Sinusvenenthrombose – Hemikranektomie schlägt Rekanalisierung

Offenbar ist es bei einer schweren Sinusvenenthrombose wichtiger, den Druck aus dem Schädel zu nehmen, als das verstopfte Gefäß freizubekommen. Darauf deuten Ergebnisse einer deutschen Studie.

Patienten mit einer schweren zerebralen Sinusvenenthrombose (SVT) machen nur rund 1–2 % aller Schlaganfallpatienten aus. Daher ist relativ wenig über die optimale Therapie und die Prognose bei schweren Verläufen bekannt. Zwar sind die Patienten meist relativ jung mit einem Erkrankungsgipfel zwischen 40 und 50 Jahren, allerdings wird die SVT oft sehr spät erkannt. So dauerte es im Durchschnitt rund vier Tage von den ersten Beschwerden bis zur Krankenhausaufnahme und dann noch einmal drei Tage bis zur richtigen Diagnose, sagte Privatdozent Christian Dohmen vom Universitätsklinikum Köln auf der diesjährigen Arbeitstagung Neurologische Intensivmedizin (ANIM) in Berlin.

Die Beschwerden beginnen meist mit Kopfschmerzen, erst wenn diese unerträglich werden oder fokale neurologische Defizite hinzukommen, suchen die Betroffenen einen Arzt auf, so Dohmen. Generell sei die Prognose unter Antikoagulation recht gut, aber jeder Fünfte hat anschließend funktionelle Einschränkungen mit einem mRS-Wert von 2 oder mehr und etwa jeder Siebte stirbt in der Klinik. „Das sind doch recht viele Patienten“, urteilte Dohmen.

Gerade bei Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf – dazu gehören Bewusstseinsstörung, Hirnblutungen und hohes Alter – stelle sich die Frage, in welcher Weise die Therapie eskaliert werden solle. Der Neurologe zählte hierzu einige aufschlussreiche Beispiele aus seiner Klinik auf.

Wenige Studien – beispielhafte Einzelfälle

Bei einer 48-jährigen Frau mit seit zwei Tagen persistierenden rechtsseitigen Kopfschmerzen und fortschreitender Vigilanzminderung, leichten zerebralen Einblutungen sowie leichter spastischer Hemiparese wurde zunächst leitlinien-

gerecht eine Heparintherapie initiiert. Als diese wenig am Zustand änderte, applizierten die Ärzte per Katheter rt-PA in den Sinus rectus und den Sinus sagittalis superior. Damit wurden die Gefäße wieder gut rekanalisiert, aber der Zustand der Frau verschlechterte sich dennoch – es bildete sich ein massiver Stauungsinfarkt mit Ödem. Erst die Hemikranektomie wendete das Blatt: Das Ödem ging zurück, die Patientin erholte sich, es blieb aber eine mittelgradige spastische Hemiparese. Der mRS-Wert lag ein Jahr später noch bei 3. „Hat die Lyse hier also wirklich etwas gebracht?“, fragte Dohmen.

Bei einer weiteren Patientin mit SVT waren die Ärzte dann etwas vorsichtiger. Das 16-jährige Mädchen war mit Kopfschmerzen, Vigilanzminderung und Erbrechen in das Krankenhaus gekommen, die Ärzte sahen in der Bildgebung einen ausgeprägten Verschluss der tiefen Hirnvenen. Auch hier kam es zur Verschlechterung unter der Antikoagulation. In diesem Fall entschieden sich die Ärzte für eine Thrombektomie kombiniert mit leichter Lyse, um die mechanische Entfernung des Thrombus per Stentretreiver zu erleichtern. Der Eingriff glückte, die Rekanalisierung gelang und das Mädchen erholte sich wieder vollständig.

Bei einer 50-jährigen Patientin, ebenfalls mit Verschluss der tiefen Hirnvenen, hatten die Ärzte weniger Glück. Sie zogen große Mengen Thrombusmaterial aus den Venen, doch diese verschlossen sich immer wieder von neuem. Schließlich schien die Antikoagulation zu greifen, auch diese Patientin erholte sich dann vollständig.

Ist die notfallmäßige Rekanalisierung also gar nicht so entscheidend? Dohmen verwies darauf, dass es bislang keine randomisiert-kontrollierte Studie zur Thrombektomie bei SVT gebe, lediglich ein Review von Einzelfällen. Hier sei je-

doch ein Publikationsbias anzunehmen, da in der Regel nur positiv verlaufene Fälle publiziert werden.

Hinweise auf die optimale Therapie könnte die deutsche IGNITE (Initiative of German NeuroIntensive Trial Engagement)-Studie liefern. Nach den noch nicht publizierten Daten von 114 Patienten mit schwerer SVT war das Ergebnis immer dann schlecht (mRS 3–6), wenn sich in der Bildgebung Zeichen einer Raumforderung ergaben, also beispielsweise eine Mittellinienverschiebung, eine Hernie oder eine Ventrikelkompression. Dagegen waren Infarkte und Blutungen weniger prädiktiv, und Patienten mit tiefen Venenthrombosen zeigten tendenziell sogar einen eher günstigen Verlauf.

Frühe Hemikranektomie wird favorisiert

Nach diesen Erkenntnissen haben die Kölner Neurologen die Prioritäten bei der Therapie noch einmal geändert, sagte Dohmen, und sprach von einem Paradigmenwechsel: Nun favorisierten die Ärzte eine frühe Hemikranektomie bei ersten Zeichen einer Raumforderung. Der Neurologe präsentierte als Beispiel den Fall einer 52-jährigen Frau mit deutlich erkennbarer Blutung im MRT. Die Anamnese mit Kopfschmerz gefolgt von Aphasie und Verwirrtheit hatte die Ärzte an eine SVT denken lassen, im MRT war diese nicht erkennbar. Die Angiografie führte dann zur richtigen Diagnose. Hier beließen es die Ärzte bei der Antikoagulation und entschieden sich für die Hemikranektomie, als sie Hinweise auf eine Raumforderung entdeckten. Auch diese Patientin konnte sich nahezu vollständig erholen. Eine frühe Öffnung des Schädels sei bei schwerer SVT möglicherweise besser als Rekanalisierungsversuche per Lyse oder Thrombektomie, sagte Dohmen.

Thomas Müller

Symposium „Schwere Sinus- und Venenthrombose“. Christian Dohmen: Epidemiologie und Verlauf intensivpflichtiger SVTs, 33. ANIM-Tagung, Berlin, 28.–30.1.2016