

Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin (ANIM), 16.–18.2.2017 in Wien

Grauzone der mechanischen Thrombektomie-Indikation

Wien. Vom 16.–18. Februar 2017 diskutieren in Wien 1.600 Experten aktuelle Erkenntnisse in der Neurologie, NeuroIntensivmedizin und Neurochirurgie bei der 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin (**DGNI**) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (**DSG**). Bei der sogenannten „ANIM 2017“, der Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin als einer der bedeutendsten neurologisch-neurochirurgischen Tagungen im deutschsprachigen Raum liegt ein wichtiger Schwerpunkt in der Vorstellung neuer Studien und der Diskussion neuer Therapieoptionen des Schlaganfalls. Zu einigen aktuellen Themen, die im Symposium Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) diskutiert werden, geben die Vorstandsmitglieder **Prof. Dr. med. Armin Grau**, Direktor der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie und Stroke Unit Klinikum Ludwigshafen, und **Prof. Dr. med. Gerhard F. Hamann**, Direktor der Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation Bezirkskrankenhaus Günzburg, erste Einblicke.

2015 wurden sieben Studien zur mechanischen Thrombektomie (MTE) vorgelegt, die zur Etablierung der MTE als evidenzbasierter Behandlung geführt haben. Ein aktuelles Review (Rodrigues et al. BMJ 2016; 353:l1754) zeigt, dass die MTE die Chance für ein gutes Ergebnis um 56% erhöht und die Sterblichkeit um 14% mindert. Dies gilt den Studien zufolge für distale Karotisverschlüsse (Karotis-T Verschlüsse) und M1-Verschlüsse (Verschlüsse des Mediahauptstammes). Es gibt keine ausreichende Evidenz für weitere distale Mediaverschlüsse, sogenannte M2-Verschlüsse, sowie für die Basilararterienverschlüsse.

In dieser Grauzone ist es jedoch sehr sinnvoll, Basilararterienverschlüsse neben einer intravenösen Lyse mit einer MTE zu behandeln, weil die Prognose dieses Krankheitsbildes außerordentlich ungünstig ist, und weil die MTE hier schon seit vielen Jahren in Einzelfällen erfolgreich angewandt wird. Anders sieht es bei distalen Mediaverschlüssen (distale M2) aus; hier ist das Risiko einer Perforation, einer Subarachnoidalblutung, einer Verschleppung von Thromben nicht unerheblich. Hier sind weitere Studien zu fordern.

Völlig unklar ist das Vorgehen bei Arteria cerebri anterior und Arteria cerebri posterior-Verschlüssen, die zu erheblichen neuropsychologischen und neurokognitiven Ausfällen führen können. Diese Arterienverschlüsse wurden in den Studien nicht untersucht. Bei schwer betroffenen Patienten kann im Einzelfall in einer Grauzone der Indikationsstellung eine MTE erwogen werden. Weitere Studien sind auch hier erforderlich.

„drip and ship“ und „flying doctor“ – Alternative Versorgungskonzepte zur Erreichung der Flächendeckung

Deutschland ist auf einem sehr guten Weg zu einer flächendeckenden Versorgung akuter Schlaganfallpatienten mittels MTE. Nur in wenigen Regionen sind die Transportzeiten in ein MTE-Zentrum noch zu lange. Die MTE soll nur in Kliniken mit zertifizierter Stroke Unit, in der Regel in überregionalen Stroke Units erfolgen und nur durch erfahrene und zertifizierte interventionelle Neuroradiologen und Radiologen durchgeführt werden, um gute Ergebnisse zu ermöglichen. Zu einer flächendeckenden Versorgung bedarf es regionaler Konzepte und v. a. der Netzwerkbildung unter Federführung der überregionalen Stroke Unit.

Das heute vorherrschende Konzept für Patienten, die nicht in der Nähe eines MTE-Zentrums leben, ist die Erstversorgung im nächstgelegenen Krankenhaus mit regionaler Stroke Unit. Dort kann eine intravenöse Lysetherapie beginnen und der Patient unter laufender Lyse unmittelbar ins Zentrum zur MTE weiterverlegt werden. Dieses Konzept trägt den Namen „drip and ship“, was so viel heißt wie „Behandeln und Weiterverlegen“. Eine telemedizinische Vernetzung von Zentrum und regionalem Krankenhaus kann hier bei der Indikationsstellung sehr hilfreich sein.

Einzelne regionale Stroke Units bieten tagsüber auch selbst die MTE an und müssen Patienten nur nachts oder am Wochenende weiterverlegen. Derzeit wird international an Verfahren geforscht, die es bereits dem Rettungsdienst ermöglichen, diejenigen Patienten zielsicher auszuwählen, die besser direkt an ein Zentrum gefahren werden sollten. Alternativ gibt es Kooperationen, bei denen der Neurointerventionalist zum Patienten kommt, wobei im peripheren Krankenhaus in der Wartezeit schon mit der Gefäßdarstellung begonnen werden kann („flying doctor“). Welches Konzept zu welcher Region passt, muss regional und im Netzwerk geregelt werden, entscheidend ist jeweils die kollegiale Absprache.

Weitere aktuelle Tagungsthemen der ANIM 2017, die sich als Bindeglied zwischen Forschung und Praxis der neuromedizinischen Fachrichtungen etabliert hat, sind unter anderem neueste Erkenntnisse zur Interaktion von Gehirn und Immunsystem in der Akutphase des Schlaganfalls und für die Regeneration, aktuelle Studien zur intravenösen Thrombolyse bei unbekanntem Zeitfenster als „Off-Label“ Therapie, die Diskussion der Hirntoddiagnostik unter den neuen Richtlinien sowie neue Forschungsergebnisse in der Neuroinfektiologie und Neuroimmunologie.

Das komplette Programm der ANIM 2017 steht auf der Tagungshomepage www.anim.de zur Verfügung.

Pressevertreter sind herzlich eingeladen, den Kongress zu besuchen, sich über die aktuellen Themen zu informieren und zu berichten.

Gern vermitteln wir Ihnen Experten als Gesprächspartner für Interviews! Akkreditierungen sind über die Tagungshomepage oder direkt über den Pressekontakt möglich.

Pressekontakt:

Kerstin Aldenhoff

Telefon +49 172 3516916

kerstin.aldenhoff@conventus.de

www.anim.de