



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
 durch die Entwicklungen der letzten Jahre sind die Neurologie und Neuroradiologie noch engere Partner geworden, die sich gemeinsam um das Wohl von Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems kümmern. Fortschritte in den bildgebenden Verfahren entzündlicher, degenerativer und vaskulärer Erkrankungen des zentralen Nervensystems ermöglichen eine immer frühzeitigere und bessere Therapie. Mehr und mehr hält die Bildgebung auch Einzug in das Therapiemonitoring und ist beispielsweise in der Neuroimmunologie ein unverzichtbarer Baustein zur Beurteilung einer Behandlungseffektivität. In jüngster Zeit bereichert die Neuroradiologie auch das therapeutische

Spektrum mit der Etablierung interventioneller Therapien wie beispielsweise der mechanischen Thrombektomie bei akuten Verschlüssen hirnversorgender Gefäße. Mit diesem Newsletter möchten wir Ihnen einen Einblick in aktuelle Entwicklungen insbesondere an den Schnittstellen Neurologie und Neuroradiologie geben und wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Postert
 Prof. Dr. med. Thomas Postert

Mete Dadak
 Dr. med. Mete Dadak, MBA

1. Neurologie-Symposium Ostwestfalen-Lippe

Die Neurologische Klinik hat das erste Neurologie-Symposium Ostwestfalen-Lippe organisiert, welches Ende Februar in digitaler Form stattfand. Mehr als 250 Teilnehmer haben die Auftaktveranstaltung zu einem großen Erfolg werden lassen, sodass jetzt jährliche Wiederholungen an unterschiedlichen Standorten vorgesehen sind. Besonders hervorzuheben ist, dass alle Neurologischen Kliniken in Ostwestfalen-Lippe aktiv an der Programmgestaltung und Organisation beteiligt waren.

Sobald es neue Informationen zum geplanten zweiten Neurologie-Symposium OWL gibt, finden Sie diese auf unserer Homepage: www.vincenz.de

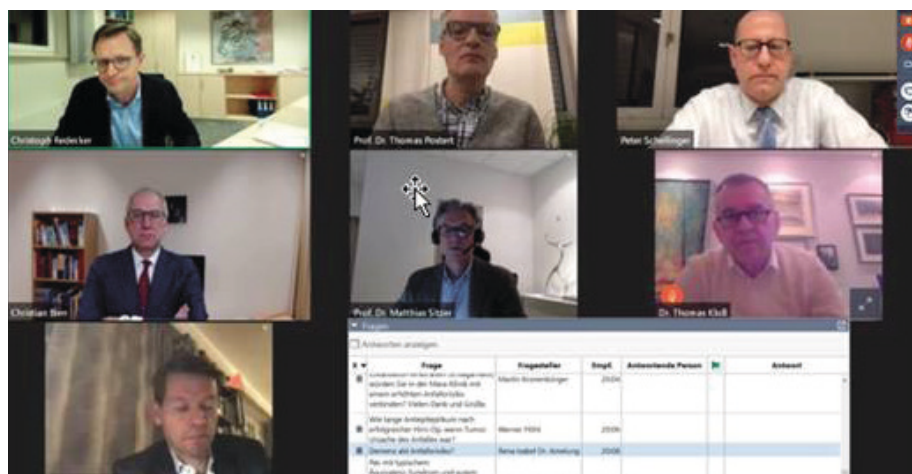


Foto (von oben links): Prof. Dr. med. Christoph Redecker (Klinikum Lippe), Prof. Dr. med. Thomas Postert (St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn), Prof. Dr. med. Peter Schellinger (Mühlenkreiskliniken), Prof. Dr. med. Christian G. Bien (Evangelisches Klinikum Bethel), Prof. Dr. med. Matthias Sitzer (Klinikum Herford), Dr. med. Thomas Kloß (Sankt Elisabeth Hospital Gütersloh), Prof. Dr. med. Wolf-Rüdiger Schäbitz (Evangelisches Klinikum Bethel)

Newsletter aus der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH

Neurologie und Neuroradiologie

Behandlung der hochaktiven Multiplen Sklerose

Seit vielen Jahren hat die Neurologische Klinik einen mittlerweile überregional bekannten MS-Schwerpunkt entwickelt. Stationär und ambulant finden pro Jahr ca. 2000 Patientenkontakte statt.

Leichter verlaufende Erkrankungsformen werden gemeinsam mit den niedergelassenen Neurologen in der Ermächtigungssprechstunde betreut. Bei ca. 20 % der Patienten ist die Erkrankung jedoch sehr aktiv in Form einer hohen Schubfrequenz mit schweren neurologischen Ausfällen und deutlicher Krankheitsaktivität in der Kernspintomographie, sodass die üblichen Basismedikamente für leichtere Erkrankungsformen nicht ausreichend wirken.

Diese Patienten liegen uns sehr am Herzen, da sie bei unzureichender Therapie bedroht sind, alltagsrelevante und nicht reversible Behinderungen zu entwickeln. Neben der hochdosierten und ultrahochdosierten intravenösen Steroidtherapie kommt im Falle eines Schubes eine Plasmapherese/Immunadsorption zum Einsatz, die in Kooperation mit der Medizinischen Klinik III (Klinik für Nephrologie und Dialyse) unseres Hauses durchgeführt wird. Diese Behandlung zeigt nicht nur sehr gute Ergebnisse bei der therapierefraktären Retrobulbärneuritis, sondern auch bei schweren motorischen oder cerebellären Ausfällen. In der Dauertherapie werden in erster Linie monoklonale Antikörper (insbesondere Natalizumab und Ocrelizumab, in seltenen Fällen auch Alemtuzumab und Eculizumab) eingesetzt.

Aktuell sind circa 130 Patienten auf diese Medikamente eingestellt. Die Therapie wird in der Infusionssprechstunde vorwiegend ambulant mit sehr gutem Erfolg durchgeführt. Der weit überwiegende Teil der



Patienten zeigt unter diesen Substanzen kaum oder keine Schubaktivität und keine Zeichen einer Krankheitsprogression. Wegen seltener, aber zum Teil gravierender Nebenwirkungen werden die Patienten engmaschig klinisch, laborchemisch und bildgebend überwacht.

Zusätzlich zur klinischen Versorgung von MS-Patienten engagieren sich die Mitglieder des MS-Teams bei der Organisation von regionalen und überregionalen Fortbildungen und sind auch als Fachreferenten gefragt. Über die Region hinaus bekannt ist der traditionelle Paderborner Tag der Multiplen Sklerose, der jüngst zum neunten Mal stattfand.

Unsere Neuroimmunologische Ambulanz



Unsere Neurologische Klinik ist als MS-Schwerpunktzentrum von der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (dmsg) ausgewiesen. Wir behandeln jährlich 400 Patienten stationär sowie 1200 Patienten ambulant. Damit zählt unsere Klinik zu den größten Zentren dieser Art.

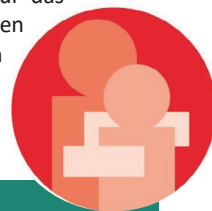
In unserer Neuroimmunologischen Ambulanz betreuen wir Patienten mit Multipler Sklerose aller Verlaufsformen sowie Myasthenia gravis. Wir bieten sämtliche therapeutischen (Basis- und Eskalationstherapien) und diagnostischen Möglichkeiten an:

- Einleitung und Fortführung von Behand-

- lungen, die das Immunsystem modulieren oder supprimieren: Glatirameracetat, Interferone, Dimethylfumarat, Teriflunomid, Ozanimod, Fingolimod, Siponimod, Cladribin, Natalizumab, Ocrelizumab, Ofatumumab, Alemtuzumab, Eculizumab
- Schulung durch spezialisierte MS-Pflegefachkräfte in verschiedene Injektionstechniken von Medikamenten
- Testung der neurologischen Funktionen mittels objektiver Messung MSFC
- Informationen zu Therapiemonitoring/Laborparameter
- Durchführung und Überwachung von verschiedensten Infusionsbehandlungen (Natalizumab, Ocrelizumab, Alemtuzumab, Eculizumab)
- Überprüfung der Diagnose
- Empfehlung und Zweitmeinung zur Einleitung, Umstellung sowie Beendigung immunmodulierender oder immunsuppressiver Therapien
- Abgrenzung der Diagnose Multiple Sklerose von anderen neuroimmunologischen Erkrankungen wie bspw. NMOSD

MS-Schwerpunktzentrum

Die hohe fachliche Qualifikation unseres Behandlungsteams liegt uns sehr am Herzen. Wir freuen uns daher ganz besonders über die Auszeichnung des dmsg-Gütesiegels als MS-Schwerpunktzentrum. Es steht für eine qualitativ hochwertige, von Leitlinien gestützte Behandlung durch auf MS spezialisierte Neurologen und MS-Pflegefachkräfte. Durch die Dokumentation für das Deutsche MS-Register leisten wir zudem einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Situation MS-Erkrankter in Deutschland.



Kontakt

Prof. Dr. med. Thomas Postert, Chefarzt

Tel.: 0 52 51 / 86-32 11

E-Mail: t.postert@vincenz.de

Neuroimmunologische Ambulanz:

Tel.: 0 52 51 / 86-32 50

E-Mail: ms-pflege@vincenz.de



Parkinson-Komplexbehandlung

Die Parkinson-Komplexbehandlung wird seit Anfang 2020 in unserer Klinik angeboten. Sie richtet sich an Patienten mit einem primären Parkinson-Syndrom (Morbus Parkinson) oder an Patienten mit einem atypischen Parkinson-Syndrom, also mit anderen degenerativen Parkinson-Erkrankungen wie der Multisystematrophie (MSA), der supranukleären Ophthalmoplegie (PSP) oder der kortikobasalen Degeneration (CBD).

Zugewiesen werden können auch Patienten mit Parkinson-Symptomen zur Klärung der diagnostischen Zuordnung; bei ihnen wie auch bei allen schon vordiagnostizierten Erkrankungen der Betroffenen erfolgen zu Beginn eine Evaluation der Diagnose und gegebenenfalls eine Ergänzung der Diagnostik.

Sollte ein primäres bzw. atypisches Parkinson-Syndrom vorliegen, erhalten die Patienten in der Parkinson-Komplexbehandlung

über zwei oder drei Wochen eine intensive Therapie aus (optimierter) medikamentöser Therapie sowie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und physikalischer Therapie über wöchentlich mindestens 7,5 Stunden, davon mindestens fünf Stunden in Einzeltherapie.

Zusätzlich erfolgen eine auf Parkinson-Erkrankungen spezialisierte Pflege sowie eine neuropsychologische Diagnostik. Einmal wöchentlich finden Besprechungen des gesamten Behandler-Teams statt.

Die Behandlung erfolgt unter fachärztlicher Leitung und beinhaltet tägliche fachärztliche Visiten. Die Patienten sind in einem eigenen Bereich der Station in Ein- und Zweibettzimmern untergebracht.

Bei fortgeschrittenen Parkinson-Erkrankungen wird die Indikation zur Eskalationstherapie geprüft; die Versorgung mit einer Duodo-

pa-Pumpe oder einer Apomorphin-Pumpe kann in unserer Neurologie erfolgen.

Für die tiefe Hirnstimulation besteht eine Kooperation mit der Neurochirurgie in Hamm.

Wie erfolgt die Zuweisung zur Parkinson-Komplexbehandlung?

Die Patienten können mit Einweisung vom Hausarzt oder Facharzt für Neurologie zur Komplexbehandlung kommen.

Die Anmeldung erfolgt in der Regel über das Belegmanagement (Tel: 05251/86-3267) oder in dringenderen Fällen in direkter Absprache mit der zuständigen Oberärztin Dr. Annette Cicholas.

Kontakt

Dr. med. Annette Cicholas,
Oberärztin

Tel.: 0 52 51 / 86-32 01

E-Mail: a.cicholas@vincenz.de



Aktuelles von der zertifizierten Stroke-Unit und unseren Schlaganfall-Lotsen

Auf unserer zertifizierten Stroke-Unit mit aktuell zehn Behandlungsplätzen mit zentralem Monitoring und modernen Infusionssystemen behandeln wir Patienten mit akuten neurovaskulären Erkrankungen wie dem ischämischen Schlaganfall, der transitorisch ischämischen Attacke (TIA) und nichttraumatischen intrakraniellen Blutungen. Die Patientenversorgung erfolgt in einem multidisziplinären Team aus Neurologen, speziell weitergebildeten Pflegefachkräften, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Sozialarbeitern und Schlaganfall-Lotsen. Alle Patienten auf der Stroke-Unit werden täglich (auch am Wochenende) überärztlich visitiert. Zudem besteht eine enge innerhäusliche Zusammenarbeit in der Versorgung von Schlaganfallpatienten mit den Abteilungen der Kardiologie, Neuroradiologie und Gefäßchirurgie.

Ziel unserer Arbeit ist die Integration von Überwachung, Akuttherapie, Prophylaxe und Behandlung etwaiger Komplikationen, ätiologischer Abklärung, Einleitung bzw. Optimierung der Sekundärprophylaxe und Beginn der Rehabilitation bei Patienten mit akuten neurovaskulären Erkrankungen.

Ab dem Aufnahmetag beginnt für die Patienten die Rehabilitationsbehandlung. Durch täg-

liche physio- und ergotherapeutische Maßnahmen sowie logopädische Therapie gelingt es uns, bei vielen Patienten noch in der Akutphase die neurologischen Symptomatiken zu verbessern und die Patienten bestmöglich vorbereitet in die medizinische Anschlussheilbehandlung zu verlegen. Zudem bieten wir seit dem 26.04.2021 eine weitere Begleitung der Patienten durch unsere Schlaganfall-Lotsen an.

Was ist ein Schlaganfall-Lotse?

Schlaganfall-Lotsen sind Therapeuten, Pflegefachkräfte oder Sozialarbeiter und haben schon viel Erfahrung in der Betreuung von Schlaganfallpatienten. Sie betreuen die Patienten von der Akutklinik bis ins häusliche Umfeld für die Dauer von zwölf Monaten. Der Lotse begleitet die Patienten durch das Gesundheitssystem. Dabei unterstützt er sie mit maßgeschneiderten Angeboten, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen orientieren.

Wie arbeitet ein Schlaganfall-Lotse?

Der Schlaganfall-Lotse vermittelt Ansprechpartner und stellt Kontakte zu Therapeuten, Haus- und Fachärzten her, damit Patienten die Hilfsmittel und Therapien erhalten, die sie benötigen. Er zeigt in Gesprächen die Chancen von Rehabilitationsangeboten auf und berät über Unterstützungsangebote sowie

Hilfemaßnahmen und vermittelt Anlaufstellen in der Region.

Der Schlaganfall-Lotse ist persönlicher Ansprechpartner der Patienten und deren Angehörige und nimmt in regelmäßigen Abständen Kontakt zu ihnen auf. Nach der Rehabilitation besucht der Lotse die Patienten zu Hause. Anschließend erfolgt der Kontakt telefonisch und, wenn es erforderlich ist, erneut persönlich zu Hause. Zudem wirkt er motivierend auf die Therapieadhärenz hinsichtlich der Sekundärprophylaxe hin.

Kostenübernahme

Aktuell übernehmen leider noch nicht alle gesetzlichen Krankenkassen eine Betreuung durch Schlaganfall-Lotsen.

Kontakt

Pascal Noé,
Oberarzt

Tel.: 0 52 51 / 86-32 27

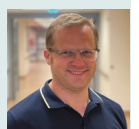
E-Mail: p.noe@vincenz.de



Heinrich Keller,
Schlaganfall-Lotse

Tel.: 0 52 51 / 86-17 40

E-Mail: h.keller@vincenz.de



Endovaskuläre mechanische Rekanalisation beim akuten ischämischen Schlaganfall



Seit Mai 2020 führen wir in unserer Klinik für Radiologie und Neurologie die mechanische Rekanalisation beim akuten ischämischen Schlaganfall durch. Diese Behandlung wird mit der neusten Generation der biplanaren Angiographie-Anlage von Philips Azurion durchgeführt.

Patienten aus der Region müssen nicht mehr notfallmäßig nach extern verlegt werden und können vor Ort mit einer für das klinische Outcome entscheidenden Zeitersparnis behandelt werden, denn „time is brain“. Mittlerweile haben wir mit der Klinik für Neurologie und der Anästhesieabteilung knapp 70 Fälle behandelt.

Die seit 1995 eingesetzte alleinige intravenöse Thrombolyse als Standardtherapie des akuten ischämischen Schlaganfalls wurde durch die zusätzliche mechanische Thrombektomie ergänzt, die in fünf randomisierten, multizentrischen Studien im Jahr 2015 zu einem deutlich besseren klinischen Outcome von Schlaganfallpatienten mit Verschluss der großen Hirnarterien geführt hatte. Seitdem hielt diese unverzichtbare Behandlungsmethode als evidenzbasierte und anerkannte Therapie Einzug in nationale und internationale Leitlinien.

Wie wird die Behandlung durchgeführt?

Die Idee dieser Methode besteht darin, nicht wie bisher indirekt über die Veränderung des Gerinnungssystems den Thrombus in einer Arterie aufzulösen, sondern unter angiographischer Bildkontrolle mit einem Stentretreiver und/oder nur einem dicklumigen Katheter, die über die Leisten- bis zur Hirnarterie eingebracht werden, den gefäßverschließenden Thrombus zu greifen und unter Aspiration mechanisch herauszuziehen.

Jede Thrombektomie wird durch ein Team, bestehend aus zwei Ärzten und einem bis zwei MTAs der Radiologie, in Begleitung eines Anästhesieteams durchgeführt. Dabei reicht in der Regel eine oberflächliche Sedierung des Patienten – überwiegend bei Verschlüssen der Hirnarterien der rechten Hemisphäre – aus. Andernfalls wird eine Intubationsnarkose durchgeführt. Die Intervention kann nach Schleusenanlage in die rechte oder linke Leistenarterie zwischen 20 und circa 120

Minuten dauern, in seltenen und komplexen Fällen auch länger. Da mit fortschreitender Zeit und zunehmender Anzahl der vergeblichen Manöver nach Studienlage der klinische Benefit für den Patienten eindeutig sinkt, werden die Thrombektomien nach ca. drei Stunden abgebrochen.

Generell werden alle Verschlüsse, falls durchführbar, in Aspirations-technik zunächst ohne Stentretreiver rekanalisiert. Falls diese beim ersten Mal nicht gelingt, wird ein Stentretreiver in Kombination mit einer Aspiration eingesetzt. Bei begleitenden vorbestehenden hochgradigen Stenosen führen wir im Rahmen der Notfall-Thrombektomie extra- oder intrakranielle Stenteinlagen durch.

Bei welchen Patienten wird die mechanische Thrombektomie durchgeführt?

Innerhalb von sechs Stunden nach klinischem Onset werden alle akuten Verschlüsse der großen Hirngefäße in der vorderen oder hinteren Zirkulation bei einer Klinik in der Regel mit einem NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) über sechs Punkten mittels mechanischer Thrombektomie rekanalisiert. Dabei werden akute Verschlüsse der A. carotis communis, der A. carotis interna im gesamten Verlauf, der A. cerebri media bis in das periphere M3-Segment, der A. cerebri anterior bis zum A3-Segment, der A. vertebralis und der A. basilaris sowie der A. cerebri posterior bis zum P1-Segment behandelt.

Bei einer milderen Klinik – NIHSS unter sechs Punkten – sollte eine mechanische Rekanalisation dennoch durchgeführt werden, z.B. wenn eine klinisch-neurologische Verschlechterung im Verlauf insbesondere bei akuten Verschlüssen der ACI- und proximaler großer Hirnarterien als hochwahrscheinlich angenommen werden muss. Auch bei einem Zeitfenster über sechst Stunden, bzw. bis zu 24 Stunden, kann die Thrombektomie unter bestimmten Bedingungen (mind. NIHSS über zehn und kleines Infarktvolume) zu einem besseren klinischen Outcome führen (DAWN 2018). Entscheidend ist im Vorfeld die klinisch-neurologische und neuradiologische Diagnostik, zu der in unserem Haus neben der CT-Perfusion auch die notfallmäßige MRT-Bildgebung mit Diffusionswichtung und Perfusion gehört, um bei unklarem Zeitfenster das gefährdete Hirnareal abzugrenzen oder bei grenzwertigen, unklaren Situationen (stroke mimics, ACI-Verschluss bei offenem M1-Segment) eine adäquate Beurteilung der Situation zu sichern. Grundsätzlich müssen die Gefäßverhältnisse in Zusammenschau mit dem Interventionsrisiko gegenüber einer u.U. leichteren klinischen Symptomatik abgewogen werden.

Insgesamt ist die mechanische Thrombektomie ein sicheres Verfahren mit meist gutem klinischem Ergebnis für den Patienten.

Kontakt

Dr. med. Mete Dadak, MBA

Tel.: 0 52 51/86-15 51

E-Mail: m.dadak@vincenz.de



Impressum

Herausgeber: St. Vincenz-Krankenhaus GmbH
Am Busdorf 2

33098 Paderborn

Tel.: 05251/86-1400

E-Mail: info@vincenz.de