

Schlaganfälle

10 beeinflussbare Faktoren machen 90% des Risikos aus – weltweit

In Phase 1 hatte die große internationale Fall-Kontroll-Studie INTERSTROKE bereits festgestellt, dass 10 vermeidbare Einflussfaktoren 90% des bevölkerungsbezogenen Schlaganfallrisikos ausmachen. Nun wurde das Projekt nochmal erweitert – auf fast 27 000 Teilnehmer in 32 Ländern. Groß genug, um regionale Unterschiede auszumachen.

Zwischen 2007 und 2015 rekrutierte das Team 10 338 Patienten mit ischämischem Schlaganfall, 3059 mit zerebraler Blutung und 13 472 Kontrollpatienten. Als wichtigste Faktoren mit Einfluss auf das Schlaganfall-Risiko erwiesen sich:

- ▶ arterieller Hypertonus (OR 2,98; PAR 47,9%; OR: Odds Ratio, PAR: population attributable risk)
- ▶ regelmäßige sportliche Aktivität (0,60; 35,8%)
- ▶ Apolipoprotein(APO)B / ApoA1-Ratio (1,84; 26,8%)
- ▶ gesunde Ernährung (0,60; 23,2%)
- ▶ Taille-Hüft-Verhältnis (1,44; 18,6%)
- ▶ psychosoziale Faktoren (2,20; 17,4%)
- ▶ Rauchen (1,67; 12,4%)
- ▶ kardiale Ursachen (3,17; 9,1%)
- ▶ Alkoholkonsum (2,09; 5,8%)
- ▶ Diabetes mellitus (1,16; 3,9%)

Zusammen machten diese Faktoren 90,7% des PAR für alle Schlaganfälle weltweit aus (91,5% für ischämische Schlaganfälle, 87,1% für zerebrale Blutungen). Das war auch über die verschiedenen Regionen und Bevölkerungsgruppen weitgehend konstant:

- ▶ 82,7% in Afrika bis 97,4% in Südostasien
- ▶ 90,6% bei Männern und Frauen
- ▶ 92,2% bei Patienten bis 55 Jahre
- ▶ 90,0% bei Patienten über 55 Jahren

Es gab allerdings kleine Unterschiede bei der Bedeutung der einzelnen Risikofaktoren in ihrem regionalen Vorkommen. Insgesamt zeigten sich aber mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Hypertonie ist und bleibt der wichtigste Risikofaktor – mit einer PAR (je nach Region) zwischen 38,8 und 59,6%. 7 der 10 Faktoren waren für beide Schlaganfall-Formen ähnlich bedeutsam. Ein zu hoher Blutdruck war der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für beide, besonders aber für zerebrale Blutungen, während Rauchen, Diabetes und Apolipoproteine praktisch nur für ischämische Schlaganfälle bedeutsam waren. Ein Mix aus globalen und regionsspezifischen Präventionsprogrammen scheint den Autoren deshalb am bes-

ten geeignet, die Zahl der Schlaganfälle zu senken.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg
DOI 10.1055/s-0042-119021
O'Donnell et al. *Global and regional*
Lancet 2016; 388: 761–775

Kommentar aus der Praxis



Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Der Schlaganfall hat weltweit das akute Koronarsyndrom als häufigste Todesursache abgelöst. Die INTERSTROKE-Studie sammelte nun erstmals umfangreiche Daten zum Schlaganfallrisiko in Ländern mit mittlerem Einkommen und in Entwicklungsländern. Bezogen auf eine Bevölkerung wie in Deutschland, müssen in der Prävention die Schwerpunkte natürlich auf Risikofaktoren gelegt werden, die besonders häufig und einer Behandlung gut zugänglich sind. Der wichtigste Risikofaktor sowohl für zerebrale Ischämien als auch für Blutungen ist die arterielle Hypertonie.

Die INTERSTROKE beantwortet allerdings für eine Reihe von Risikofaktoren nicht, ob eine konsequente Therapie des entsprechenden Risikofaktors tatsächlich das Schlaganfallrisiko reduziert. Hier gibt es bisher weitestgehend nur epidemiologische Daten. Die bisher durchgeführten randomisierten Studien zur Therapieoptimierung des Diabetes mellitus haben beispielsweise keine Reduktion der Schlaganfallhäufigkeit ergeben. Für Länder mit hohem Einkommen sind Kosten-Nutzen-Analysen zur Behandlung von Risikofaktoren wahr-

scheinlich weitestgehend positiv. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass eine Behandlung der hier gefundenen Risikofaktoren nicht nur Schlaganfälle verhindert, sondern auch Herzinfarkte und die Herzinsuffizienz. Weiterhin gibt es in den letzten Jahren zunehmend Daten, dass eine konsequente Behandlung vaskulärer Risikofaktoren auch das Risiko für eine Demenz bzw. die Progression von kognitiven Störungen positiv beeinflusst. Die schwierigste Aufgabe für ein Gesundheitssystem wie in Deutschland ist es, die hier gewonnenen Erkenntnisse in die Primär- und Sekundär-Prävention einfließen zu lassen. Die meisten Hausärzte und Internisten engagieren sich sehr wohl in der Identifizierung und Behandlung von vaskulären Risikofaktoren. Das Hauptproblem ist die Einsichtsfähigkeit und Adhärenz der Patienten. Dies betrifft insbesondere Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum, falsche Ernährung mit Übergewicht und fehlende körperliche Aktivität. Bei allem guten Willen zur Prävention des Schlaganfalls sollte auch nicht übersehen werden, dass bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung eine gute Prävention ganz überwiegend das Alter bis zum Eintreten des ersten Schlaganfalls erhöht, aber nicht notwendigerweise die Gesamtzahl der Ereignisse reduziert.

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener
Professor für Klinische Neurowissenschaften
Universitätsklinikum Duisburg-Essen

Die Interessenkonflikte finden Sie in der Onlineversion