

Geschäftsstelle & Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin

Florian Schneider

Telefon: +49 (0) 30 916070-70

Mobil: +49 (0) 171 44 58 201

Fax: +49 (0)30 916070-22

E-Mail: dgnr@neuroradiologie.de

Internet: www.neuroradiologie.de

PRESSEMITTEILUNG

50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

15.-17. Oktober 2015 in Köln

Schlaganfall-Behandlung: Die mechanische Entfernung des Gerinnsels ist beim schweren Schlaganfall nachweislich besser als seine medikamentöse Auflösung

Prof. Liebig (Köln): Minimalinvasive Behandlung aus der Neuroradiologie sollte Standardtherapie werden

Köln, 15. Oktober 2015 – Fünf internationale Studien, alle 2015 hochrangig publiziert, haben gezeigt, dass die mechanische Gefäßeröffnung (Thrombektomie) bei der Behandlung schwerer Schlaganfälle bessere Ergebnisse erzielen kann als eine rein medikamentöse Therapie (Thrombolyse). Vor allem beim Verschluss großer Hauptarterien haben sich die Patienten nach einer Thrombektomie relativ schnell erholt und konnten häufiger ihre funktionelle Unabhängigkeit zurückgewinnen. „Das sind sehr erfreuliche und wichtige Fortschritte in der Akutbehandlung des Schlaganfalls“, resümiert Prof. Thomas Liebig, Leiter der Neuroradiologie der Uniklinik Köln bei der 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie.

Die Akutbehandlung ist beim Schlaganfall der entscheidende Faktor. Gelangt ein Gerinnsel in den Kopf und verstopft dort ein Gefäß, können die davon versorgten Hirnareale nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Spätestens dann läuft die Uhr: Pro Minute zerstört ein Schlaganfall, statistisch gesehen, 1,9 Millionen Nervenzellen. Als häufigste Therapieform kam bisher die Thrombolyse zum Einsatz, bei welcher der Arzt ein Medikament in die Vene spritzt, das das Gerinnsel auflöst. Wie Prof. Liebig betont, funktioniert das allerdings nur bis zu einer bestimmten Thrombusgröße. Außerdem müsse der zuführende Blutfluss zumindest im Wesentlichen erhalten sein, da sonst das Medikament nicht an seinen Wirkungsort gelangen kann. Dagegen sei eine mechanische Entfernung auch bei größeren Gerinnseln möglich, wie die neuen Studien gezeigt hätten.

Bei der Thrombektomie kommen Mikrokatheter zum Einsatz, die bildgesteuert bis an den Verschluss der Arterie geführt werden. Über diesen wird dann ein so genanntes Thrombektomiesystem über dem Thrombus freigesetzt, das ähnlich wie ein Stent funktioniert. Das Geflecht dieses Stents greift den Thrombus und wird zusammen mit diesem in einen größeren Katheter zurückgezogen.

Eingriff kann auch am wachen Patienten vorgenommen werden – manche Behandlung wirkt schon nach Minuten

Die Prozedur kann sowohl unter Vollnarkose als auch am wachen Patienten durchgeführt werden. Bei Verzicht auf eine Vollnarkose haben sich in klinischen Studien Vorteile gezeigt. Ob ein zeitweiliger Blutdruckabfall mit der Vollnarkose oder anderen Faktoren zusammenhängt, muss durch weitere Studien untersucht werden, bevor daraus Standardempfehlungen abzuleiten sind. Der Eingriff gilt als einigermaßen schmerzfrei. Wichtig ist die Kooperation des Patienten, insbesondere wegen des angewandten Röntgenverfahrens. Es dauert im Schnitt etwa 30 bis 40 Minuten, bis das Gefäß wieder offen ist, tatsächlich gelingen jedoch viele Behandlungen schon nach wenigen Minuten.

Ein größeres Zeitfenster

Ein weiterer Vorteil: Die Thrombolyse soll nur bis höchstens viereinhalb Stunden nach einem Hirninfarkt durchgeführt werden. Danach ist das Risiko zu hoch, dass das Medikament eine Blutung in der Infarkt-Region verursacht. Dagegen könne bei der mechanischen Thrombektomie das Zeitfenster nach den vorliegenden Studien erweitert werden, wie Neuroradiologe Liebig erklärt. „In den Studien wird von sechs, acht, in einer Studie sogar bis zwölf Stunden nach dem Infarkt berichtet. In dieser Zeit soll eine Thrombektomie potenziell immer noch zum Vorteil des Patienten sein“.

Insgesamt sei es also mit dem Therapieverfahren möglich, einen höheren Prozentsatz der Patienten als bisher so zu behandeln, dass sie weiterleben könnten ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, erklärt Liebig, der die Methode aus diesem Grund als Standardtherapie der Zukunft beim schweren Schlaganfall sieht. „Sicher sind Kosten und Aufwand bei der Thrombektomie höher als bei der Thrombolyse. Bedenkt man aber, dass Schlaganfall-Patienten bei Nicht-Behandlung oder ungünstigem Ergebnis häufig auf extrem kostenintensive Langzeitpflege angewiesen sind, rechnen sich anfängliche Mehrkosten auch für das Gesundheitssystem“. Durchgeführt werden könne das Verfahren von dafür ausgebildeten Neuroradiologen in entsprechend ausgerüsteten Krankenhäusern. Optimal sei die Versorgung innerhalb der deutschlandweit mehr und mehr entstehenden Neurovaskulären Netzwerke, die auf Schlaganfall und Gefäßerkrankungen auch über die reine Akutphase hinaus spezialisiert sind.

Fachlicher Kontakt bei Rückfragen:

Prof. Dr. Thomas Liebig
Leiter Neuroradiologie
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Uniklinik Köln
Tel.: 0221/478-82035
Mail: thomas.liebig@uk-koeln.de