

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Fallbericht: Junge Patientin mit Media-Insult

Hoke M

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2014;

11 (3), 22-24

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie



Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

SITZ GUT, TUT GUT!

EINFACH SCHLUSS MIT
HÄMORRHOIDALLEIDEN!

EASY-TO-USE
AKUT
THERAPIE

✓ Einfache Einnahme

✓ Auf eine Akut-Therapie abgestimmt

✓ Wirkt gezielt von innen



Eine Innovation von Dioscomb®, **Österreichs Nr. 1** bei Venenpräparaten*

*IQVIA Hinausverkauf aus der Apotheke in Einheiten YTD April 2026

Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Dioscomb® 1000 mg Filmtabletten; **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 1000 mg mikronisierte Flavonoide, bestehend aus 900 mg Diosmin und 100 mg anderen Flavonoiden, dargestellt als Hesperidin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Magnesiumstearat, Talkum, Maisstärke, Gelatine, mikrokristalline Zellulose (Typ 102). Filmüberzug: Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Macrogol 3350, partiell hydrolysiertes Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Maltodextrin, Guargalactomannan (E412), Hypromellose (E464), mittelkettige Triglyzeride. **Anwendungsgebiete:** Dioscomb ist bei Erwachsenen angezeigt zur: Behandlung von chronischer Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten bei folgenden funktionellen Symptomen: schwere Beine und Schwellungen, Schmerzen, nächtliche Krämpfe der unteren Extremitäten. Symptomatische Behandlung von akuten Hämorrhoidalbeschwerden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kapillarstabilisierende Mittel; Bioflavonoide, Diosmin, Kombinationen. ATC-Code: C05CA53. **Inhaber der Zulassung:** ExtractumPharma zrt. H-1044 Budapest, Megyeri út 64. Ungarn. **Zulassungsnummer:** 141737 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 07/2024; **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft, Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen dieses Arzneimittels informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

ERWO
P H A R M A

Fallbericht: Junge Patientin mit Media-Insult

M. Hoke

Aus der Klinischen Abteilung für Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Wien

■ Einleitung

Ischämische Schlaganfälle sind mit einer hohen Morbidität und Mortalität vergesellschaftet [1]. Die häufigsten Ursachen hierfür sind Embolien aus atheromatös veränderten Gefäßabschnitten (z. B. Karotisbifurkation) oder kardiale Embolien (z. B. bei Vorhofflimmern) [2]. Daher sind junge Menschen in der Regel selten betroffen. Dennoch können ischämische Schlaganfälle auch in jungen Jahren auftreten [3]. Der Verlauf solcher Ereignisse stellt sich nicht selten als komplex dar.

■ Fallbericht

Eine 26-jährige Frau (160 cm, 75 kg) wurde zuhause mit dem klinischen Bild einer Hemiparese und Aphasie aufgefunden. Die Patientin war ansprechbar. Anamnestisch waren, bis auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (Mb. Crohn), keine weiteren Krankheiten bekannt. Die Patientin wurde unmittelbar in ein großes Versorgungsspital mit Stroke-Unit eingeliefert. Im MRT fand sich ein Verschluss der linken A. carotis interna, bis in die A. cerebri media reichend. Des Weiteren bestand der Verdacht auf Dissektion der proximalen Abschnitte der linken A. carotis communis, weshalb eine CT-Angiographie der Aorta durchgeführt wurde. Diese war aufgrund starker Pulsations- und Hochkontrastartefakte und fehlender EKG-Triggerung nur eingeschränkt beurteilbar. Es zeigte sich eine Doppelkontur der Aorta ascendens, passend zu einer Dissektionslamelle. Der Ursprung jener Struktur war jedoch Artefakt-bedingt nicht zu eruieren (Abb. 1). Des Weiteren fand sich das Bild eines intramuralen Hämatoms der linken, verschlossenen A. carotis communis.

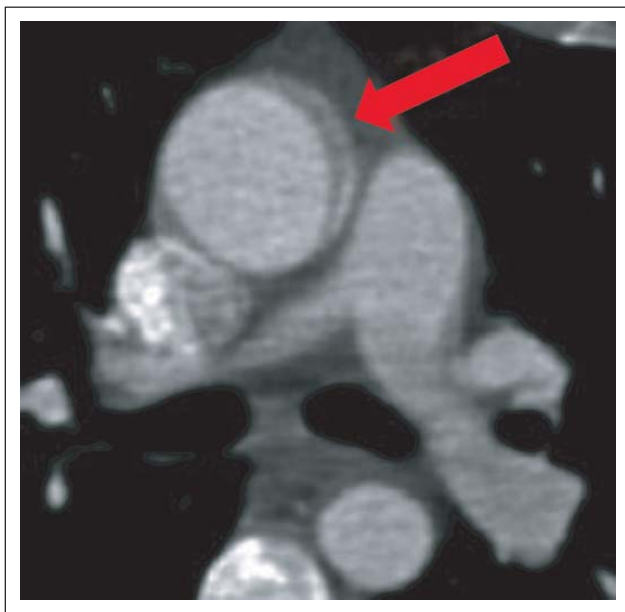


Abbildung 1: CT-Angiographie: Aorta ascendens mit fraglicher Dissektionslamelle (Pfeil).

Bei nunmehrigem Verdacht auf Aortendissektion wurde die Patientin an ein tertiäres Zentrum mit verfügbarer Herzchirurgie überstellt. Bei Übernahme herrschten eine komplette Hemisymptomatik rechts, sowie eine komplette Aphasie vor. In Anbetracht der akuten Situation wurde der Entschluss zur operativen Sanierung der Aorta gefasst. Nach erfolgter Sternotomie wurde jedoch nach Exploration klar, dass es sich um keine Aortendissektion handelte. Die Operation wurde daher beendet und die Patientin intubiert an die Intensivstation überstellt.

Fortführende bildende Maßnahmen zeigten im weiteren klinischen Verlauf einen großen Infarkt im Stromgebiet der linken A. cerebri media (MCA), mit zunehmender Ödembildung (Abb. 2). Daher wurde eine Caminosonde zur Hirndruckbestimmung implantiert.

Die Pathologie am Aortenbogen wurde nun als intramurale Raumforderung angesehen und in weiterer Folge eine transösophageale Echokardiographie durchgeführt. Diese zeigte eine deutliche Wandverdickung (5 mm) der kranialen, thorakalen Aorta sowie des Aortenbogens, ohne Hinweis auf Dissektion (Abb. 3). In Anbetracht der Befunde erschien nun eine vaskulitische Genese wahrscheinlich. Aufgrund der bis dato stattgefundenen Interventionen waren Laborresultate (Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein) zur Diagnosesicherung einer Vaskulitis nicht zu verwerten.



Abbildung 2: CT-Schädel: Ausgeprägter, linksseitiger Media-Insult mit Kompression des linken Seitenventrikels.

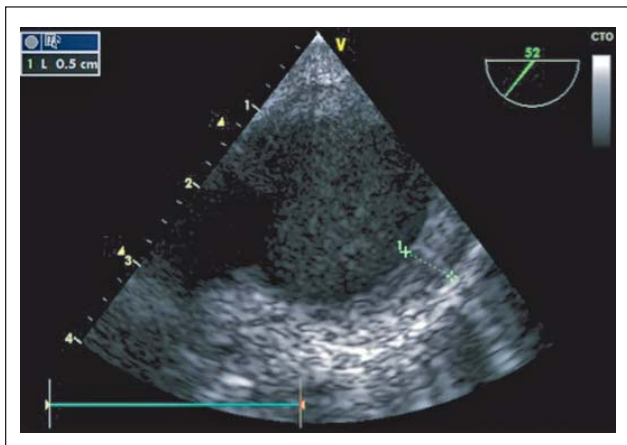


Abbildung 3: Transösophageale Echokardiographie: Deutlich zeigt sich eine Wandverdickung (5 mm) der kranialen thorakalen Aorta.

Aufgrund der Lokalisation der Wandverdickung im Aortenbogen war von einer Takayasu-Arteriitis auszugehen. Die Patientin erhielt unmittelbar eine hochdosierte Kortikosteroidtherapie (Aprednisolon 1 mg/kg KG). Eine Positronen-Emission-Tomographie (PET) war zu diesem Zeitpunkt aufgrund des instabilen Zustandes der Patientin nicht durchführbar. Nach mehreren Tagen an der Intensivstation und nach Beendigung der Sedierung zeigten sich im neurologischen Status weiter eine hochgradige Hemiparese rechts, sowie eine motorische und sensorische Globalaphasie. Rehabilitierende Maßnahmen wurden unmittelbar begonnen. Die Therapie mit Aprednisolon wurde fortgeführt und schrittweise reduziert.

Nach 3 Wochen umfassender Rehabilitation zeigten sich kleine, jedoch merkbare Fortschritte in Hinblick auf die neurologische Symptomatik. Nach logopädischer Begutachtung konnte die Umstellung auf orale Kost freigegeben werden, die Hemiparese lag jedoch noch vor.

In einer zu diesem Zeitpunkt durchgeführten PET-CT fand sich kein Nachweis entzündlicher Veränderungen im dargestellten Gefäßsystem (Abb. 4). Weiterhin zeigte sich ein Verschluss der linken A. carotis communis.

Nach 5 Wochen stationärem Aufenthalt konnte die Patientin teilmobilisiert in ein Rehabilitationszentrum entlassen werden. Als immunsuppressive Therapie wurde (überlappend zu Aprednisolon) Azathioprin (50 mg 1 × 1 tgl.) verordnet. Es wurde weiter empfohlen, die Therapie mit Azathioprin, bei guter Verträglichkeit, auf 100 mg 1 × 1 tgl. zu steigern und die Therapie mit Aprednisolon sukzessive zu reduzieren bzw. zu beenden.

■ Diskussion

Die Takayasu-Arteriitis ist eine höchst seltene Erkrankung, welche mehrheitlich junge Frauen betrifft. Die Inzidenz liegt im mitteleuropäischen Raum bei ca. 0,1/100.000 [4, 5]. Oftmals findet sich initial eine unspezifische Symptomatik wie z. B. Müdigkeit oder Antriebslosigkeit. Durchblutungsstörungen an den (oberen) Extremitäten oder im Bereich der Visceralarterien sind ebenfalls Symptome einer Takayasu-Arteriitis [6].

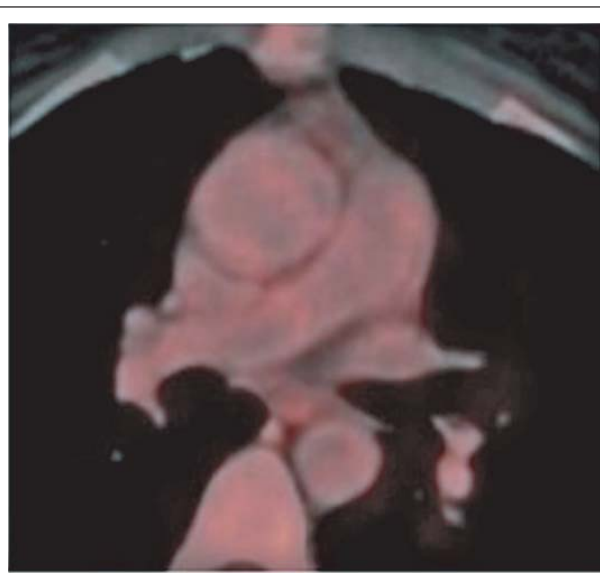


Abbildung 4: PET-CT: Vaskulitische Prozesse sind nach 3 Wochen hochdosierter Kortikosteroidtherapie nicht mehr nachweisbar.

Der hier geschilderte Fall zeigt sicherlich eine der massivsten Folgen einer Takayasu-Arteriitis. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass bei Mb. Crohn-Patienten gehäuft eine Koinzidenz einer Takayasu-Arteriitis beobachtet wurde [7, 8]. Eine verstärkte Gerinnungsaktivierung, wie sie im Rahmen eines Mb. Crohn bekannt ist, könnte in diesem Fall den schweren klinischen Ausprägungsgrad beeinflusst haben [9].

Schichtbildgebende Maßnahmen können im Akutfall durch Artefakte erschwert interpretiert werden [10, 11]. Daher konnte eine Aortendissektion nicht ausgeschlossen werden, zumal sich eine kleine Doppellamelle im Bereich des Aortenbogens gezeigt hatte. Diese konnte erst mit Hilfe der transösophagealen Echokardiographie ausgeschlossen werden. Daher sollte bei Verdacht auf Pathologien im Bereich der Aorta und unklarem CT-Befund an eine echokardiographische Untersuchung durchgeführt werden [12].

Literatur:

- Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2014; 383: 218.
- Mohr JP, Albers GW, Amarenco P, et al. American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. Etiology of stroke. *Stroke* 1997; 28: 1501–6.
- Bevan H, Sharma K, Bradley W. Stroke in young adults. *Stroke* 1990; 21: 382–6.
- Ringleb PA, Strittmatter EI, Loewer M, et al. Rheumatology (Oxford). Cerebrovascular manifestations of Takayasu arteritis in Europe. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44: 1012–5.
- Johnston SL, Lock RJ, Gompels MM. Takayasu arteritis: a review. *J Clin Pathol* 2002; 55: 481–6.
- Arend WP, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1129–34.
- Kusunoki R, Ishihara S, Sato M, et al. Rare case of Takayasu's arteritis associated with Crohn's disease. *Intern Med* 2011; 50: 1581–5.
- Taddio A, Maschio M, Martelossi S, et al. Crohn's disease and Takayasu's arteritis: an uncommon association. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 5933–5.
- Rustagi T, Majumder S. Crohn's-Takayasu's arteritis overlap with hypercoagulability: an optimal milieu for ischemic stroke. *J Dig Dis* 2011; 12: 142–6.
- Raymond CE, Aggarwal B, Schoenhagen P, et al. Prevalence and factors associated with false positive suspicion of acute aortic syn-

drome: experience in a patient population transferred to a specialized aortic treatment center. *Cardiovasc Diagn Ther* 2013; 3: 196–204.

11. Harris KM, Strauss CE, Eagle KA, et al. Correlates of delayed recognition and treatment of acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dis-

section (IRAD). *Circulation* 2011; 124: 1911–8.

12. Willens HJ, Kessler KM. Transesophageal echocardiography in the diagnosis of diseases of the thoracic aorta: part 1. Aortic dissection, aortic intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic ulcer of the aorta. *Chest* 1999; 116: 1772–9.

Korrespondenzadresse:

PD. Dr. Matthias Hoke

Klinische Abteilung für Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: matthias.hoke@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung