



Grußwort



Liebe Freunde und Mitglieder
des Kompetenznetz Schlaganfall,

wir freuen uns, Ihnen eine weitere Ausgabe unseres Newsletters zusenden zu dürfen. Jede Ausgabe des Newsletters konzentriert sich – neben allgemeinen Nachrichten – auf ein Schwerpunktthema aus dem Kompetenznetz. In dieser Ausgabe berichten wir über die vielfältigen Aktivitäten im Bereich „Pathophysiologie, Akuttherapie, Bildgebung“. Wir wissen, dass der Schlaganfall keine einheitliche Erkrankung ist, vielmehr kann bei jedem Patienten von einer individuellen Pathophysiologie ausgegangen werden, die sich insbesondere in den ersten Stunden nach Symptombeginn dynamisch entwickelt.

Wir sind uns sicher, dass eine auf diese individuelle Pathophysiologie maßgeschneiderte Therapie in Zukunft zu großen Fortschritten führen wird. Insbesondere für die Indikation zur Thrombolyse bis zu einem möglichen Zeitfenster von 9 Stunden gibt es vielversprechende Perspektiven. Nicht nur deswegen lohnt sich die Lektüre der folgenden Artikel. Neu im Newsletter ist die Rubrik „Mitteilungen aus der Industrie“.

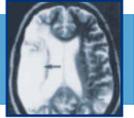
Kurz vor Redaktionsschluss erreicht uns die erfreuliche Nachricht von der erfolgreichen Evaluierung des Netzes und Bewilligung einer weiteren dreijährigen Antragsphase des Kompetenznetz Schlaganfall. Die Weichen für eine langfristige Konsolidierung sind somit gestellt. Sie werden also noch viele Ausgaben dieses Newsletters erleben. Wir freuen uns darauf, dass Sie diesen auch in Zukunft durch Ihr Feedback aktiv mitgestalten werden.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Prof. Dr. Arno Villringer
Koordinator des Kompetenznetzes

Prof. Dr. Karl Einhäupl
Sprecher des Kompetenznetzes

Wissenschaftliche Neuigkeiten aus dem KNS



Pathophysiologie und Akutdiagnostik:

Teilprojekte B6 und B7:
PET und Mikrodialyse beim akuten Schlaganfall

Patienten mit malignem Media- infarkt profitieren von invasivem Neuromonitoring.

Bildet sich bei Patienten mit einem ausgedehnten Mediainfarkt ein raumforderndes Ödem, steigt die Mortalität bei rein konservativer Therapie auf ca. 80 %. In diesen Fällen können hirndruckentlastende Operation (Hemikraniektomie) oder ein Absenken der Körperkerntemperatur (Hypothermie) lebensrettend sein – wenn sie rechtzeitig durchgeführt werden. Den optimalen Interventionszeitpunkt zu erkennen, ist jedoch schwierig. Die klinische Beobachtung reicht meist nicht aus, um eine unmittelbare Verschlechterung der bewusstseinsgetriebenen Patienten festzustellen. Der Einsatz bildgebender Verfahren wie CT, MRT und PET ist wegen des kritischen Zustands der Patienten ebenfalls eingeschränkt. Daher wurde vor einigen Jahren das sogenannte invasive Neuromonitoring in die klinische Anwendung eingeführt. Dabei werden mit Hilfe feiner Sonden kontinuierlich verschiedene Gewebeparameter in den relevanten Regionen des Gehirns gemessen. Für die Wissenschaftler um Christian Berger (Heidelberg) und Christian Dohmen (Köln) besonders interessant: Die Mikrodialyse. Im Rahmen der Teilprojekte B6 und B7 wird diese Art des Monitorings für Messungen im Peri-Infarktgewebe genutzt, um den weiteren klinischen Verlauf der Patienten besser abschätzen zu können und Verschlechterungen des klinischen Zustandes – meist durch Bildung eines Hirnödem – rechtzeitig zu erkennen.

Vorhersage des klinischen Verlaufs

Diesem Ziel sind die Wissenschaftler nun ein gutes Stück näher gekommen. So haben Untersuchungen der Projektgruppe B6 ergeben, dass Konzentrationsveränderungen sog. Nicht-Transmitter-Aminosäuren wie z.B. Isoleucin und Methionin, eine Vorhersage des klinischen Verlaufs ermöglichen (Stroke 2003, 34: 2908 – 15). Patienten, die später ein raumforderndes Ödem entwickelten, hatten signifikant niedrigere Konzentrationen dieser Aminosäuren im Vergleich zu Patienten, die diese Komplikation nicht aufwiesen. Als Ursache dieser Konzentrationsunterschiede wird ein Verdünnungseffekt durch das Hirnödem vermutet. Die Sicherheit dieser Prognose lässt sich noch steigern, wenn man die Resultate der parallel zur Mikrodialyse durchgeführten PET-Bildgebung berücksichtigt (Stroke 2003, 34: 2152 – 58). Eine vergleichbare Aussage erlauben zudem die im Teilprojekt B5 durchgeführten MRT-Messungen. Durch die Kombination von kontinuierlichem Invasivmonitoring und zerebraler Bildgebung mittels MRT oder PET lässt sich der maligne Verlauf eines Mediainfarktes deutlich früher feststellen. Therapeutische Interventionen wie die Hemikraniektomie können dadurch effizienter eingesetzt werden.

Bessere Therapiekontrolle

In Anbetracht der anhaltenden Diskussionen über den richtigen Zeitpunkt für den Einsatz von Hemikraniektomie und Hypothermie offenbart sich ein weiterer wichtiger Nutzen des Neuromonitorings: Die Effizienz therapeutischer Maßnahmen wird kontrollierbar. In Untersuchungen des Teilprojektes B7 wurde gezeigt, dass sowohl Hypothermie als auch Hemikraniektomie neuroprotektiv auf reversibel geschädigtes Peri-Infarktgewebe



Wissenschaftliche Neuigkeiten aus dem KNS



„Pathophysiologie und Akutdiagnostik“ Fortsetzung von Seite 1

wirken (*Stroke* 2002, 33: 519–24). Ermutigend auch die vorläufige Ergebnisse der Projektgruppe B6 von Patienten, bei denen die Effekte der Hemikraniotomie mittels Neuromonitoring gemessen wurden. So werden Blutfluss und Stoffwechsel des noch zu rettenden Gewebes offenbar günstig durch die Operation beeinflusst.

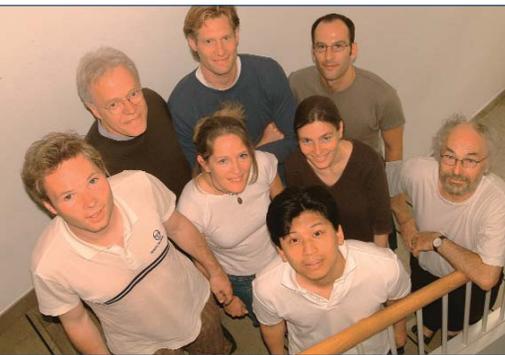
Weitere Informationen:

Dr. Christian Dohmen

Email: Chris@pet.mpin-koeln.mpg.de

Dr. Christian Berger

Email: christian_berger@med.uni-heidelberg.de



Mitglieder der Projektgruppe B6 in Köln



Mitglieder der Projektgruppe B7 in Heidelberg

Pathophysiologie und Akutdiagnostik:

Teilprojekt B5:

Kernspintomografie beim akuten Schlaganfall

Partielle Rekanalisation nach Mediaverschluss

Ein wichtiges Therapieprinzip bei akuten ischämischen Schlaganfällen ist die frühzeitige Wiedereröffnung des verschlossenen hirnversorgenden Gefäßes. Der in großen Studien erwiesenen positiven Wirkung einer systemischen Thrombolyse stehen allerdings die hohe Gefahr von Blutungskomplikationen und zahlreiche Kontraindikationen entgegen. Zudem kann es auch binnen weniger Stunden nach dem Ischämieereignis zu einer spontanen Lyse und somit zumindest teilweisen spontanen Rekanalisation kommen. Diese Problematik aufgreifend, dass der Gefäßstatus zum Zeitpunkt einer Lysetherapie meist nicht bekannt ist, hatten Neumann-Haefelin et al. mittels MRT untersucht, wie häufig und in welchem Ausmaß eine Rekanalisation eintritt und inwieweit Patienten klinisch davon profitieren (*Stroke* 2004; 35: 109-115).

Im Rahmen des KNS-Teilprojektes B5 war an sechs Studienzentren eine große und homogene Gruppe von 82 Patienten mit akutem Verschluss der A. cerebri media rekrutiert worden. Zur Untersuchung des Gefäßzustandes wurden innerhalb von sechs Stunden nach Symptombeginn, sowie an Tag 1 und Tag 7 nach dem Schlaganfallereignis diffusions- bzw. perfusionsgewichtete MRT (DWI bzw. PWI) durchgeführt. In Anlehnung an ein in der Kardiologie übliches Graduierungssystem („Thrombolysis in Myocardial Infarction“, TIMI 0-3) wurde eine Bewertung der arteriellen Rekanalisation vorgenommen.

Die Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung nach einem Tag zeigten, dass sich bei nahezu der Hälfte der Patienten (n = 39) eine unvollständige Gefäßwiedereröffnung ereignet hatte, wobei der Anteil an Patienten mit TIMI 1 (minimale Rekanalisation) bzw. TIMI 2 (partielle Rekanalisation) etwa gleich hoch war. Eine vollständige Wiedereröffnung der A. cerebri media (TIMI 3) fand sich nur bei 10 Patienten (12%). Bei den übrigen 33 Patienten blieb das Gefäß verschlossen (TIMI 0), obwohl die Mehrzahl aller Patienten (n = 57) eine thrombolytische

Therapie erhalten hatte.

Rekanalisation prädiktiv für Outcome

Klinisch fand sich ein klarer Unterschied zwischen Patienten mit (bzw. mit zumindest partieller) Rekanalisation gegenüber Patienten ohne Rekanalisation. Auch bei einer geringgradigen Rekanalisation zeigte sich gegenüber einer persistierenden Okklusion eine signifikant geringere Läsionszunahme und ein Trend zu kleineren Infarkten. Dies korrelierte mit einem verbesserten Outcome von Patienten mit Rekanalisation nach sieben Tagen bzw. nach drei Monaten. Der Benefit war dabei umso größer, je vollständiger die Gefäßwiedereröffnung erfolgt war.

Neben der Bestätigung des Stellenwerts einer frühen Rekanalisation und damit Reperfusion des kritisch minderperfundierten Gewebes nach ischämischem Insult erlaubt die Studie vereinfacht zwei Schlussfolgerungen:

- je besser die Rekanalisation, desto besser die Prognose
- auch unvollständige (und vermeintlich suboptimale) Rekanalisationsergebnisse können für den Patienten durchaus noch von Nutzen sein, sofern sie ausreichend früh eintreten.

Neben diesen unmittelbar Patientenrelevanten Ergebnissen bietet sich der Grad der Rekanalisation nach 24 Stunden aus Sicht der Autoren auch als sinnvoller Surrogatmarker in zukünftigen Studien an, die Rekanalisationsmedikamente untersuchen, da er klar mit dem klinischen Outcome der Patienten korreliert.

Dr. Katrin Appel (KA)

Weitere Informationen:



PD Dr. Tobias Neumann-Haefelin

Email: tnh@rz.uni-frankfurt.de



Wissenschaftliche Neuigkeiten aus dem KNS



Pathophysiologie und Akutdiagnostik:

Teilprojekt B5:

Kernspintomografie beim akuten Schlaganfall

Neuroprotektiver Effekt durch transitorische ischämische Attacke

Wenn eine transitorische ischämische Attacke (TIA) einem ischämischen Schlaganfall vorausgeht, kann dies – sofern TIA und nachfolgender Schlaganfall sich im selben vaskulären Areal ereignen – mit mildereren klinischen Symptomen und einem besseren Outcome nach Schlaganfall assoziiert sein. Ob sich mögliche neuroprotektive Effekte einer TIA per MRT nachweisen lassen, war Thema einer Studie im Teilprojekt B5 (*Stroke* 2004; Bd. 35, S. 616-21)

Für das Phänomen, dass TIA in dem betroffenen Hirngewebe eine „ischämische Toleranz“ zu erzeugen scheint, sind verschiedene Erklärungsmodelle entwickelt worden. Neben einem Ansatz, der eine durch die TIA verursachte veränderte regionale Blutzirkulation nahelegt, wurde auch ein Konzept auf zellulärer bzw. molekularer Ebene postuliert, nach dem eine TIA möglicherweise spezifische zelluläre Anpassungsmechanismen in den Gefäßen bzw. dem umgebenden Gewebe erzeugt. Solche

adaptiven zellulären Reaktionen in Antwort auf eine Ischämie konnten experimentell gezeigt werden, wobei es für die Übertragung dieser Erklärungsmuster auf das menschliche Gehirn bislang an Daten mangelt.

Neue Erkenntnisse hierzu liefert eine Studie im Rahmen des KNS-Teilprojektes B5. Unter der Leitung von Arno Villringer, Charité Berlin, hatte eine Forschergruppe bei Erstschlaganfall-Patienten Diffusions- bzw. Perfusionsgewichtete MRT vorgenommen, um das Ausmaß der initialen Perfusions- bzw. Diffusionsdefizite bzw. des finalen Infarkt volumens abzuschätzen. Dabei wurden Vergleiche zwischen Patienten mit (n = 49) bzw. ohne (n = 16) vorangegangene (d. h. sich innerhalb ≤ 4 Wochen vor dem Schlaganfall ereignende) TIA angestellt. Die retrospektiv analysierten Daten (u.a. Perfusions- bzw. Diffusionsgewichtete MRT, Läsionsvolumina im T2-gewichteten MRT, zerebrale Durchblutung bzw. zerebrales Blutvolumen innerhalb des diffusionsgeminderten Areals) aus den Jahren 1997 bis 2001 stammten von vier im KNS organisierten Kliniken. Eingeschlossen waren Erstschlaganfall-Patienten, für die eine entsprechende MRT-Diagnostik und klinische Befunderhebung sowohl innerhalb von 12h nach Symptombeginn als auch nach zumindest drei Tagen Follow-Up

vorlag. Zu den Ausschlusskriterien gehörten u.a. intrazerebrale Blutungen sowie ältere Läsionen auf T2-gewichteten MRT.

Finales Infarktvolumen nach TIA signifikant kleiner

Bei Patienten, bei denen sich bereits eine TIA ereignet hatte, zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Tendenz zu kleineren initialen Diffusionsverminderten Läsionen. Vor allem aber hatten Patienten mit vorangegangener TIA signifikant verringerte finale Infarkt volumina (im T2-gewichteten -MRT: 9.1ml vs. 36.5 ml). Dieser Befund, so die Autoren, war zudem mit mildereren neurologischen Symptomen assoziiert. Dabei wurden in beiden Patientengruppen vergleichbare Werte bezüglich der Größe der Perfusionsläsion, sowie der Hirndurchblutung bzw. des Hirnblutvolumens innerhalb der vom Infarkt betroffenen Region registriert, so dass davon auszugehen ist, dass auch die Schwere der Restriktion in beiden Gruppen etwa gleich gewesen war.

Ischämische Toleranz – Therapie der Zukunft?

In der Schlussfolgerung scheint eine sich kurz vor einem Schlaganfall ereignende TIA einen schützenden Einfluss auf das Hirngewebe zu haben, was sich im Kernspintomogramm quantitativ nachweisen lässt. Dass dieser Effekt nicht durch eine veränderte Blutzirkulation in dem zunächst von der TIA betroffenen Areal erklärt werden kann, ist ein Ergebnis, das die vorliegende Studie erstmals zeigen konnte. Dabei bleibt offen, welche endogenen Mechanismen für den neuroprotektiven Effekt einer TIA verantwortlich sind, was auch für therapeutische Ansätze z.B. auch für die Schlaganfall-Akuttherapie interessant wäre.

(KA)

Weitere Informationen:

Dr. Susanne Wegener

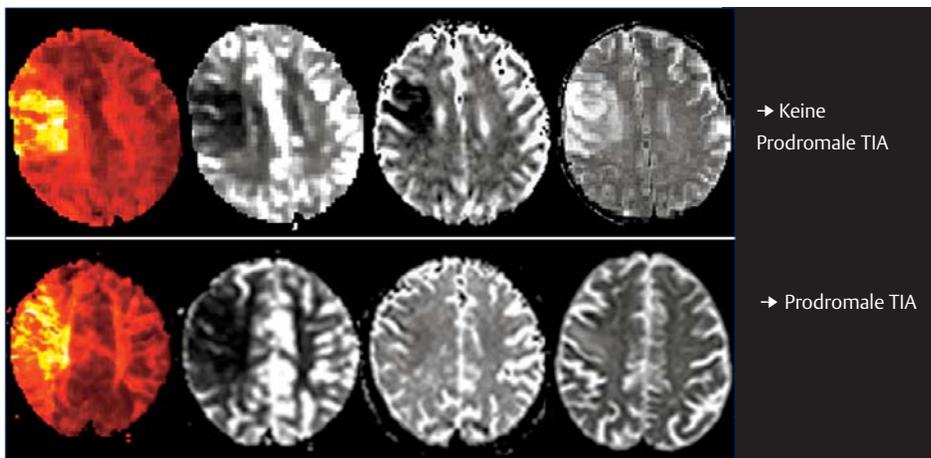
Email: wegener@mpin-koeln.mpg.de

MTT akut

CBF akut

ADC akut

T2 final



Beispiele von MRT-Untersuchungen zweier Patienten mit ähnlichen territorialen Perfusionsstörungen ohne (oben) und mit (unten) prodromaler TIA innerhalb von 4 Wochen vor dem Schlaganfall. Von links nach rechts: MTT < 12h, CBF < 12h, ADC < 12h, T2 bei Entlassung (3-7 Tage).



Wissenschaftliche Neuigkeiten aus dem KNS



Pathophysiologie und Akutdiagnostik:

Teilprojekt B5:

Kernspintomografie beim akuten Schlaganfall

Zuverlässige Diagnose akuter Hirnblutungen allein durch MRT

Die CT galt bisher als „Goldstandard“ beim Nachweis intrakranieller Blutungen, die MRT hingegen als wesentlich sensitiver in der Diagnose des ischämischen Hirninfarkts. Eine im Rahmen des KNS-Teilprojektes B5 realisierte Studie konnte nun zeigen, dass auch zum Ausschluss einer Blutung grundsätzlich auf eine zusätzliche CT-Diagnostik verzichtet werden kann (*Stroke 2004; 35: 502-06*). Ausgangspunkt der durch das KNS geförderten, prospektiven Multi-Centerstudie unter Heidelberger Federführung war, die Zuverlässigkeit der MRT unter den „realistischen Bedingungen“ des klinischen Alltags zu prüfen, und dabei vor allem eine größere Patientengruppe einzuschließen.

Für die Studie hatten drei Experten MRT-Aufnahmen von 124 Schlaganfall-Patienten begutachtet,

wobei die Diagnose – in 62 Fällen eine intrazerebrale Blutung, die per CT abgesichert war – sowie klinische Details den Gutachtern nicht bekannt waren. MRT sowie CT waren innerhalb der ersten 6h nach Symptombeginn durchgeführt worden, wobei die CT entweder unmittelbar vor oder nach der MRT erfolgte.

MRT 100%ig zuverlässig

Im Ergebnis konnten alle drei Experten die MRT-Befunde vollständig korrekt bewerten (Sensitivität und Genauigkeit jeweils 100%). Darüberhinaus waren auch Medizinstudenten der letzten zwei klinischen Semester in 95% der Fälle in der Lage, die korrekte Diagnose aus den MRT-Bildern abzuleiten. Dabei zeigte sich in der hyperakuten Phase bei allen Hämatompatienten – im Gegensatz zu den ischämischen Fällen – ein charakteristisches Muster im Schlaganfall-MRT (z.B. hyperintense Signale im T2-gewichteten MRT).

„Meilenstein“ der Schlaganfall-diagnostik

Angesichts dieser Ergebnisse, nach denen hyper-

akute Hirnblutungen im Schlaganfall-MRT ein charakteristisches Muster ergeben, das von Fachleuten mit herausragender, von weniger erfahrenen Begutachtern zumindest noch mit sehr guter Sicherheit korrekt identifiziert werden kann, würdigte ein Editorial der Fachzeitschrift „Stroke“ die Studie der durch das KNS verbundenen deutschen Forschergruppe als einen „Meilenstein“ für die Schlaganfall-diagnostik (*Stroke 2004; 35: 506-07*). Beachtenswert sei, so der Kommentar, auch das Ergebnis, dass im T2*-gewichteten Aufnahmen Mikroblutungen festgestellt worden seien, die im CT unerkannt geblieben wären. Statistisch liegt eine Hirnblutung bei etwa jedem vierten Schlaganfallpatienten vor. Wie hoch allerdings die Prävalenz von Mikroblutungen ist, kann nur spekuliert werden, da bei den großen Thrombolyse-Studien allein die CT zum Einsatz kam.

(KA)

Weitere Informationen:

Dr. Jochen B. Fiebach

Jochen.Fiebach@med.uni-heidelberg.de



Dr. Jochen B. Fiebach

Das Interview



Kommt die akute Schlaganfall-Diagnostik auch ohne CT aus?

Interview mit Professor Joachim Röther, Leitender Oberarzt der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

? KNS: Welche Auswirkungen hat die aktuelle Veröffentlichung von Herrn Fiebach und Mitarbeitern auf die Akutdiagnostik von Schlaganfallpatienten?

! Röther: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die MRT für die primäre bildgebende Diagnostik bei akuten Schlaganfallpatienten eignet und akute Hirnblutungen sich mit der MRT sicher detektieren lassen. Ein CT zusätzlich zum MRT ist also nicht notwendig.

? KNS: Ist die Primärdiagnostik mit MRT im klinischen Alltag praktikabel und wirtschaftlich?

! Röther: Es ist nicht notwendig, dass regionale Krankenhäuser ein Schlaganfall-MRT zur Verfü-

gung haben. Akute Schlaganfallpatienten sollten in größere Zentren, die über eine Stroke Unit verfügen, eingewiesen werden. Hier besteht die Möglichkeit einer umfassenden Diagnostik mittels Bildgebung und Ultraschall. Nachdem die Möglichkeiten der Akuttherapie geprüft wurden, können viele Patienten zur Vervollständigung der kardialen Diagnostik in regionale Krankenhäuser zurückverlegt werden.

Eine MRT sollte bei all jenen Patienten durchgeführt werden, bei denen sich therapeutische Konsequenzen daraus ergeben. Das initiale MRT erspart häufig die Durchführung von CT und MRT, die erfolgt, wenn die initiale CT keinen eindeutigen Befund erbracht hat.

? KNS: Gibt es neue therapeutische Entwicklungen, die einen Einfluss auf die bildgebende Schlaganfall-diagnostik der Zukunft nehmen könnten?

! Röther: Die Beschränkung auf das 3-Stunden-Zeitfenster führt dazu, dass nur ca. 2-4% der

Schlaganfallpatienten lysiert werden. Eine multi-zentrische Studie des Kompetenznetzwerks Schlaganfall (*Röther et al. Stroke 2002*) zeigte, dass viele Patienten auch nach Ablauf der 3 Stunden Risikogewebe aufweisen und von einer Thrombolyse profitieren. Hier spielt das Schlaganfall-MRT eine wesentliche Rolle bei der Selektion einer Patientengruppe, bei der sich die Thrombolyse mit hoher Wahrscheinlichkeit günstig auswirken würde. In der DIAS/DEDAS-Studie wird zudem ein neues, erfolgversprechendes Thrombolytikum geprüft, das bis zu neun Stunden nach Symptombeginn eingesetzt werden kann. Die Verabreichung dieses neuen Medikaments ist allerdings an den Nachweis eines Diffusion/Perfusions-Mismatch im Schlaganfall-MRT gebunden. Das akute Schlaganfall-MRT könnte also in Zukunft ein wichtiges Instrument zur Therapiesteuerung darstellen.



Mitteilungen aus der Industrie

ACT NOW -Expertenbericht zur Verbesserung der Schlaganfallbehandlung

Der Schlaganfall ist eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität und die häufigste Ursache für Behinderungen in den Industrienationen. In Europa gehen 1,3 Millionen Todesfälle pro Jahr auf das Konto des Schlaganfalls.

Auf dem 5. World Stroke Congress in Vancouver, Kanada, wurde der ACT NOW-Expertenbericht vorgestellt. Er illustriert, wie die Abläufe vor der Krankenhauseinweisung und im Krankenhaus modifiziert und miteinander verknüpft werden können, um eine – nach Meinung des multidisziplinären Experten-Gremiums – unbedingt erforderliche schnellstmögliche Behandlung des Patienten durch Spezialisten sicherzustellen. In einer Spezialeinheit (Stroke Unit) können betroffene Patienten von Akutbehandlungen profitieren, wie z. B. der Thrombolyse mit einer Gerinnsel auflösenden Substanz (rt-PA). Die Wirksamkeit dieser Behandlung ist stark zeitabhängig – die Patienten müssen innerhalb von drei Stunden (möglichst bereits innerhalb von 90 Minuten) nach Symptombeginn behandelt werden – weshalb die schnelle Einlieferung des Patienten auf direktestem Weg in eine spezialisierte Station von entscheidender Bedeutung ist.

<http://www.eusi-stroke.com/index.shtml>

Sekundärprävention nach Schlaganfall Interaktive Workshops für interessierte Ärzte

München, im Juni 2004. Ein erfolgreiches Fortbildungskonzept wird fortgesetzt. In 33 interaktiven Workshops wird ab Ende Mai der Frage nachgegangen, wie eine optimale Sekundärprävention nach Schlaganfall in der Praxis umgesetzt werden soll. Individuelle Risikostratifizierung, Langzeittherapie und die aktuelle Datenlage stehen im Fokus dieser zertifizierten Workshops, die Bristol-Myers-Squibb interessierten Ärzten bundesweit anbietet. Das Konzept hat sich bereits in der Vergangenheit bewährt: In den letzten zwei Jahren fanden deutschlandweit 54 zertifizierte Veranstaltungen zum Thema „pAVK & Diabetes“ statt, die großen Anklang bei Ärzten fanden.

In interaktiven Workshops informieren zunächst ausgewiesene Experten zum Thema „Evidence Based Medicine und Sekundärprävention nach Schlaganfall“. In kleinen Arbeitsgruppen diskutieren und erarbeiten die Teilnehmer anschließend für den Praxisalltag relevante Patientenkasuistiken. Die Kasuistiken werden über ein innovatives, computergestütztes Fortbildungssystem zur Verfügung gestellt: Hier finden die Teilnehmer virtuelle Patientenakten, bewerten die vorgestellten Fälle und erarbeiten Therapieentscheidungen. Wie bereits in den vorangegangenen Workshops zeichnet sich dieses Fortbildungskonzept durch Praxisnähe und Informationsaustausch aus. Mit Thrombozytenfunktionshemmern des Wirkstoffs Clopidogrel stehen moderne und wirksame Therapieoptionen für Patienten nach Schlaganfall zur Verfügung.

Die drei- bis vierstündigen Veranstaltungen sind durch die jeweiligen Landesärztekammern zertifiziert und finden entweder Mittwochs abends oder Samstag vormittags bundesweit statt. Anmeldungen nimmt Frau Birgit Stenschke unter der Telefonnummer 02204/585 540 entgegen.

Weitere Informationen erhalten Sie über:
ECC Healthcare, Claudia Paproth
Sonnenstraße 17, 80331 München
Tel.: 089 / 590 42-211
claudia.paproth@ecc-group.com

Neue Daten zur Sekundärprophylaxe nach zerebrovaskulären Ereignissen – Ergebnisse der MATCH-Studie vorgestellt

Mit besonderer Spannung wurde in diesem Jahr auf der European Stroke Conference in Mannheim die Vorstellung der Ergebnisse der MATCH-Studie (*Management of Atherothrombosis with Clopidogrel in High Risk Patients with recent transient ischemic attack or ischemic stroke*) erwartet. Unter Leitung von Prof. H.C. Diener aus Essen wurden im Rahmen dieser internationalen Multicenterstudie 7.599 Patienten nach ischämischem Schlaganfall oder TIA untersucht. Über eine Beobachtungsdauer von 18 Monaten wurde die Wirksamkeit und Sicherheit einer Gabe von 75mg ASS im Vergleich zu Placebo auf der Basis einer Therapie mit 75mg Clopidogrel täglich bei Patienten getestet, die neben ihrem qualifizierenden Ereignis weitere vaskuläre Begleiterkrankungen bzw. Risikofaktoren wie eine manifeste KHK, AVK, bereits stattgehabte ischämische Ereignisse bzw. einen Diabetes mellitus aufwiesen.

Das Zielkriterium war als kombinierter Endpunkt aus Schlaganfall, Myokardinfarkt, Rehospitalisierung wegen ischämischer Ereignisse oder vaskulärer Tod definiert. Die Ereignisrate in dieser Hochrisikopopulation betrug im Kontrollarm 16.73% und im Interventionsarm, also bei zusätzlicher Gabe von 75mg ASS, 15.70%. Die relative Risikoreduktion von 6.4% durch die zusätzliche Gabe von ASS (Intent-to-treat-Analyse) war allerdings nicht statistisch signifikant. Als wichtigste Nebenwirkungen wurden Blutungskomplikationen erfaßt. Hier ergab sich eine signifikante Zunahme schwerer und lebensbedrohlicher Blutungsereignisse durch die Gabe von 75mg ASS (1.3 vs. 2.6%; $p < 0.01$). Zusammenfassend lässt sich nach diesen Ergebnissen sagen, dass in dieser Hochrisikopopulation die Gabe niedrigdosierter Acetylsalicylsäure zusätzlich zu einer Therapie mit Clopidogrel keinen weiteren klinischen Nutzen hinsichtlich der Verhinderung ischämischer Rezidive bringt (Nutzen-Risiko-Relation). Dieses Ergebnis war in allen bislang untersuchten Subgruppen konsistent. Die Daten sind zur Publikation eingereicht.

Dr. Matthias Mahn
Sanofi-Synthelabo GmbH



News, Kongressberichte



Summerschool 2004 auf Schloss Ziethen in Brandenburg

Einer der Referenten formulierte sein Resümee zum Abschluss der Summerschool wie folgt: „Ich zolle den Veranstaltern meinen Respekt für das gute Programm, ihrem Sinn für das Ambiente, die ausgeglichene und unauffällige Leitung und auch dem Mut zur Konfrontation mit der herbrustikalischen Brandenburger Landschaft.“ Die Summerschool der DSG lockte in diesem Jahr 50 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland in das Umland von Berlin. Auf Schloss Ziethen sprachen mehr als 25 Referenten über das gesamte Spektrum zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls. Am Abend im Schloss und an langer Tafel unter freiem Himmel am Fischteich bot sich die Gelegenheit, das Gehörte im Gespräch mit einem der Referenten zu vertiefen. Die abschließende Manöverkritik offenbarte einzig den Wunsch nach einem etwas weniger straffen Vortragsprogramm. So bliebe mehr Zeit, die Neuigkeiten zu verarbeiten. Ein Wunsch, der sich im nächsten Jahr im Schwarzwald erfüllen wird. Teilnehmer und Referenten sind sich aufgrund des großen Erfolgs einig – sie werden auch bei der nächsten Summerschool im Juli 2005 in Freiburg dabei sein. Einzelheiten hierzu unter www.dsg-info.de.

Lange Nacht der Wissenschaften

Die Kompetenznetze der Medizin nutzten auch in diesem Jahr die Lange Nacht der Wissenschaften am 12./13. Juni 2004, um sich gemeinsam der breiten Öffentlichkeit zu präsentieren. Das Motto „Wie viel krank ist noch gesund“ lockte fast 1000 Interessierte ins Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin. Der Stand des Kompetenznetzes Schlaganfall war besonders gut besucht, vor allem die angebotene Untersuchung der eigenen Hirngefäße mittels Doppler- und Duplexsonographie („Schlaganfallrisiko hören und sehen“) wurde häufig in Anspruch genommen. Weitere thematische Schwerpunkte waren die Beantwortung von Fragen zur Prävention des Schlaganfalls, zur Organisationsstruktur des Kompetenznetzes, sowie die Arbeit der Projektgruppe A5 („Einfluss von Statinen auf den Blutfluss im Gehirn“). Das Kompetenznetz Schlaganfall wurde durch

Frau Dr. Susanne Wegener (Projektgruppe B5: „Kernspintomografie beim akuten Schlaganfall“) vertreten, deren Vortrag über die Bedeutung von Transitorischen Ischämischen Attacken (TIA) breite Beachtung fand. Das Resümee ist positiv: auch die 4. Lange Nacht der Wissenschaften kann mit insgesamt 85.000 Besuchern wieder als großer Publikumserfolg verbucht werden und ist mittlerweile aus dem Berliner Veranstaltungskalenders nicht mehr wegzudenken.

Preis für Kompetenznetzmitglied

Die Wirksamkeit einer Thrombolyse-Behandlung scheint von den Erfahrungen der jeweiligen Klinik abzuhängen, so die Ergebnisse aus der Daten-poolung der Arbeitsgesellschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR, Teilprojekt Z8) – wir berichteten darüber in unserer letzten Ausgabe. Der Studienleiter Dr. Peter Heuschmann ist für seine Arbeit mit dem Nachwuchspreis der Fachgesellschaft der deutschen Epidemiologen ausgezeichnet worden. Der am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Münster tätige Mediziner erhielt den Preis im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Epidemiologen in Heidelberg. Die Ergebnisse der vom Kompetenznetz geförderten Studie sind in der Fachzeitschrift „Stroke“ (Bd.34 (5), S.1106 ff, 2003) veröffentlicht.

Neue Bildmarke

Pünktlich zur 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im April 2004 in Wiesbaden präsentierte sich das Kompetenznetz Schlaganfall mit neuer Bildmarke. Das in Gelb und Blau gehaltene Gehirn wird von nun an auf der Internetseite sowie sämtlichen Printmedien zu finden sein und das Leitmotiv des Kompetenznetzes nach außen hin auf den ersten Blick verdeutlichen: den Schlaganfall. Dabei symbolisiert das dunkelblau abgesetzte „keilförmige“ Areal eine typische Form des Schlaganfalls in einer Lokalisation, die bei Patienten häufig anzutreffen ist.



Termine



15. - 19. September 2004

49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung, Jena. www.dgkn.de

6. - 9. Oktober 2004

77. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Düsseldorf. www.dgn2004.de

23. - 27. Oktober 2004

34th Annual Meeting of the Society for Neuroscience, San Diego. www.web.sfn.org

2. - 4. Februar 2005

International Stroke Conference der American Stroke Association, New Orleans. www.strokeconference.org

25. - 28. Mai 2005

14th European Stroke Conference, Bologna. www.eurostroke.org

Impressum

Herausgeber und Netzwerkzentrale:

Kompetenznetz Schlaganfall
Charité, Campus Mitte
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Schumannstr. 20/21, D-10117 Berlin
Tel: +49 (0)30 / 450 560 034
Fax: +49 (0)30 / 450 560 952
E-Mail: info@schlaganfallnetz.de
Internet: <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de>

Verantwortlich:

Prof. Dr. Arno Villringer, Berlin
Leitender Koordinator

Redaktion:

Dipl. Biol. Liane Clevert, Berlin (vert)
Ulrike Lachmann
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Bezug:

Der Newsletter ist als pdf-Datei unter <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de> erhältlich oder kann kostenlos bei der Zentrale des Kompetenznetzes angefordert werden.

Gestaltung und Realisation:

Georg Thieme Verlag, Stuttgart
© 2004 Georg Thieme Verlag
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart

Das Kompetenznetz Schlaganfall wird gefördert vom



Der Newsletter wird unterstützt von

