

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Glawar-Morscher B, Ferrari J

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2009; 10 (3), 88-90

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.-4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.-13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria_HFB/Alto/Wiki | Stock Adobe

News-Screen Neurologie

B. Glawar-Morscher, J. Ferrari

■ Neuroimaging in Trigeminal Autonomic Cephalgias: When, How, and of What?

Wilbrink LA et al. *Curr Opin Neurol* 2009; 22: 247–53.

Abstract

Purpose of Review: Trigeminal autonomic cephalgias (TACs) are characterized by frequent, short-lasting headache attacks with ipsilateral facial autonomic features. They include cluster headache, paroxysmal hemicrania, and short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing. The pathogenesis of TACs is largely unknown, but many case reports in the literature suggest that TACs are secondary to structural lesions. Thus, the question arises whether TAC patients should undergo neuroimaging. Here, we review the recent literature on secondary TACs and attempt to formulate guidelines for neuroimaging.

Recent Findings: Recently, we published two reviews of, in total, 33 case reports of patients with a secondary TAC or TAC-like syndrome. Since then, 23 additional cases have been published. Here, we provide a summary of these 56 case reports. TACs were found to be associated with a wide range of both intracranial and extracranial neurovascular and structural lesions. We could not identify a “typical” clinical warning profile for secondary TACs as these patients could present with clinical features that are entirely characteristic of a TAC, including alternating attack and attack-free periods, and excellent response to TAC-specific treatments.

Summary: Even clinically typical TACs can be caused by structural lesions. There are no “typical” warning signs or symptoms. Neuroimaging should be considered in all patients with TAC or TAC-like syndromes, notably in those with atypical presentation. Depending on the degree of suspicion, additional imaging should be considered assessing intracranial and cervical vasculature, and the sellar and paranasal region.

In dieser Übersichtsarbeit namhafter Kopfschmerzexperten der Leidener Universität wird das Thema der Radiodiagnostik beim trigeminoautonomen Kopfschmerz beleuchtet. In den vergangenen Jahren wurden in deutlich ansteigender Frequenz Fallberichte von Patienten mit sekundärem trigeminoautonomen Kopfschmerz publiziert. 56 Fälle werden in diesem Artikel besprochen.

Auffallend ist dabei, dass bei diesen Patienten nur zum Teil atypische Formen beobachtet wurden. Bei vielen hingegen wurden passende klinische Muster, ein periodisches Auftreten und Ansprechen auf etablierte Therapien wie Sauerstoffgabe, Verapamil, Sumatriptan und Indometacin berichtet. Als Ursache des sekundären trigeminoautonomen Kopfschmerzes wurde in der Hälfte der Patienten ein Hirntumor gefunden (in 50 % davon Hypophysentumoren) und in 39 % vaskuläre

Erkrankungen wie Dissektionen, Aneurysmen sowie arterielle oder venöse thrombotische Veränderungen. Als seltenere Ursachen wurden demyelinisierende Erkrankungen gefunden.

Unter spezifischer Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung besserte sich auch die Kopfschmerzproblematik der Patienten.

Relevanz für die Praxis

Eine neuroradiologische Abklärung mit MRT sowie MRA sowie eine Untersuchung der hinzuführenden Arterien sollte bei Patienten mit trigeminoautonomen Kopfschmerz überlegt werden. Insbesondere bei atypischen Formen, bei zusätzlichen Statusauffälligkeiten oder bei einer Änderung im klinischen Erscheinungsbild wird eine elektive Abklärung empfohlen, im Einzelfall wird es trotz des relativ hohen diagnostischen Aufwands auch notwendig sein, Spezialschichtungen durchführen zu lassen.

■ Aspirin vs Anticoagulation in Carotid Artery Dissection: a Study of 298 Patients

Georgiadis D et al. *Neurology* 2009; 72: 1810–5.

Abstract

Background: No randomized study has yet compared efficacy and safety of aspirin and anticoagulants in patients with spontaneous dissection of the cervical carotid artery (sICAD).

Methods: Prospectively collected data from 298 consecutive patients with sICAD (56 % men; mean age 46 ± 10 years) treated with anticoagulants alone (n = 202) or aspirin alone (n = 96) were retrospectively analyzed. Admission diagnosis was ischemic stroke in 165, TIA in 37, retinal ischemia in 8, and local symptoms and signs (headache, neck pain, Horner syndrome, cranial nerve palsy) in 80 patients, while 8 patients were asymptomatic. Clinical follow-up was obtained after 3 months by neurologic examination (97 % of patients) or structured telephone interview. Outcome measures were (1) new cerebral ischemic events, defined as ischemic stroke, TIA, or retinal ischemia, (2) symptomatic intracranial hemorrhage, and (3) major extracranial bleeding.

Results: During follow-up, ischemic events were rare (ischemic stroke, 0.3 %; TIA, 3.4 %; retinal ischemia, 1 %); their frequency did not significantly differ between patients treated with anticoagulants (5.9 %) and those treated with aspirin (2.1 %). The same was true for hemorrhagic adverse events (anticoagulants, 2 %; aspirin, 1 %). New ischemic events were significantly more frequent in patients with ischemic events at onset (6.2 %) than in patients with local symptoms or asymptomatic patients (1.1 %).

Conclusions: *Within the limitations of a nonrandomized study, our data suggest that frequency of new cerebral and retinal ischemic events in patients with spontaneous dissection of the cervical carotid artery is low and probably independent of the type of antithrombotic treatment (aspirin or anticoagulants).*

Dissektionen hirnversorgender Arterien sind in bis zu 25 % als Ursache für Schlaganfälle bei Patienten < 50 Jahren anzusehen. In dieser Arbeit von Georgiadis et al. wurden prospektiv Daten von 298 Patienten mit spontanen Dissektionen an der Arteria carotis interna über einen Zeitraum von 18 Jahren (1987–2005) gesammelt und retrospektiv ausgewertet. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der prophylaktischen Wirksamkeit zwischen Antikoagulation und Aspirin. Es zeigte sich in dieser Arbeit ein insgesamt niedriger Anteil an neuerlichen zerebrovaskulären Ereignissen (ischämischer Schlaganfall 0,3 %; transitorische ischämische Attacke 3,4 %; retinale Ischämie 1 %), entscheidender als die gewählte Therapie war die primär klinische Symptomatik als Risiko für ein Rezidivereignis.

Die Studie hat wohl einige Einschränkungen, so wurde sie nicht randomisiert durchgeführt, zudem haben sich über die Jahre die diagnostischen Möglichkeiten geändert. Außerdem muss erwähnt werden, dass in den ersten Jahren vorwiegend antikoaguliert wurde, während in den letzten Jahren vermehrt auf Aspirin eingestellt wurde. Eine prospektive, randomisierte Studie wird deswegen auch von den Autoren empfohlen, wengleich die Umsetzung in Anbetracht der niedrigen Inzidenz sicher nicht einfach ist.

Relevanz für die Praxis

Trotz einiger Einschränkungen in der Bewertbarkeit zeigt sich in dieser Arbeit, dass bei spontaner Dissektion im Bereich der Arteria carotis interna kein Unterschied bezüglich der sekundärprophylaktischen Wirksamkeit zwischen Antikoagulation und Aspirin besteht. Die Entscheidung zur Antikoagulation wird damit in Anbetracht der damit verbundenen Risiken und des erhöhten Aufwands gut zu überdenken sein.

■ Effectiveness of Thigh-length Graduated Compression Stockings to Reduce the Risk of Deep Vein Thrombosis After Stroke (CLOTS trial 1): a Multicentre, Randomised Controlled Trial

The CLOTS Trials Collaboration. Lancet 2009; 373: 1958–65.

Abstract

Background: *Deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism are common after stroke. In small trials of patients undergoing surgery, graduated compression stockings (GCS) reduce the risk of DVT. National stroke guidelines extrapolating from these trials recommend their use in patients with stroke despite insufficient evidence. We*

assessed the effectiveness of thigh-length GCS to reduce DVT after stroke.

Methods: *In this outcome-blinded, randomised controlled trial, 2518 patients who were admitted to hospital within 1 week of an acute stroke and who were immobile were enrolled from 64 centres in the UK, Italy, and Australia. Patients were allocated via a central randomisation system to routine care plus thigh-length GCS (n = 1256) or to routine care plus avoidance of GCS (n = 1262). A technician who was blinded to treatment allocation undertook compression Doppler ultrasound of both legs at about 7–10 days and, when practical, again at 25–30 days after enrolment. The primary outcome was the occurrence of symptomatic or asymptomatic DVT in the popliteal or femoral veins. Analyses were by intention to treat. This study is registered, number ISRCTN28163533.*

Findings: *All patients were included in the analyses. The primary outcome occurred in 126 (10.0 %) patients allocated to thigh-length GCS and in 133 (10.5 %) allocated to avoid GCS, resulting in a non-significant absolute reduction in risk of 0.5 % (95%-CI: -1.9–2.9 %). Skin breaks, ulcers, blisters, and skin necrosis were significantly more common in patients allocated to GCS than in those allocated to avoid their use (64 [5 %] vs 16 [1 %]; odds ratio 4.18; 95%-CI: 2.40–7.27).*

Interpretation: *These data do not lend support to the use of thigh-length GCS in patients admitted to hospital with acute stroke. National guidelines for stroke might need to be revised on the basis of these results.*

Eine gefürchtete (und nicht so seltene) Komplikation bei immobilen Patienten nach einem Schlaganfall ist das Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose. Obwohl viele Schlaganfall-Richtlinien das Tragen von Kompressionsstrümpfen nach einem Schlaganfall zur Vermeidung einer Thrombose empfehlen, gab es bisher keine harte Evidenz zu diesem Thema (die Studien wurden hauptsächlich bei chirurgischen Patienten durchgeführt).

Die vorliegende CLOTS-1-Studie, eine multizentrische randomisierte Studie, untersuchte, ob bei 2518 Patienten, welche mit einem akuten Schlaganfall aufgenommen wurden und deutlich immobil waren, das Auftreten einer proximalen tiefen Beinvenenthrombose durch die Gabe von Kompressionsstrümpfen zusätzlich zur etablierten Routinetherapie (frühe Mobilisation, Flüssigkeitsgabe und niedermolekulares Heparin) verringert werden konnte. Nach 7–10 Tagen bzw. nach 25–30 Tagen erfolgte die Durchführung eines Venenduplex. Der primäre Endpunkt war das Auftreten einer symptomatischen oder asymptomatischen Beinvenenthrombose im Bereich der V. femoralis bzw. V. poplitea innerhalb dieser Zeit.

Zusammenfassend zeigte sich kein signifikanter Benefit durch das Tragen von Kompressionsstrümpfen bei immobilen Patienten nach einem Schlaganfall in Bezug auf das Auftreten einer symptomatischen oder asymptomatischen proximalen tiefen Beinvenenthrombose, dafür aber ein ca. 4-fach erhöhtes Risiko für das Auftreten von Hautverletzungen, Ulzera, Bläschenbildung und sogar Hautnekrosen (OR: 4,18 [2,40–7,27]).

Relevanz für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass das Tragen von Kompressionsstrümpfen bei immobilen Patienten nach einem Schlaganfall für das Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose keinen Benefit bringt – im Gegenteil: Das Auftreten von Ulzera bis hin zu Hautnekrosen ist bis zu 4-fach erhöht. Dies sollte auch in die gängigen Richtlinien implementiert werden. Ob andere Methoden, wie z. B. intermittierende pneumatische Kompression, einen Benefit bringen, wird derzeit noch untersucht (CLOT-3-Trial).

Korrespondenzadresse:

Dr. Birgit Glawar-Morscher

*Fachärztin für Neurologie mit Neurologischer Intensivmedizin
A-1090 Wien*

Müllnergasse 26/1

E-Mail: birgit.glawar@gmx.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)