

Presseinformation

## Behandlungszeitfenster beim Schlaganfall: MRT ist eine zuverlässige Uhr

**2. November 2018 – Ein spezifischer Kernspintomografie-Befund markiert das 4,5-Stunden-Zeitfenster, in dem die Thrombolyse nach einem Schlaganfall wirksam und sicher ist. „Das eröffnet völlig neue Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit unklarem Beginn der Schlaganfallsymptome“, berichtete Professor Waltraud Pfeilschifter heute beim 91. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) im Rahmen der Neurowoche 2018. „Erstmals können auch diese Patienten mit einer Thrombolyse behandelt werden, wenn sie rasch genug eine Stroke Unit erreichen. Bisher war bei unbekanntem Symptombeginn eine Wiedereröffnung der verschlossenen Hirnarterie aufgrund des unkalkulierbaren Risikos grundsätzlich ausgeschlossen.“ Die Schlaganfallexpertin der DGN gab in Berlin einen Überblick über wegweisende Entwicklungen in der Akuttherapie des Schlaganfalls und präsentierte neue Studien zur passgenau auf die Schlaganfallursache abgestimmten medikamentösen Sekundärprophylaxe.**

Pro Jahr erleiden ca. 250 Personen pro 100.000 Einwohner einen Schlaganfall. Bezogen auf Deutschland, heißt das: Jährlich kommt es zu ca. 210.000 Schlaganfällen. Legt man die Vorhersagen des Statistischen Bundesamts zur Bevölkerungsentwicklung zugrunde, wird sich bis zum Jahr 2050 die Zahl der Schlaganfälle allein aufgrund der zunehmend älter werdenden Bevölkerung um ca. 66 Prozent erhöhen. Experten rechnen für das Jahr 2050 mit mindestens 350.000 Schlaganfällen/Jahr.

### **WAKE-UP: MRT-Befund identifiziert Patienten mit unklarem Symptombeginn für Thrombolyse**

Eine unverzügliche Wiedereröffnung der verschlossenen Hirnarterie mittels Thrombolyse oder Thrombektomie kann in vielen Fällen eine bleibende Behinderung abwenden. Die i.v.-Thrombolyse beim Schlaganfall ist nur innerhalb des engen Zeitfensters von 4,5 Stunden möglich. „Mehrere Placebo-kontrollierte Studien haben gezeigt, dass es bei späterer Behandlung häufiger zu den gefürchteten thrombolyseassoziierten Hirnblutungen kommt“, erläutert Waltraud Pfeilschifter, leitende Oberärztin vom Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie vom Universitätsklinikum Frankfurt. In die bisherigen Studien wurden allerdings keine Patienten eingeschlossen, bei denen der Zeitpunkt des Symptombeginns unklar war. „Dies sind Patienten, die mit Schlaganfallsymptomen erwachen oder wegen einer Sprachstörung nicht in der Lage sind, den Symptombeginn zu benennen“, so Pfeilschifter.

MRT-Untersuchungen hatten gezeigt, dass ein „mismatch“ zwischen der Sichtbarkeit des Hirninfarkts in den hochempfindlichen, direkt die Zellschädigung anzeigenden diffusionsgewichteten MRT-Sequenzen (DWI) und einer fehlenden Sichtbarkeit in der T2-gewichteten FLAIR-Sequenz Patienten identifizieren kann, die sich noch im 4,5-Stunden-Zeitfenster für die Thrombolyse befinden dürften. Die dieses Jahr von einem europäischen Forschungskonsortium um Prof. Götz Thomalla aus dem Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg publizierte WAKE-UP-Studie konnte belegen, dass die Thrombolyse auch bei Patienten mit unklarem Beginn der Schlaganfallsymptome wirksam und sicher

ist, wenn sie im MRT ein DWI-FLAIR-mismatch aufweisen (die DGN berichtete). „Somit können nun auch diese Patienten erstmals mit einer Thrombolyse behandelt werden, wenn sie rasch genug eine Stroke Unit erreichen“, sagt die Neurologin.

### **Das BSG-Urteil gefährdet die flächendeckende Schlaganfallversorgung**

In Deutschland gibt es 320 zertifizierte Stroke Units, die sich auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisiert haben. Sie halten rund um die Uhr eine unverzügliche Schlaganfall-Diagnostik und -Therapie vor, die im Bedarfsfall die neurointerventionelle oder neurochirurgische Behandlung einschließt – entweder vor Ort oder durch eine vertraglich gesicherte Kooperation mit einem Zentrum. In dem Fall muss die Weiterverlegung der Patienten sofort und mit maximal 30 Minuten Transportzeit erfolgen. Hierfür und für die umfassende Betreuung von Schlaganfall-Patienten im interdisziplinären Pflege- und Therapeutenteam erhalten die Kliniken mit Stroke Unit eine gesonderte Vergütung.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG), das entschieden hat, dass „30 Minuten Transportzeit“ bereits ab der Entscheidung zum Transport gelten sollen, stehen nun viele Stroke Units vor dem Problem, dass ihnen für alle Schlaganfallpatienten die gesonderte Vergütung verweigert wird, obwohl nur fünf bis zehn Prozent dieser Patienten tatsächlich weiterverlegt werden müssen (BSG-Urteil vom 19. Juni 2018; B1 KR38/17 R und B1 KR 39/17 R; die DGN berichtete). Da damit die kostendeckende Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet sei, besteht die Gefahr, dass sich Stroke Units ohne eigene Thrombektomiekapazität aus der flächendeckenden Schlaganfallbehandlung zurückziehen. Dies sei eine groteske Perspektive, die auch die Verpflichtung der Krankenkassen zur Sicherstellung der Versorgung tangiere, so Pfeilschifter.

### **ESUS: Was tun bei embolischem Schlaganfall mit ungeklärter Emboliequelle?**

Eine wichtige Leistung der Stroke Units ist neben der Akuttherapie die Anpassung einer individuell maßgeschneiderten Sekundärprophylaxe zur Verhinderung weiterer Schlaganfälle. Diese richtet sich nach der Ursache des Hirninfarkts. Wenn ein Vorhofflimmern zugrunde liegt, ist eine orale Antikoagulation angezeigt, während nach Schlaganfällen, die auf Verengungen und Atherosklerose der großen und kleineren Hirngefäße zurückzuführen sind, ASS zur Hemmung der Blutplättchen verschrieben wird.

„In etwa einem Viertel der Fälle kann die Schlaganfallursache trotz sorgfältiger Untersuchung nicht identifiziert werden, und für diese Patientengruppe war bislang unklar, welche die geeignetste Sekundärprophylaxe ist“, erläutert Pfeilschifter. Wenn bei diesen Patienten das Infarktmuster auf eine Auslösung des Schlaganfalls durch ein Gerinnsel aus dem Kreislauf hindeutet und eine standardisierte Reihe an Untersuchungen keine erklärenden Befunde erbracht hat, spricht man von einem „ESUS“ (embolic stroke of unknown source).

Die RESPECT-ESUS-Studie untersucht in dieser Situation die Wirksamkeit einer Antikoagulation mit dem Non-Vitamin-K-Antagonisten Dabigatran im Vergleich gegen den Plättchenhemmer ASS. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse war für Oktober angekündigt.

## **POINT: Überlegene Wirksamkeit der doppelten Plättchenhemmung in der frühen Schlaganfall-Sekundärprophylaxe**

Patienten mit nichtkardioembolischen Hirninfarkten erhalten bislang ASS zur Hemmung der Blutplättchen. Die Kombination von ASS mit Clopidogrel, einem zweiten Plättchenhemmer, brachte in der Langzeittherapie nach bisherigem Kenntnisstand keinen zusätzlichen Nutzen, erhöhte aber Blutungsrisiken. 2013 sorgte jedoch bereits die chinesische CHANCE-Studie für Aufsehen: Sie zeigte, dass eine kurzzeitig eingenommene duale Plättchenhemmung das Risiko weiterer Schlaganfälle in den ersten drei Monaten nach einem Schlaganfall senkt. „Bislang war nicht klar, ob sich diese Ergebnisse auch auf die europäische Situation übertragen lassen. Die im Sommer 2018 publizierte POINT-Studie konnte das chinesische Ergebnis in einem internationalen Patientenkollektiv erhärten und zeigt, dass die duale Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel nach transitorisch-ischämischer Attacke oder leichtem Schlaganfall einer Monotherapie mit ASS überlegen ist“, erläutert Pfeilschifter. Der größte Nutzen der Kombinationstherapie scheint hierbei in den ersten 30 Tagen zu liegen.

### **Literatur**

- Thomalla G et al.: WAKE-UP Investigators. MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. N Engl J Med. 2018 Aug 16;379(7):611-622. doi: 10.1056/NEJMoa1804355.
- Informationen zur RESPECT-ESUS-Studie: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02239120>
- Johnston SC et al.: Clopidogrel and Aspirin in Acute Ischemic Stroke and High-Risk TIA. N Engl J Med. 2018 Jul 19;379(3):215-225.

### **Fachlicher Kontakt bei Rückfragen:**

#### **Prof. Dr. med. Waltraud Pfeilschifter**

Fachärztin für Neurologie, Neurologische Intensivmedizin, Notfallmedizin  
Ltd. Oberärztin Universitätsklinikum Frankfurt (JWGU): ZNN Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie  
Haus 95, Schleusenweg 2–16, 60528 Frankfurt am Main  
Tel.: +49 (0)69 6301639, E-Mail: [Waltraud.Pfeilschifter@kgu.de](mailto:Waltraud.Pfeilschifter@kgu.de)

### **Kongress-Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Neurologie**

c/o albertZWEI media GmbH, Oettingenstraße 25, 80538 München  
Tel.: +49 (0)89 46148622, Fax: +49 (0)89 46148625  
Pressesprecher: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen  
E-Mail: [dgn@albert-zwei.de](mailto:dgn@albert-zwei.de)

### **Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)**

sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren über 9000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin. [www.dgn.org](http://www.dgn.org)

Präsident: Prof. Dr. med. Gereon R. Fink

Stellvertretende Präsidentin: Prof. Dr. med. Christine Klein

Past-Präsident: Prof. Dr. med. Ralf Gold

Geschäftsführer: Dr. rer. nat. Thomas Thiekötter

Geschäftsstelle: Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0)30 531437930, E-Mail: [info@dgn.org](mailto:info@dgn.org)