W. Reith

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie,
 Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Neues aus der Schlaganfall-diagnostik und -therapie

Liebe Leserinnen und Leser,

zerebrovaskuläre Erkrankungen treten in epidemiologischen Untersuchungen deutlich häufiger auf als kardiovaskuläre (Rothwell et al., Lancet 2005). Weiterhin muss aufgrund der Altersverteilung zerebrovaskulärer Erkrankungen durch das steigende Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung mit einer deutlichen Zunahme von Schlaganfällen gerechnet werden. Die Entwicklung innovativer Therapiemöglichkeiten, z. B.

- ein erweitertes Einsatzspektrum der Thrombolytika bzgl. Zeitfenster, Alter der Patienten und Infarktmorphologie,
- endovaskuläre Thrombektomien (mechanische Rekanalisierungen),
- intrakranielles Stenting

verlangen immer mehr spezialisierte Expertisen, sodass immer weniger Krankenhäuser ohne Einbindung in ein entsprechendes Schlaganfallnetzwerk diese breiter werdenden Anforderungsprofile anbieten bzw. erfüllen können.

Die Aufmerksamkeit der Patienten für die Initialsymptome eines Schlaganfalls sollte durch verbesserte Öffentlichkeitsarbeit erhöht werden. Die Einweisung in spezialisierte Krankenhäuser mit entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten sollte möglichst flächendeckend vorhanden sein.

Die derzeitigen Therapieoptionen zur Akutbehandlung des Schlaganfalls verlangen bei jedem Verdacht auf ein akutes neurovaskuläres Ereignis („brain attack“: TIA, Hirninfarkt, intrakranielle Blutung) eine schnellstmögliche qualifizierte Primäruntersuchung, eine bildge-

bende Diagnostik des Gehirns innerhalb von 60 min nach Eintreffen in der Klinik und eine dopplersonographische sowie kardiologische Untersuchung. Therapeutische Optionen, wie systemische Thrombolyse, frühe Thrombarteriektomie, mechanische Rekanalisierung oder frühe Stentung der Karotis bzw. frühe interventionelle Ausschaltung von Aneurysmen, sind daran gebunden, dass neben der Bildgebung rund um die Uhr v. a. eine fachspezifische neurologische, neuroradiologische und neurochirurgische Kompetenz zur Verfügung steht.

In der Bildgebung ist die MRT der kranialen Computertomographie (CCT) zum Nachweis akuter zerebraler Ischämien überlegen und weist sowohl akute als auch chronische Blutungen mit gleicher bzw. größerer Zuverlässigkeit nach. Die MRT sollte daher als primäres bildgebendes Verfahren zur Evaluation akuter Schlaganfallpatienten eingesetzt werden.

Einige Studien sprechen dafür, dass MRT-Aufnahmen zusätzlich Informationen zur Risikonutzenabschätzung einer Thrombolyse liefern. Allerdings erbrachte die MRT-basierte Thrombolyse mit Desmoteplase im 3- bis 9-h-Zeitfenster keinen Nutzen in der DIAS-II-Studie. Darüber hinaus ist die MRT in der Akutphase von Ischämien, v. a. in der hinteren Strombahn, der CT überlegen und sollte, wenn möglich, direkt zur Diagnostik herangezogen werden.

Im Jahre 2008 wurden neue Empfehlungen der European Stroke Organisation (ESO) zur Schlaganfallbehandlung publiziert. Das Thrombolysetherapieregister SIT-MOST bestätigte den in den randomisierten Studien gezeigten Nutzen und die Sicherheit der intravenösen Throm-

bolyse mit rt-PA im 3-h-Zeitfenster beim akuten Schlaganfall. Eine gemeinsame Analyse der randomisierten Studien zur Schlaganfallakuttherapie mit intravenösem rt-PA bestätigte die Wirksamkeit dieser Therapie bis zu 4,5 h nach Symptombeginn (ECAS-III-Studie).

Neue interventionelle Verfahren wie die mechanische Rekanalisierung zeigen, dass hierbei sehr hohe Wiedereröffnungsraten der Gefäße erzielt werden können.

Der Schlaganfall ist als medizinischer Notfall anzusehen. Schlaganfallpatienten sollten in entsprechend ausgestatteten Kliniken behandelt werden. Die CCT ist die wichtigste apparative Untersuchung bei Schlaganfallpatienten. Die MRT kann die CCT ersetzen, wenn sie rasch zur Verfügung steht (hierbei kann eine Blutung sicher ausgeschlossen werden). Die i.v.-Behandlung mit rt-PA wird innerhalb eines 3- bis 4,5-h-Zeitfensters zur Behandlung ischämischer Schlaganfälle empfohlen. In entsprechenden Zentren können eine intraarterielle Lyse bzw. eine mechanische Rekanalisierung verschlossener Gefäße bis zu einem Zeitfenster von 6–8 h durchgeführt werden.

In ersten Studien zeigte sich, dass hierbei eine deutlich höhere Rekanalisierungsrate als mit der i.v.-Lyse erzielt werden kann.

Bereits in der Frühphase eines ischämischen Schlaganfalls sollte die Prophylaxe eines Schlaganfalls bzw. Schlaganfallrezidivs eingeleitet werden. Bei raumfordernden Mediainfarkten verbessert die frühe Hemikraniektomie die Überlebenswahrscheinlichkeit und das funktionelle Outcome der Patienten. Eine enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen Neurologie, Neuroradiologie und Neurochirurgie sollte gewährleistet sein, um eine Verbesserung der Behandlung von Patienten mit akutem ischämischem Schlaganfall zu erzielen.

Prof. Dr. Wolfgang Reith

➤ Exklusiv für Abonnenten und Gesellschaftsmitglieder :

Nutzen Sie das Online-Archiv von Der Radiologe

Ihre Vorteile:

- Komfortable und schnelle Recherche nach Themen, Autoren, Suchbegriffen
- Ob unterwegs oder am eigenen PC: Zugriff überall und jederzeit
- Online First: Lesen Sie die aktuellsten Beiträge schon vor Erscheinen des gedruckten Heftes online

Registrieren Sie sich jetzt unter

www.DerRadiologe.de

Foto: pressmaster, fotolia.com

Dieser Online-Service steht auch Mitgliedern der folgenden Fachgesellschaft zur Verfügung:

- Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V.