

Gefährliche Engstelle



Ultraschall-Untersuchung – für Risikopatienten einmal jährlich ein Muss.

Rund eine Million Bundesbürger haben eine erhebliche Engstelle in mindestens einer ihrer beiden Halsschlagadern. Welche Risiken sich daraus ergeben und was man dagegen tun kann

Von Werner Stingl

Das menschliche Gehirn wird durch vier Hauptleitungen mit Blut versorgt: Die beiden Halsschlagadern pulsieren entlang der linken und rechten vorderen Halsseite und sind tastbar. Außerdem gibt es die beiden im Vergleich kleineren Wirbelarterien, die links und rechts neben der Wirbelsäule verlaufen. Auch diese hirnversorgenden Gefäße können sich durch arteriosklerotische Fett- und Kalkablagerungen verengen.

Bevorzugter Ort eines solchen Geschehens ist die Gabelung unterhalb des Unterkeifers, an der sich die Halsschlagader in einen das Gehirn versorgenden inneren und einen die Weichteile des Kopfes versorgenden äußeren Ast teilt. Der Gefäßwandstress durch dort waltende Strömungswirbel begünstigt lokale arteriosklerotische Prozesse.

Mit dem Alter zunehmend

In Deutschland liegt Schätzungen zufolge bei über einer Million Menschen eine um mehr als die Hälfte ihres Durchmessers verengte Halsschlagader (Karotisstenose) vor. Die Wahrscheinlichkeit für eine Stenose wächst mit dem Alter und betrifft laut Literatur acht bis 15 Prozent der über 75-Jährigen; Männer öfter als Frauen.

Bei den meisten Patienten ist eine Halsschlagaderverengung symptomlos. Diagnostiziert und behandelt werden sollten Betroffene dennoch. Denn bei etwa 30 000 der rund 270 000 Schlaganfälle, die sich jährlich in Deutschland ereignen, startet das Unheil in einer verengten Halsschlagader.

Zudem ist eine Karotisstenose oft ein Hinweis, dass auch an anderen, weniger einfach einsehbaren Körperstellen, wie insbesondere in den Herzkranzgefäßen, bereits kritische Gefäßverkalkungen bestehen.

Einmal jährlich zum Ultraschall

Geübte Untersucher können eine Engstelle in der Halsschlagader mit modernen, speziellen Ultraschallgeräten (Duplexsonographie) sicher nachweisen und ihr Ausmaß bestimmen. Die Untersuchung, bei der der Schallkopf entlang des Halses geführt wird, dauert nur wenige Minuten, ist völlig schmerzlos und verursacht keinerlei Strahlenbelastung.

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) empfiehlt eine jährliche Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern ab

dem 65. Lebensjahr, wenn zusätzlich zum Alter weitere Risikofaktoren für eine Verengung vorliegen: verschiedene Herz- und Gefäßkrankheiten wie insbesondere koronare Herzkrankheit oder periphere arterielle Verschlusskrankheit („Raucherbein“), Diabetes, Rauchen, deutlich erhöhte Blutwertwerte und Bluthochdruck.

Asymptomatische Verengung

Selbst eine ausgeprägte Verengung einer Halsschlagader fällt oft lange Zeit nicht auf. Denn die anderen hirnversorgenden Gefäße können den einseitig verminderten Zustrom ausgleichen, hat Privatdozent Dr. Farzin Adili, Chefarzt der Klinik für Gefäßmedizin am Klinikum Darmstadt, auf einer Ende Oktober stattgefundenen Online-Presskonferenz zur Coronabedingt virtuellen Jahrestagung der DGG erklärt. Man spricht dann von einer asymptomatischen Karotisstenose.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine um mehr als die Hälfte verengte aber asymptomatische Karotisstenose innerhalb eines Jahres zu einem Schlaganfall führt, liegt unterschiedlichen Literaturangaben zufolge bei etwa einem bis zwei Prozent. Das jährliche Schlaganfallrisiko steigt jedoch auf 15 bis 20 Prozent, wenn eine symptomatische Halsschlagaderverengung vorliegt.

Symptomatische Karotisstenose

Als symptomatisch wird eine Halsschlagaderverengung bezeichnet, wenn sie schon einmal zu einem Schlaganfall oder einer flüchtigen Durchblutungsstörung des Gehirns, einer sogenannten transitorischen ischämischen Attacke (TIA), geführt hat. Beide Ereignisse haben einen gleichen Ursprung. An der Oberfläche der einengenden Halsschlagaderablagerungen bildet sich ein Blutgerinnsel (Thrombus), das sich abblöst, vom Blutstrom ins Gehirn geschwemmt wird und dort ein Blutgefäß verstopft. Je nachdem wie massiv und vor allem auch wie lange in der Folge ein Hirnareal unterversorgt bleibt, resultiert daraus ein Schlaganfall mit anhaltenden Ausfällen oder „nur“ eine TIA mit vorübergehender Symptomatik. Denn gerade bei kleineren Gerinnseln schaffen es körpereigene Lysemechanismen oft, diese wieder aufzulösen, bevor ein manifester Schaden entsteht.

Schlaganfall-Vorböten

TIA-Symptome, die meist nur ein paar Minuten bis wenige Stunden anhalten, können etwa folgende sein: Passagere-typischerweise einseitige – Lähmungserscheinungen, Schwächegefühle oder Missempfindungen der Gliedmaßen, plötzliche Sprachschluck-, Hör- oder Mimikstörungen, einseitige Gesichtsfeldausfälle oder Doppelbilder,

München-Medizin



kurzzeitige Ohnmachten, Schwindelattacken.

Besonders wenn TIA-Symptome nur von sehr kurzer Dauer sind, werden sie von den Betroffenen oft auf die leichte Schulter genommen. Zu Unrecht; denn Menschen mit einer verengten Halsschlagader, die bereits eine TIA hatten, neigen ebenso wie solche, die schon einen Schlaganfall erlitten haben, dazu, dass sich das Ereignis in oft schlimmerer Form wiederholt.

Wie bei einem richtigen Schlaganfall sollten auch Menschen mit TIA-Verdacht sofort den Notarzt anfordern. Denn oft ist unklar, ob es sich noch um eine TIA oder schon einen Schlaganfall handelt. Und dann zählt bekanntlich jede Minute, um den Schaden zu begrenzen („Time is brain“).

Aktuelle Leitlinie mit Münchner Beteiligung

Im Februar 2020 wurde die neu überarbeitete aktuelle AWMF-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracranialen Carotisstenose“ veröffentlicht. AWMF steht für „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“, in der insgesamt über 180 Institutionen gelistet sind. An der aktuellen Leitlinie zur Karotisstenose haben Vertreter von 21 Fachgesellschaften aus Medizin, Physiotherapie und Pflege mitgewirkt. Aus München war unter anderem Professor Hans-Henning Eckstein, Direktor der Abteilung für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie am TU-Klinikum rechts der Isar, maßgeblich beteiligt.

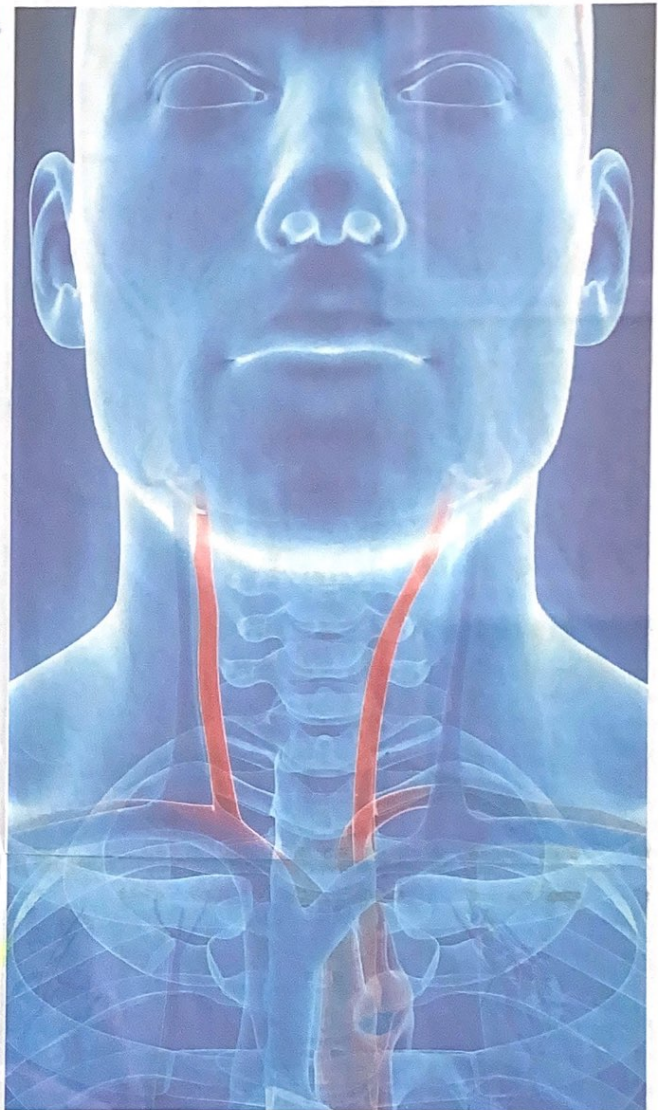
Gesunder Lebensstil

Für einen gesunden Lebensstil ist es nie zu früh und selten zu spät. Spürt eine Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader eine auffällige Verengung auf, gilt es, eine weitere Zunahme der Engstelle zu verhindern und das gesamte arteriosklerotische Risikoprofil zu verbessern. Dazu werden in der aktuellen AWMF-Leitlinie an erster Stelle die gleichen Allgemeinmaßnahmen angeraten, die auch aus zahlreichen anderen Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung bekannt sind:

- Rauchstopp oder noch besser: Mit dem Rauchen gar nicht erst anfangen
- Eine gesunde, ausgewogene Ernährung mit viel frischem Gemüse und Obst
- Möglichst viel körperliche Bewegung
- Normalgewicht anstreben und halten
- Liegt ein Diabetes oder ein Bluthochdruck vor, sind diese Störungen entsprechend ihrer Leitlinien bestmöglich zu behandeln.

Medikamentöse Behandlung

Zusätzlich zu den vorgenannten Allgemeinmaßnahmen wird allen Patienten ab einem Halsschlagader-Stenosegrad von 50 Prozent die dauerhafte Einnahme von täglich 100 mg des Aspirin-Wirkstoffes Acetylsalicylsäure (ASS) empfo-



Das sind sie, die beiden Halsschlagadern, die große gesundheitliche Probleme bereiten können. Fotos: iimgo

len, sofern dem keine individuellen Besonderheiten wie eine erhöhte Blutungsneigung entgegenstehen.

ASS hemmt die Zusammenballung von Blutplättchen zu einem Blutgerinnsel (Thrombus). Zweite Säule der medikamentösen Strategie ist, mit einem ausreichend hoch dosierten Statin den LDL-Cholesterin-Spiegel im Blut deutlich zu senken. Damit sollen weitere Ablagerungen mit Zunahme der Engstelle verhindert und die bestehenden Ablagerungen gerinnshemmend stabilisiert werden.

Der Einsatz von ASS und Statinen bei Patienten mit Karotisstenose dient nicht nur der Prävention, sondern soll mehr noch dem auch erhöhten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko dieser Patientengruppe entgegenwirken.

Operationsverfahren

Medikamente können Engstellen in der Halsschlagader nicht rückgängig machen. Dazu bedarf es einer Operation, bei der die Arterie durch einen kleinen Halsschnitt freigelegt und geöffnet wird, um die Ablagerungen hoch präzise heraus zu schälen. Alternativ kann durch die Leiste ein Ballonkatheter bis zur Engstelle geschoben werden um sie aufzudehnen und eine Gefäßstütze (Stent)

zu implantieren. Beide Verfahren haben sich bewährt, die Prognose von Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko, also insbesondere von solchen mit symptomatischer Karotisstenose, deutlich stärker zu verbessern als das Medikament allein vermag. Sie beinhalten allerdings ein zwar geringes aber nicht völlig auszuschließendes Risiko, selbst einen Schlaganfall auszulösen.

Individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung

Wenn bei Patienten mit Karotisstenose die Engstelle operativ beziehungsweise interventionell angegangen werden sollte, darüber streiten die Gelehrten. Weitgehende Einigkeit herrscht, und das bestätigt auch ein Blick in die neue Leitlinie, bei asymptomatischen Patienten mit einem Stenosegrad von bis zu 60 Prozent von einem Eingriff abzusehen, zumal die Studienlage hier einen Profit vermeint.

Dagegen sollte bei Patienten, die bereits symptomatisch geworden sind, die also schon einen Schlaganfall oder TIAs gehabt haben, die Engstelle möglichst zeitnah zu einem solchen Ereignis beseitigt werden. Keine so eindeutige Antwort kann jedoch den vielen Patienten gegeben werden, deren Hals-

schlagaderlumen zwar um mehr als 60 Prozent eingengt ist, die bislang aber keinerlei Anzeichen einer Hirndurchblutungsstörung gezeigt haben.

Während die einen bemängeln, dass hier Chirurgiemesser oder Ballonkatheter zu locker sitzen, bedauern andere, präventive Chancen zu verpassen, wenn man bis zu einem ersten warnenden Ereignis abwartet.

Gerade die vielen fraglichen Fälle unterstreichen eine auch in den aktuellen Leitlinien bekräftigte Forderung: Die Entscheidung zu einer invasiven Vorgehensweise muss unter Abwägung aller individuellen Pro und Kontra im Rahmen einer interdisziplinären Spezialkonferenz für Karotisarterienkrankungen getroffen werden.

Patienten sollten sich versichern lassen, dass diese Forderung für ihren Fall gewährleistet ist. Und auch Fragen sind legitim, inwieweit der zur Diskussion stehende Eingriff in der ansivierten Klinik zur Routine zählt und wie hoch dort die perioperative Komplikationsrate ist.

Bei Zweifeln sollte man sich nicht scheuen, eine zweite Meinung an anderer Stelle einzuholen. Die dazu erforderliche Zeit dürfte man bei den meisten asymptomatischen Stenosen haben.