

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Ferrari J

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2013; 14 (2), 76-77

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,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

News-Screen Neurologie

J. Ferrari

■ Structural Brain Changes in Migraine

Palm-Meinders IH, et al. JAMA 2012; 308: 1889–97.

Abstract

Context: A previous cross-sectional study showed an association of migraine with a higher prevalence of magnetic resonance imaging (MRI)-measured ischemic lesions in the brain.

Objective: To determine whether women or men with migraine (with and without aura) have a higher incidence of brain lesions 9 years after initial MRI, whether migraine frequency was associated with progression of brain lesions, and whether progression of brain lesions was associated with cognitive decline.

Design, Setting, and Participants: In a follow-up of the 2000 Cerebral Abnormalities in Migraine, an Epidemiological Risk Analysis cohort, a prospective population-based observational study of Dutch participants with migraine and an age- and sex-matched control group, 203 of the 295 baseline participants in the migraine group and 83 of 140 in the control group underwent MRI scan in 2009 to identify progression of MRI-measured brain lesions. Comparisons were adjusted for age, sex, hypertension, diabetes, and educational level. The participants in the migraine group were a mean 57 years (range, 43–72 years), and 71 % were women. Those in the control group were a mean 55 years (range, 44–71 years), and 69 % were women.

Main Outcome Measures: Progression of MRI-measured cerebral deep white matter hyperintensities, infratentorial hyperintensities, and posterior circulation territory infarct-like lesions. Change in cognition was also measured.

Results: Of the 145 women in the migraine group, 112 (77 %) vs 33 of 55 women (60 %) in the control group had progression of deep white matter hyperintensities (adjusted odds ratio [OR]: 2.1; 95-% CI: 1.0–4.1; $p = 0.04$). There were no significant associations of migraine with progression of infratentorial hyperintensities: 21 participants (15 %) in the migraine group and 1 of 57 participants (2 %) in the control group showed progression (adjusted OR: 7.7; 95-% CI: 1.0–59.5; $p = 0.05$) or new posterior circulation territory infarct-like lesions: 10 of 203 participants (5 %) in the migraine group but none of 83 in the control group ($p = 0.07$). There was no association of number or frequency of migraine headaches with progression of lesions. There was no significant association of high vs nonhigh deep white matter hyperintensity load with change in cognitive scores (-3.7 in the migraine group vs 1.4 in the control group; 95-% CI: -4.4 to 0.2 ; adjusted $p = 0.07$).

Conclusions: In a community-based cohort followed up after 9 years, women with migraine had a higher incidence of deep white matter hyperintensities but did not have significantly higher progression of other MRI-measured brain changes. There was no association of migraine with progression of any MRI-measured brain lesions in men.

Es gibt seit längerem Diskussionen darüber, ob es bei Patienten mit Migräne (mit und ohne Aura) im Langzeitverlauf zu strukturellen Veränderungen des Gehirns kommt. Anlass war eine holländische Studie aus dem Jahr 2004 [1], in der bei Patienten mit Migräne mit und ohne Aura und bei Kontrollen mittels Magnetresonanztomographie eine erhöhte Inzidenz periventriculärer Läsionen und klinisch stummer Infarkte vor allem bei Patienten mit häufigen Migräneattacken mit Aura aufgetreten sind.

In der hier vorliegenden Studie wurden von Palm-Meinders et al. insgesamt 286 derselben (weiblichen) Patienten 9 Jahre später nachuntersucht. Bei 89 Patienten mit Migräne ohne Aura, 114 mit Aura und 83 Kontrollen wurde ein MRT des Neurokraniums durchgeführt und verblindet auf das Vorliegen von „white matter lesions“ und klinisch stummen Infarkten ausgewertet, zusätzlich wurden kognitive Tests durchgeführt. In der Gruppe der Patienten mit Migräne kam es bei 77 % zu einem Fortschreiten der „white matter lesions“ versus bei 60 % in der Kontrollgruppe (OR 2,1). Klinisch stumme Infarkte wurden nicht häufiger gefunden. Die Häufigkeit der Migräneattacken spielte im Gegensatz zur Studie von Kruit et al. keine Rolle. Auch die Kognition war gegenüber der Kontrollgruppe nicht mehr beeinträchtigt. Die Autoren schlussfolgerten, dass es zwar zu einer leichten Zunahme von „white matter lesions“ im MRT bei weiblichen Patienten mit Migräne kommt, dies aber nicht mit der Migränehäufigkeit korreliert ist, klinisch stumme Infarkte nicht häufiger sind und dass kognitive Störungen im Gegensatz zu Kontrollpersonen nicht vermehrt auftreten.

Relevanz für die Praxis

Bei den meisten Patienten mit Migräne wird routinemäßig einmal eine Magnetresonanztomographie des Neurokraniums durchgeführt. Hier zeigen sich gelegentlich strukturelle Veränderungen, die den Patienten sehr beunruhigen. Die hier vorliegende prospektive Studie hat gezeigt, dass klinisch stumme Infarkte über die Jahre nicht zunehmen; zwar nehmen mit zunehmendem Alter die „white matter lesions“ zu im Gegensatz zu Kontrollpersonen (Anmerkung: nur bei Frauen), dies hat aber keinesfalls zu kognitiven Störungen (in diesem Zeitraum) geführt. Daher kann diese Studie durchaus im Gespräch mit diesen Patienten zur Beruhigung erläutert werden.

Literatur:

1. Kruit MC, van Buchem MA, Hofman PA, et al. Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions. JAMA 2004; 291: 427–34.



■ Early Administration of Aspirin in Patients Treated with Alteplase for Acute Ischaemic Stroke: A Randomised Controlled Trial

Zinkstok SM, et al. *Lancet* 2012; 380: 731–7.

Abstract

Background: Thrombolysis with intravenous alteplase is the only approved treatment for acute ischaemic stroke. After alteplase-induced recanalisation, reocclusion occurs in 14–34 % of patients, probably because of platelet activation. Early administration of antiplatelet therapy after alteplase could reduce the risk of reocclusion and improve outcome. We compared the effects of early addition of intravenous aspirin to alteplase with standard alteplase without aspirin.

Methods: In this multicentre, randomised, open-label trial with blind-endpoint assessment, patients with acute ischaemic stroke treated with alteplase were randomly assigned to 300 mg intravenous aspirin within 90 min after start of alteplase treatment or to no additional treatment. In both groups, oral antiplatelet therapy was started 24 h after alteplase treatment. The primary endpoint was favourable outcome, defined as a score of 0–2 on the modified Rankin scale at 3 months. This trial is registered with the Netherlands Trial Register (NTR822).

Findings: Between July 29, 2008, and April 20, 2011, 642 patients (322 patients aspirin, 320 patients standard treatment) of the targeted 800 patients were enrolled. At that time, the trial was terminated prematurely because of an excess of symptomatic intracranial haemorrhage (SICH) and no evidence of benefit in the aspirin group. At 3 months, 174 (54.0 %) patients in the aspirin group versus 183 (57.2 %) patients in the standard treatment group had a favourable outcome (absolute difference: –3.2 %; 95-% CI: –10.8 to 4.2; crude relative risk: 0.94, 0.82–1.09; $p = 0.42$). Adjusted odds ratio was 0.91 (95-% CI: 0.66–1.26; $p = 0.58$). SICH occurred more often in the aspirin group (14 [4.3 %] patients) than in the standard treatment group (5 [1.6 %]; absolute difference: 2.8 %; 95-% CI: 0.2–5.4; $p = 0.04$). SICH was more often the cause of poor outcome in the aspirin group compared with the standard treatment group (11 vs 1; $p = 0.006$).

Interpretation: Early administration of intravenous aspirin in patients with acute ischaemic stroke treated with alteplase does not improve outcome at 3 months and increases the risk of SICH. The results of this trial do not support a change of the current guidelines, which advise to start antiplatelet therapy 24 h after alteplase.

Bisher ist die Therapie mit rtPA intravenös die einzig zugelassene medikamentöse Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls bis zu 4,5 Stunden nach Ereignisbeginn. Leider kommt es aber nicht bei allen Patienten, die mit dieser Thera-

pie behandelt werden, zu einer Besserung der klinischen Symptomatik, bei einem gewissen Prozentsatz (ca. 15 %) kommt es sogar zu einem neuerlichen Verschluss des gleichen Gefäßes. Nach dieser Therapie ist laut den Richtlinien für 24 Stunden keine antithrombotische Therapie erlaubt aufgrund des erhöhten Blutungsrisikos. Zinkstok et al. untersuchten in der hier vorliegenden Studie, ob eine frühzeitigere Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) diesen neuerlichen Verschluss eventuell verhindern kann und ob die Prognose dieser Patienten dadurch verbessert werden kann. Dazu schlossen 37 holländische Stroke Units zwischen Juli 2008 und April 2011 insgesamt 642 Patienten in diese Studie ein. Randomisiert wurde bei allen lysierten Patienten entweder zu 300 mg ASS i.v. innerhalb von 90 Min. nach Behandlungsbeginn oder zu keiner Behandlung. Nach 24 Stunden erhielten alle Patienten eine thrombozytenaggregationshemmende Therapie (falls keine Kontraindikation bestand) oral. Primärer Endpunkt war ein gutes Outcome (modified Rankin Scale 0–2) nach 3 Monaten.

Die Studie musste frühzeitig abgebrochen werden aufgrund einer signifikant erhöhten Rate an intrazerebralen Blutungen (14 Blutungen in der Behandlungsgruppe und 5 Blutungen in der Kontrollgruppe). Das Outcome war bei den Patienten, die frühzeitig eine ASS-Therapie erhielten, nicht besser.

Relevanz für Praxis

Es stellt sich im klinischen Alltag gelegentlich die Frage, ob man bei Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall, welche eine Therapie mit intravenöser Thrombolyse erhalten haben, eine Verschlechterung aufgrund eines Wiederverschlusses des Gefäßes durch eine frühzeitigere Gabe von ASS hätte verhindern können und so die Prognose verbessert werden könnte. Daher ist diese Studie sehr wertvoll, um diese Frage zu beantworten. Die frühzeitige Therapie mit ASS kann demnach die Prognose des akuten ischämischen Schlaganfalls nach einer Lysetherapie nicht verbessern – im Gegenteil: Das intrazerebrale Blutungsrisiko ist sogar deutlich erhöht. Das bedeutet, dass die derzeitigen Behandlungsstandards weiterhin gültig sind und eine Sekundärprophylaxe mit einem Thrombozytenaggregationshemmer erst 24 Stunden nach Lysetherapie verabreicht werden sollte.

Korrespondenzadresse:

Dr. Julia Ferrari
Abt. f. Neurologie
KH der Barmherzigen Brüder
A-1020 Wien
Große Mohrengasse 9
E-Mail: julia.ferrari@bbwien.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](#)