



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society**

Achenbachstraße 43
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013*

Carotisstenting im klinischen Alltag: Erste Ergebnisse des multi-disziplinären GECAS-Registers

Dr. Nicolas Werner, et al., Ludwigshafen

Einleitung:

Hochgradige Carotisstenosen gelten als einer der Hauptrisikofaktoren für cerebrale Ischämien und sind für ca. 20% aller Schlaganfälle verantwortlich. Trotz der Ergebnisse mehrerer randomisierter Studien (RCTs) zum Vergleich der Carotis-Endarterektomie (CEA) und dem Carotisstenten (CAS) ist die effektivste und sicherste Therapie von symptomatischen und asymptomatischen Carotisstenosen bis heute nicht zweifelsfrei geklärt und weiterhin Gegenstand lebhafter wissenschaftlicher Diskussion. Aktuelle Leitlinien empfehlen die CAS als eine vergleichbare Alternative zur CEA, wenn diese von erfahrenen Interventionalisten bei symptomatischen Carotisstenosen mit einer Stenosierung der Gesamtlumens von > 70% durchgeführt wird (Klasse 1B-Empfehlung) (1, 2). Der Nutzen des CAS von asymptomatischen Carotisstenosen (> 70%) ist verglichen mit der CEA bzw. einer bestmöglichen medikamentösen Monotherapie derzeit noch unklar und Bestandteil aktuell laufender Studien (SPACE-2-Studie). Bei asymptomatischen Patienten mit hochgradigen Carotisstenosen empfiehlt die Leitlinie zur Zeit eine genaue Analyse der individuellen Patientensituation (Komorbiditäten, Lebenserwartung, individuelle Risikofaktoren des Patienten) vor Durchführung einer CAS-Prozedur (Klasse 1C-Empfehlung) (1, 2).

Insbesondere bei Therapieverfahren wie dem CAS, dessen Nutzen und Risiko bei unterschiedlichen Indikationen bisher nicht vollständig geklärt werden konnte, sind multizentrische, klinische Register von großer Relevanz um Aussagen über die aktuelle Versorgungsrealität und das Outcome der behandelten Patienten zu treffen. In Ergänzung stellen sie eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung dar (benchmarking zwischen Kliniken) und können insbesondere wichtige Informationen über den Langzeitverlauf behandelter Patienten liefern (follow up). Insgesamt gibt es nur wenige aktuelle Daten zu Indikationen, Interventionscharakteristika und dem Outcome von Patienten nach CAS im klinischen Alltag.

Methoden:

Wir analysierten daher aktuelle Daten des prospektiven, multizentrischen GECAS-Registers, das seit 01/2011 besteht und ein Zusammenschluss des CAS-Registers der ALKK (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte) und des PRO-CAS-Registers der BAQ (Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung)



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society

Achenbachstraße 43
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013*

darstellt. Aus beiden Registern wurden bereits zahlreiche Analysen durchgeführt und publiziert (3-13). Für künftige Analysen werden neue Daten des Registers mit dem Gesamtdatenbestand der Studie aus den vorherigen Registern in Beziehung gesetzt und jedem Zentrum im Abstand von 6 Monaten mitgeteilt. Das Register ist eine sogenannte „all-comers“-Studie, in die konsekutiv alle Patienten der teilnehmenden Zentren eingeschlossen werden, die relevante Carotisstenosen (>70%) aufweisen und für eine CAS-Prozedur vorgesehen sind. Die Teilnahme am GECAS-Register ist frei wählbar und steht allen universitären wie nicht-universitären Kliniken, sowie allen Fachrichtungen (Kardiologen, Angiologen, Radiologen, Gefäßchirurgen, ...) offen (bei Interesse wenden Sie sich bitte an Dr. Matthias Hochadel, Institut für Herzinfarktforschung, email: Hochadel@herzinfarktforschung.de). Zusätzlich zur statistischen Auswertung der Gesamtdaten wurden in der vorliegenden Arbeit symptomatische und asymptomatische Carotisstenosen getrennt voneinander betrachtet.

Resultate:

Im Zeitraum von 1/2011 bis 10/2012 wurden 1188 CAS-Prozeduren an 1128 Patienten an 51 Kliniken durchgeführt und im Register erfasst. Im Jahr 2011 betrug die mittlere Einschussrate pro Klinik 22,1 Patienten (Spannbreite 1-155/Jahr). Das mittlere Alter der Patienten betrug 70,7±8,8 Jahre, 73,7% der Patienten waren Männer. Eine symptomatische Carotisstenose lag bei 25,4% der Patienten vor und ein Protektionssystem wurde bei 92,3% verwendet. Die mittlere Zeitdauer der Intervention betrug 40,7±22,2 Minuten und ein Stent wurde bei 98,2% der CAS Prozeduren implantiert. Der kombinierte Endpunkt „intrahospitaler Tod oder stroke“ trat bei 2,3% der CAS-behandelten Patienten auf, einen Schlaganfall entwickelten insgesamt 1,9% der CAS-Patienten.

	Symptomatisch n=279	Asymptomatisch n=820	p-Wert
Alter (Jahre,Median)	73	72	ns
Männer	72,8%	74%	ns
<i>Intrahospitale Ereignisse</i>			
Minor stroke	1,4%	1,4%	ns
Major stroke	0,4%	0,4%	ns
Myokardinfarkt	0%	0,2%	ns
Tod	0,7%	1%	ns
Tod oder stroke	2,2%	2,5%	ns

ns = nicht signifikant



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society

Achenbachstraße 43
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013

Zusammenfassung:

Im aktuellen klinischen Alltag des CAS werden $\frac{3}{4}$ der Interventionen bei asymptomatischen Stenosen durchgeführt. Die klinische Ereignisrate für Tod oder Schlaganfall ist niedrig und unterscheidet sich nicht signifikant zwischen symptomatischen und asymptomatischen Patienten. Die vorliegenden, aktuellen Daten untermauern die Sicherheit des CAS bei Anwendung der Methode im klinischen Alltag

LITERATURVERZEICHNIS:

1. Brott TG, Halperin JL, Abbara S et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery Developed in Collaboration With the American Academy of Neurology and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol*. 2011 Feb 22;57:e16-94.
2. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2011 Jan;42:227-276.
3. Staubach S, Hein-Rothweiler R, Hochadel M et al. The role of endovascular expertise in carotid artery stenting: results from the ALKK-CAS-Registry in 5,535 patients. *Clin Res Cardiol*. 2012 Nov;101:929-937.
4. Theiss W, Hermanek P, Mathias K et al. Pro-CAS: a prospective registry of carotid angioplasty and stenting. *Stroke*. 2004 Sep;35:2134-2139.
5. Theiss W, Hermanek P, Mathias K et al. Predictors of death and stroke after carotid angioplasty and stenting: a subgroup analysis of the Pro-CAS data. *Stroke*. 2008 Aug;39:2325-2330.
6. Werner N, Zeymer U, Mark B et al. Carotid artery stenting in clinical practice: does sex matter? Results from the carotid artery stenting registry of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK). *Clin Cardiol*. 2012 Feb;35:111-118.
7. Zahn R, Mark B, Niedermaier N et al. Embolic protection devices for carotid artery stenting: better results than stenting without protection? *Eur Heart J*. 2004 Sep;25:1550-1558.
8. Zahn R, Ischinger T, Mark B et al. Embolic protection devices for carotid artery stenting: is there a difference between filter and distal occlusive devices? *J Am Coll Cardiol*. 2005 Jun 7;45:1769-1774.



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society**

Achenbachstraße 43
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013

9. Zahn R, Roth E, Ischinger T et al. Carotid artery stenting in clinical practice results from the Carotid Artery Stenting (CAS)-registry of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK). *Z Kardiol.* 2005 Mar;94:163-172.
10. Zahn R, Ischinger T, Hochadel M et al. Carotid artery stenting in octogenarians: results from the ALKK Carotid Artery Stent (CAS) Registry. *Eur Heart J.* 2007 Feb;28:370-375.
11. Zahn R, Ischinger T, Hochadel M et al. Glycoprotein IIb/IIIa antagonists during carotid artery stenting: results from the carotid artery stenting (CAS) registry of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK). *Clin Res Cardiol.* 2007 Oct;96:730-737.
12. Zahn R, Ischinger T, Hochadel M et al. Carotid artery stenting: do procedural complications relate to the side intervened upon?: results from the Carotid Artery Stent (CAS)-Registry of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK). *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009 Jul 1;74:1-8.
13. Zahn R, Ischinger T, Zeymer U et al. Carotid artery interventions for restenosis after prior stenting: is it different from interventions of de novo lesions? Results from the carotid artery stent (CAS)--registry of the Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK). *Clin Res Cardiol.* 2010 Dec;99:809-815.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 8200 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter www.dgk.org