

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

2010; 11 (1), 68-69

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

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025

1.-4. Juni

HANNOVER

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.-13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deiner Dege, Joseph/Karl 70
Deutscher Epileptiker Verband | Stock Adobe

News-Screen Neurologie

B. Glawar-Morscher, J. Ferrari

■ Multiple System Atrophy: An Update

Stefanova N et al. *Lancet Neurol* 2009; 8: 1172–8.

Abstract

Multiple system atrophy (MSA) is a sporadic and rapidly progressive neurodegenerative disorder that presents with autonomic failure in combination with parkinsonism or cerebellar ataxia. Over the past 5 years, substantial progress has been achieved in understanding the pathogenesis of the disease. Important insights into the epidemiology and genetics of MSA have confirmed the key pathogenic role of alpha-synuclein. Advances in the early recognition of this disease have resulted in revised diagnostic criteria, including, for the first time, neuroimaging indices. Finally, novel therapeutic options targeting disease modification have been investigated in clinical trials. These include riluzole, recombinant human growth hormone, and minocycline. Although the trials did not find any positive effects on disease progression, they generated important trial expertise in MSA and were only possible because of the establishment of international networks.

In diesem Artikel der Innsbrucker Gruppe werden neben einer Zusammenfassung epidemiologischer und pathogenetischer Daten die aktuellen Diagnosekriterien der MSA übersichtlich zusammenfasst. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Erwähnung, dass in den neuen, seit 2008 gültigen Konsensuskriterien zusätzlich zu den klinischen nun auch bilddiagnostische Charakteristika in die Beurteilung einer möglichen oder wahrscheinlichen MSA Eingang gefunden haben. Durch die Zusammenarbeit internationaler universitärer Netzwerke in Europa, Amerika und Japan konnten wichtige Informationen zum besseren Verständnis der Erkrankung trotz ihres seltenen Auftretens gefunden werden. Die Therapie muss bislang noch rein symptomatisch angesetzt werden, da Therapieveruche mit Riluzol, Wachstumshormonen und letztlich auch Minozyklin als therapeutische Ansätze negativ blieben. Rasagilin und Rifampicin sind aktuell noch Thema wissenschaftlicher Untersuchungen. Ebenso sind Untersuchungen von Stammzelltransplantationen noch nicht abgeschlossen.

Relevanz für die Praxis

Die aktuellen Diagnosekriterien, die nunmehr auch bilddiagnostische Kriterien mit berücksichtigen, erleichtern in der Praxis die Zuordnung zu dieser seltenen, rasch fortschreitenden Erkrankung. Obwohl die Pathogenese der Erkrankung weiterhin nicht vollständig klar ist, sind in den vergangenen 5 Jahren diesbezüglich wesentliche Fortschritte gelungen. Weitere gezielte Forschung und die Notwendigkeit intensiver Zusammenarbeit spezialisierter Zentren sind erforderlich, um eine frühzeitige Diagnose zu ermöglichen und eventuell aufkommende Therapiestrategien anwenden zu können. Die Anbindung von Patienten mit Verdacht auf MSA an eine Spezialambulanz erscheint aus diesem Grund auch besonders wichtig.

■ Migraine and Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis

Schürks M et al. *BMJ* 2009; 339: b3914.

Abstract

Objective: To evaluate the association between migraine and cardiovascular disease, including stroke, myocardial infarction, and death due to cardiovascular disease. **Design:** Systematic review and meta-analysis. **Data Sources:** Electronic databases (PubMed, Embase, Cochrane Library) and reference lists of included studies and reviews published until January 2009. **Selection criteria:** Case-control and cohort studies investigating the association between any migraine or specific migraine subtypes and cardiovascular disease. **Review methods:** Two investigators independently assessed eligibility of identified studies in a 2 step approach. Disagreements were resolved by consensus. Studies were grouped according to a priori categories on migraine and cardiovascular disease. **Data Extraction:** Two investigators extracted data. Pooled relative risks and 95 % confidence intervals were calculated. **Results:** Studies were heterogeneous for participant characteristics and definition of cardiovascular disease. Nine studies investigated the association between any migraine and ischaemic stroke (pooled relative risk 1.73; 95 % confidence interval 1.31–2.29). Additional analyses indicated a significantly higher risk among people who had migraine with aura (2.16; 1.53–3.03) compared with people who had migraine without aura (1.23; 0.90–1.69; meta-regression for aura status $P = 0.02$). Furthermore, results suggested a greater risk among women (2.08; 1.13–3.84) compared with men (1.37; 0.89–2.11). Age less than 45 years, smoking, and oral contraceptive use further increased the risk. Eight studies investigated the association between migraine and myocardial infarction (1.12; 0.95–1.32) and 5 between migraine and death due to cardiovascular disease (1.03; 0.79–1.34). Only one study investigated the association between women who had migraine with aura and myocardial infarction and death due to cardiovascular disease, showing a twofold increased risk. **Conclusion:** Migraine is associated with a twofold increased risk of ischaemic stroke, which is only apparent among people who have migraine with aura. Our results also suggest a higher risk among women and risk was further magnified for people with migraine who were aged less than 45, smokers, and women who used oral contraceptives. We did not find an overall association between any migraine and myocardial infarction or death due to cardiovascular disease. Too few studies are available to reliably evaluate the impact of modifying factors, such as migraine aura, on these associations.

Die im *British Medical Journal* publizierte Metaanalyse untersuchte anhand der Beurteilung von 25 Studien die Assozia-

tion von Migräne und kardiovaskulären Erkrankungen einschließlich Schlaganfall. Letztlich ergab sich ein 2-fach erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall, das allerdings nur Patienten mit Migräne und Aura betraf. Jüngeres Alter (< 45 Jahre), weibliches Geschlecht, Rauchen und Kontrazeptiva erhöhten das Risiko. Die Kombination einzelner Risikofaktoren schien am schwerwiegendsten zu sein. Eine klare Assoziation zu kardiovaskulären Erkrankungen konnte nicht dargestellt werden. Für zukünftige Studien, die auf diesem Feld sicher benötigt werden, sind klare Kriterien und eine Differenzierung der Migräne in Bezug auf ihre Subtypen wie auch auf die Endpunkte erforderlich. So sollten vor allem kombinierte Endpunkte vermieden werden, ebenso müssen Qualitäten wie Attackenfrequenz und -intensität Beachtung finden.

Relevanz für die Praxis

Patienten, die an Migräne mit Aura leiden, scheinen ein 2-fach erhöhtes Schlaganfallrisiko zu haben, während das Risiko für andere kardiovaskuläre Erkrankungen nicht erhöht zu sein scheint. Eine konsequente Beratung, Therapie und Kontrolle von Migränapatienten bezüglich vaskulärer Risikofaktoren ist damit routinemäßig erforderlich.



■ Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation

Connolly SJ et al. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139–51.

Abstract

Background: Warfarin reduces the risk of stroke in patients with atrial fibrillation but increases the risk of hemorrhage and is difficult to use. Dabigatran is a new oral direct thrombin inhibitor. **Methods:** In this noninferiority trial, we randomly assigned 18,113 patients who had atrial fibrillation and a risk of stroke to receive, in a blinded fashion, fixed doses of dabigatran – 110 mg or 150 mg twice daily – or, in an unblinded fashion, adjusted-dose warfarin. The median duration of the follow-up period was 2.0 years. The primary outcome was stroke or systemic embolism. **Results:** Rates of the primary outcome were 1.69 % per year in the warfarin group, as compared with 1.53 % per year in the group that received 110 mg of dabigatran (relative risk with dabigatran, 0.91; 95 % confidence interval [CI]: 0.74–1.11; $P < 0.001$ for noninferiority) and 1.11 % per year in the group that received 150 mg of dabigatran (relative risk, 0.66; 95 % CI: 0.53–0.82; $P < 0.001$ for superiority). The rate of major bleeding was 3.36 % per year in the warfarin group, as compared with 2.71 % per year in the group receiving 110 mg of dabigatran ($P = 0.003$) and 3.11 % per year in the group receiving 150 mg of dabigatran ($P = 0.31$). The rate of hemorrhagic stroke was 0.38 % per year in the warfarin group, as compared with 0.12 % per year with 110 mg of dabigatran ($P < 0.001$) and 0.10 % per year with 150 mg of dabigatran ($P < 0.001$). The mortality rate was 4.13 % per year in the warfarin group, as compared with 3.75 % per year with 110 mg of dabigatran ($P = 0.13$) and 3.64 %

per year with 150 mg of dabigatran ($P = 0.051$). **Conclusions:** In patients with atrial fibrillation, dabigatran given at a dose of 110 mg was associated with rates of stroke and systemic embolism that were similar to those associated with warfarin, as well as lower rates of major hemorrhage. Dabigatran administered at a dose of 150 mg, as compared with warfarin, was associated with lower rates of stroke and systemic embolism but similar rates of major hemorrhage.

Jährlich erleiden bis zu 3 Millionen Menschen weltweit einen durch Vorhofflimmern bedingten Schlaganfall. Diese Schlaganfälle sind tendenziell schwerwiegender als andere Schlaganfälle und gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für bleibende Behinderungen einher. Etwa die Hälfte der Betroffenen verstirbt innerhalb eines Jahres.

Die RE-LY-Studie (Randomized Evaluation of Long term anticoagulant therapy) ist mit 18.113 Patienten in 44 Ländern weltweit die bisher größte Endpunktstudie zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Sie verglich den neuartigen, oralen direkten Thrombininhibitor Dabigatran mit dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin. Die Ergebnisse belegen bei Patienten mit Vorhofflimmern eine signifikante Reduktion des Risikos für Schlaganfälle und systemische Embolien um 34 % ($p < 0,001$) durch Dabigatran in der Dosierung 150 mg 2× täglich verglichen mit dem gut kontrollierten Warfarin. Dabei wurde das Risiko für schwere Blutungen nicht erhöht. Unter der zweiten getesteten Dosierung von Dabigatran, 110 mg 2× täglich, zeigte sich eine vergleichbare Reduktion des Risikos für Schlaganfälle und systemische Embolien wie unter gut kontrolliertem Warfarin. Dabigatran senkte dabei aber gleichzeitig die Rate schwerer Blutungen um beeindruckende 20 % ($p = 0,003$) verglichen mit Warfarin. Diese klaren Vorteile der Substanz gingen nicht mit einer Lebertoxizität einher. Das statistische Studiendesign erlaubte einen Test auf Überlegenheit gegenüber dem Vergleichspräparat im Anschluss an den erbrachten Nachweis der Nichtunterlegenheit.

Relevanz für die Praxis

Dabigatran zeigte also in dieser Studie einen überlegenen Schutz vor Schlaganfällen und das mit einem geringeren Blutungsrisiko und ohne die Notwendigkeit eines routinemäßigen Monitorings und könnte somit in Zukunft eine wichtige Alternative zu Phenprocoumon in der Prävention von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern darstellen. Unklar ist allerdings noch, wie diese Substanz im Bedarfsfall (z. B. bei Operationen oder bei Patienten, die für eine Thrombolyse infrage kommen) antagonisiert werden kann bzw. ob eine Antagonisierung notwendig ist. Hier müssen sicherlich noch klare Richtlinien erstellt werden, bevor die Substanz routinemäßig eingesetzt werden kann.

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](#)