützen vor einem periprozeduralen Schlaganfall. Das weibliche Geschlecht hingegen schützt vor einem periprozeduralen Major-Schlaganfall. Ferner war der Major-Schlaganfall signifikant häufiger mit dem intrahospitalen Tod ( $p < 0,05$ ), der intrazerebralen Blutung ( $p < 0,01$ ) und der kontralateralen Hirnembolie ( $p < 0,01$ ) assoziiert.

In dieser Analyse wurden Faktoren ermittelt, die häufiger mit einem periprozeduralen neurologischen Ereignis bei der interventionellen Behandlung der Karotisstenose einhergehen. Die Identifizierung solcher Risikofaktoren kann dabei helfen, die Patienten besser zu selektionieren und die Technik des interventionellen Vorgehens weiter zu verbessern.

### Prädiktoren für einen periinterventionellen Schlaganfall

Variable	Adjustierte Odds Ratio (95%-CI) minor Schlaganfall	Adjustierte Odds Ratio (95%-CI) major Schlaganfall	p-Wert (minor vs major)
Alter [je 10 Jahre]	1,47 (1,05-2,05)	1,55 (1,13-2,13)	0,81
Weiblich	0,60 (0,31-1,14)	0,48 (0,25-0,93)	0,63
Symptomatik	0,79 (0,47-1,35)	3,67 (2,04-6,62)	<0,001
Vorhofflimmern	1,42 (0,69-2,94)	0,86 (0,38-1,94)	0,36
Diabetes	1,65 (0,97-2,78)	1,30 (0,77-2,18)	0,52
Niereninsuffizienz	0,79 (0,32-1,93)	2,17 (1,09-4,33)	0,08
Interventionsdauer [je 10 min]	1,17 (1,08-1,27)	1,23 (1,14-1,32)	0,37
Einsatz von Protektionssystem	0,39 (0,17-0,87)	0,32 (0,15-0,68)	0,75

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit knapp 8000 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter [www.dgk.org](http://www.dgk.org).*