

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Ferrari J, Glawar-Morscher B

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (2), 80-82

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



News-Screen Neurologie

J. Ferrari, B. Glawar-Morscher

■ Randomized Trial of Warfarin, Aspirin, and Clopidogrel in Patients With Chronic Heart Failure. The Warfarin and Antiplatelet Therapy in Chronic Heart Failure (WATCH) Trial

Massie BM et al. *Circulation* 2009; 119: 1616–24.

Abstract

Background: Chronic heart failure remains a major cause of mortality and morbidity. The role of antithrombotic therapy in patients with chronic heart failure has long been debated. The objective of this study was to determine the optimal antithrombotic agent for heart failure patients with reduced ejection fractions who are in sinus rhythm.

Methods and Results: This prospective, randomized clinical trial of open-label warfarin (target international normalized ratio of 2.5–3.0) and double-blind treatment with either aspirin (162 mg once daily) or clopidogrel (75 mg once daily) had a 30-month enrollment period and a minimum of 12 months of treatment. We enrolled 1587 men and women ≥ 18 years of age with symptomatic heart failure for at least 3 months who were in sinus rhythm and had left ventricular ejection fraction of $\leq 35\%$. The primary outcome was the time to first occurrence of death, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke. For the primary composite end point, the hazard ratios were as follows: for warfarin versus aspirin, 0.98 (95 %-CI, 0.86–1.12; $p = 0.77$); for clopidogrel versus aspirin, 1.08 (95 %-CI, 0.83–1.40; $p = 0.57$); and for warfarin versus clopidogrel, 0.89 (95 %-CI, 0.68–1.16; $p = 0.39$). Warfarin was associated with fewer nonfatal strokes than aspirin or clopidogrel. Hospitalization for worsening heart failure occurred in 116 (22.2 %), 97 (18.5 %), and 89 (16.5 %) patients treated with aspirin, clopidogrel, and warfarin, respectively ($p = 0.02$ for warfarin versus aspirin).

Conclusion: The primary outcome measure and the mortality data do not support the primary hypotheses that warfarin is superior to aspirin and that clopidogrel is superior to aspirin.

Das Risiko für thromboembolische Ereignisse, insbesondere Schlaganfälle, ist bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz deutlich erhöht. In der Literatur gibt es derzeit bezüglich der Behandlung unterschiedliche Ansätze: Einerseits haben kleinere Studien gezeigt, dass das thromboembolische Risiko durch die Gabe von oralen Antikoagulantien (Warfarin) reduziert werden kann, andererseits wird in Leitlinien empfohlen, einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Reduktion des Risikos zu verabreichen.

Die WATCH-Studie ist die erste größere direkte Vergleichsstudie zwischen oralen Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmern bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

Es wurden 1587 Patienten eingeschlossen (kein Vorhofflimmern, linksventrikuläre Auswurffraktion $\leq 35\%$) und entweder mit Warfarin oder mit ASS oder Clopidogrel behandelt. Der primäre Endpunkt war die Kombination von Tod, nicht tödlichem Herzinfarkt und nicht-tödlichem Schlaganfall.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den 3 Therapiegruppen den primären Endpunkt betreffend. Unter einer Therapie mit oralen Antikoagulantien kam es zwar zu einer signifikant geringeren Rate an nicht-tödlichen Schlaganfällen, diese war aber mit einer signifikant erhöhten Rate an schwerwiegenden Blutungskomplikationen assoziiert.

Relevanz für die Praxis

Die WATCH-Studie zeigt bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz keine Überlegenheit einer Therapie mit einer oralen Antikoagulation im Vergleich mit Thrombozytenaggregationshemmern. Es zeigte sich zwar eine signifikant niedrigere Rate an nicht-tödlichen Schlaganfällen in der Gruppe, die mit oralen Antikoagulantien behandelt wurde, allerdings war die Rate an schwerwiegenden Blutungskomplikationen auch deutlich erhöht, sodass es derzeit so aussieht, dass nach Nutzen-Risiko-Abwägung die optimale Therapie die Gabe von ASS zu sein scheint.



■ A Short-Term Randomized MRI Study of High-Dose Oral vs Intravenous Methylprednisolone in MS

Martinelli V et al. *Neurology* 2009; 73: 1842–8.

Abstract

Objective: To compare the efficacy, tolerability, and safety of IV methylprednisolone (IV MP) vs oral methylprednisolone (oMP) at equivalent high doses in patients with multiple sclerosis (MS) experiencing a recent relapse.

Methods: Patients with a clinical relapse within the previous 2 weeks and at least 1 gadolinium (Gd)-enhancing lesion on a screening brain MRI scan were included. Forty patients with MS were randomized to receive either 1 g/day for 5 days of oMP (20 patients) or 1 g/day for 5 days of IV MP (20 patients). Expanded Disability Status Scale (EDSS) and brain MRI (dual-echo and postcontrast T1-weighted scans) were assessed at baseline and at weeks 1 and 4. The study primary research question (endpoint) was to compare the efficacy of the 2 treatment routes in reducing the number of Gd-enhancing lesions after 1 week from treatment initiation. Secondary outcomes were safety, tolerability, and clinical efficacy profiles of the 2 routes of administration.

Results: The 2 groups showed a reduction of Gd-enhancing lesions over time ($p = 0.002$ for oMP and $p = 0.001$ for IV MP) with a “non-inferiority effect” between the 2 routes of administration at week 1. Both groups showed an improvement of EDSS over time ($p < 0.001$) without between-group difference at week 4. Both treatments were well-tolerated and adverse events were minimal and occurred similarly in the 2 treatment arms.

Conclusions: Oral methylprednisolone (oMP) is as effective as IV methylprednisolone in reducing gadolinium-enhancing lesions in patients with MS soon after an acute relapse with similar clinical, safety, and tolerability profiles. This study provides class III evidence that 1 g oMP \times 5 days is not inferior to 1 g IV MP \times 5 days in reducing the number of gadolinium-enhancing lesions over a period of 1 week (mean difference in lesion reduction comparing IV MP to oMP is -20% , 95 %-confidence interval -48% to $+5\%$).

Zur Therapie eines akuten MS-Schubs wird derzeit ein Schema mit einem hochdosierten intravenösen Methylprednisolon (1 g/Tag für 5 Tage) verabreicht. Dies kann die Dauer und die Schwere eines MS-Schubs verringern und auch aktive (kontrastmittelaufnehmende) Herde im MRT verringern. Kleinere Studien aus den 1990er-Jahren haben gezeigt, dass auch eine Therapie mit einem oralen Methylprednisolon diesen Effekt hatte.

In die hier vorliegende Studie von Martinelli et al. wurden 40 Patienten mit schubförmiger MS eingeschlossen und erhielten an 5 aufeinanderfolgenden Tagen entweder eine Therapie mit 1 g intravenösem Methylprednisolon oder $2 \times 0,5$ g orales Methylprednisolon. Voraussetzung war mindestens eine gadoliniumanreichernde Läsion im MRT und ein Schub in den vergangenen 2 Wochen. Der primäre Endpunkt war – nach einer Woche – die Reduktion der gadoliniumanreichernden Läsionen im MRT. Dieser konnte auch erreicht werden: Nach einer Woche zeigte sich eine Reduktion der gadoliniumanreichernden Herde von 58 % in der Patientengruppe mit der i.v. Therapie versus 79 % in der Patientengruppe mit der oralen Therapie. Dieser Effekt drehte sich nach 4 Wochen allerdings wieder um und die Patienten mit der oralen Therapie hatten tendenziell einen Anstieg der gadoliniumaufnehmenden Herde. Der „Expanded Disability Status Scale“- (EDSS-) Wert war in beiden Gruppen nach einer und nach 4 Wochen signifikant niedriger.

Relevanz für die Praxis

Eine Therapie mit einem oralen Methylprednisolon zur Behandlung eines akuten MS-Schubs ist mit einer signifikanten Reduktion gadoliniumanreichernder Herde im MRT assoziiert, weiters einfacher verabreichbar und deutlich billiger, sodass diese Studie ein sehr praxisrelevantes Thema in Augenschein genommen hat. Die Patientenzahl war allerdings sehr gering und die Beobachtungsdauer kurz (4 Wochen), sodass hier keine endgültige Empfehlung abgegeben werden kann, dazu wären größere Studien notwendig. Bis zum Vorliegen solcher größerer Studien bleibt die intravenöse Kortisonstoßtherapie bei der Schubbehandlung Mittel der Wahl.

■ Updated Clinical Diagnostic Criteria for Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease

Zerr I et al. *Brain* 2009; 132: 2659–68.

Abstract

Several molecular subtypes of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease have been identified and electroencephalogram and cerebrospinal fluid biomarkers have been reported to support clinical diagnosis but with variable utility according to subtype. In recent years, a series of publications have demonstrated a potentially important role for magnetic resonance imaging in the pre-mortem diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Magnetic resonance imaging signal alterations correlate with distinct sporadic Creutzfeldt-Jakob disease molecular subtypes and thus might contribute to the earlier identification of the whole spectrum of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease cases. This multi-centre international study aimed to provide a rationale for the amendment of the clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Patients with sporadic Creutzfeldt-Jakob disease and fluid attenuated inversion recovery or diffusion-weight imaging were recruited from 12 countries. Patients referred as “suspected sporadic Creutzfeldt-Jakob disease” but with an alternative diagnosis after thorough follow up, were analysed as controls. All magnetic resonance imaging scans were assessed for signal changes according to a standard protocol encompassing seven cortical regions, basal ganglia, thalamus and cerebellum. Magnetic resonance imaging scans were evaluated in 436 sporadic Creutzfeldt-Jakob disease patients and 141 controls. The pattern of high signal intensity with the best sensitivity and specificity in the differential diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease was identified. The optimum diagnostic accuracy in the differential diagnosis of rapid progressive dementia was obtained when either at least two cortical regions (temporal, parietal or occipital) or both caudate nucleus and putamen displayed a high signal in fluid attenuated inversion recovery or diffusion-weight imaging magnetic resonance imaging. Based on our analyses, magnetic resonance imaging was positive in 83 % of cases. In all definite cases, the amended criteria would cover the vast majority of suspected cases, being positive in 98 %. Cerebral cortical signal increase and high signal in caudate nucleus and putamen on fluid attenuated inversion recovery or diffusion-weight imaging magnetic resonance imaging are useful in the diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. We propose an amendment to the clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease to include findings from magnetic resonance imaging scans.

In dieser Multicenterstudie, an der international 12 Zentren beteiligt waren, wurde der mögliche Beitrag der Magnetresonanztomographie (MRT) im diagnostischen Prozess bei der sporadischen Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJD) untersucht. Es ließ sich zeigen, dass bei entsprechender neuro-radiologischer Expertise in 83 % der CJD-Patienten unabhängig von der Subgruppe passende Abweichungen in der zerebralen MRT gefunden werden konnten. Insbesondere Signal-

anhebungen in FLAIR- oder DWI-Sequenzen in mindestens 2 kortikalen Regionen oder im Stammganglienbereich ergaben eine besonders gute differenzialdiagnostische Korrelation. Unter kombinierter Berücksichtigung der MRT-Auffälligkeiten, eines eventuell positiven Nachweises des Proteins 14-3-3 im Liquor und der bekannten EEG-Veränderungen ließ sich eine Sensitivität von 98 % und Spezifität von 71 % darstellen, was eine Erhöhung der Sensitivität bedeutet und vor allem seltenere Subtypen miterfasst. Die Autoren empfehlen deswegen, die beschriebenen MRT-Charakteristika in die Diagnosekriterien der sporadischen Creutzfeld-Jakob-Erkrankung mit aufzunehmen.

Als Einschränkung ist jedoch festzuhalten, dass bei den MRT-Auffälligkeiten, wie dies auch bei Nachweis von Protein 14-3-3 bekannt ist, vereinzelt falsch-positive Resultate bei entzündlichen ZNS-Erkrankungen gefunden wurden. Bei zusätzlichen entzündlichen Hinweisen im Liquor muss deswegen ein ausgedehnter diagnostischer Weg besprochen werden.

Relevanz für die Praxis

Bei Verdacht auf sporadische Creutzfeld-Jakob-Krankheit gehört die MRT-Untersuchung des Gehirns wohl routinemäßig zum differenzialdiagnostischen Procedere. Die Implementierung und spezielle Berücksichtigung der beschriebenen FLAIR- oder DWI-Sequenzen ließe sich deswegen relativ leicht einbauen und damit die Genauigkeit für Diagnosefindung ohne zusätzliches belastendes Procedere für den Patienten erhöhen. Ob dies auch in der Früherkennung der Erkrankung hilfreich sein kann, ist sicher noch eine Frage für weitere Untersuchungen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Birgit Glawar-Morscher

Fachärztin für Neurologie mit Neurologischer Intensivmedizin
A-1090 Wien, Müllnergasse 26/1

E-Mail: birgit.glawar@gmx.at

Aufruf zur Mitgestaltung unserer neuen Rubrik „Aktuelle Bilder“

Bilder und kurze Fallberichte sind sehr instruktiv und werden in mehreren Journalen im ZNS-Bereich verwendet. Das *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* möchte diesem Trend Rechnung tragen und zukünftig in jeder Ausgabe einen interessanten Fall bzw. ein interessantes Bild integrieren. Es handelt sich nicht um einen Artikel sondern um eine limitierte Darstellung.

Der zu präsentierende Fall aus dem Bereich Neurologie, Neurochirurgie oder Psychiatrie soll aus einem kurzen Text, 1–4 Bildern und maximal 3 Referenzen bestehen. Der Hauptaspekt liegt auf der Aussage des Bildes.

Neben MRT-Bildern können alle Arten von Bildern präsentiert werden. Wir ersuchen um Beachtung, dass die Verwendung von Bildern, die die abgebildete Person erkennen lassen, die Zustimmung des Betreffenden voraussetzt. Eingedruckte Informationen zum Patienten sind unkenntlich zu machen.

Abbildungen, die bereits in anderen Medien publiziert wurden, können nicht berücksichtigt werden. Für jedes Bild soll im Anschluss an den Text eine eigene Legende angeführt werden, diese soll auch alle Abkürzungen und Symbole erklären. Bei Übersendung von Abbildungen per E-Mail müssen diese mind. 300 dpi Auflösung aufweisen und in eigenen Dateien als *.jpg, *.tif oder *.eps abgespeichert sowie eindeutig beschriftet sein.

Abbildungen mit Filmsequenzen: Bei Übersendung von Filmsequenzen per E-Mail oder auf CD-ROM sollen diese als *.avi abgespeichert sein, das Standbild zur jeweiligen Sequenz als *.jpg, *.tif oder *.eps. Wichtige Stellen sollten ggf. mit Hinweis Pfeilen gekennzeichnet sein!

Für Fragen oder zur Einreichung steht Ihnen Mag. Irene Schinnerl unter der folgenden E-Mail-Adresse zur Verfügung:

[irene.schinnerl\(at\)kup.at](mailto:irene.schinnerl(at)kup.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](#)