

Akute zerebrale Ischämie: Lysetherapie in „Goldener Stunde“?

Acute Cerebral Ischemia: Thrombolysis in „Golden Hour“?

Die Behandlung des akuten ischämischen Schlaganfalls mit einer intravenösen Lyse war zuletzt im August 2013 Thema eines DEGAM-Benefits. Damals lautete die **Quintessenz**:

„Bis heute scheint die Schlussfolgerung eines Cochrane-Reviews aus dem Jahr 2009 unverändert gültig: Die Thrombolyse kann bei ausgewählten Patienten mit akuter zerebraler Ischämie zwar Abhängigkeit vermindern, aber auf Kosten eines erhöhten Blutungsrisikos. Welche Personen von der Behandlung besonders profitieren und welche vor der Therapie geschützt werden müssen, ist bis heute unklar; Einflussfaktoren auf Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen sind noch nicht ausreichend erforscht ...“

Jetzt erscheint in einer prominenten amerikanischen Zeitschrift ein Artikel mit der vielversprechenden Überschrift „*Effects of Golden Hour Thrombolysis*“. In dieser prospektiven (Sub)Studie geht es um den Zeitraum der höchsten Wirksamkeit dieser Behandlung, nämlich die ersten 60 Minuten seit Beginn der Symptomatik – genannt die „goldene Stunde“.

Die Autoren der Arbeit, Neurologen aus Berlin, statteten ein Notfall-einsatzfahrzeug so aus, dass Patienten mit akuter zerebraler Ischämie sofort (und nicht erst nach Ankunft im Krankenhaus) lysiert werden konnten. Den Wagen nannten sie **STEMO** (*stroke emergency mobile unit*). Verglichen wurden die Wochen, in denen

STEMO im Einsatz war mit den Wochen, in denen er absichtlich nicht zur Verfügung stand.

Von insgesamt 6.182 konsekutiven, erwachsenen Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall wurden

- 200 mit STEMO transportiert und lysiert sowie 330 auf dem üblichen Weg in die Klinik gebracht.
- Von den 200 STEMO-Patienten wurden 62 innerhalb von 60 Minuten lysiert, von den 330 anderen Patienten 16. Damit lag die Lyserate innerhalb der goldenen Stunde für STEMO-Patienten sechs Mal höher als für Nicht-STEMO-Patienten.
- Die 7- bzw. 90-Tage-Mortalität war für frühzeitig Behandelte nicht signifikant höher als für die Spätlysierten; die Entlassungsrate nach Hause hingegen lag höher.

Die vielen Zahlen in der Veröffentlichung sind, offen gestanden, nur schwer verdaulich und die Ergebnisse bestenfalls vorläufig. Ob der Goldene-Stunde-NAW praktikabel und bezahlbar ist und die Prognose von Insultpatienten relevant ändern kann, ist mit diesen Daten (noch) nicht zu beantworten. An der Quintessenz vom August 2013 hat sich für mich nichts geändert.

Elbinger M, Kunz A, Wendt M, et al. Effects of golden hour thrombolysis – a prehospital acute neurological treatment and optimization of medical care in stroke (PHANTOM-S) Substudy. *JAMA Neurol* 2015; 72: 25–30



Foto: fotolia/i-picture

Frauen mit Niedrigrisiko-Schwangerschaft: Hebammengeburt bessere Wahl als Geburtskliniken

Women with Low-Risk Births: Midwife Delivery Better Choice than Obstetric Clinics



Foto: fotolia/freepoplea

In England und Wales gebären jährlich rund 700.000 Frauen, 40 % davon ihr erstes Kind. Die meisten Schwangeren sind gesund und haben eine unkomplizierte Schwangerschaft. 90 % der Frauen entbinden nach 37 Wochen ein Kind in Schädellage.

Für diese Population sind – nach Einschätzung des britischen *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) – von Hebammen (zu Hause oder in

entsprechenden Einheiten) geleitete Geburten die bessere Wahl als Geburtskliniken.

Die Unterschiede in der Rate an Kaiserschnitten, Episiotomien oder Instrumenteneinsatz sind eindrucksvoll.

Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE guidelines [CG190]. Frei unter www.nicfreepeoplea.org.uk/guidance/CG190