

vasives, ungefährliches diagnostisches Instrument zur Verfügung steht, das bei gezielter Schnittführung – das heißt nach vorheriger Lokalisation des Herdes durch die neurologische Untersuchung – eine sehr hohe Treffsicherheit hat. Die Indikation zum CT ist hier weit zu stellen und immer dann gegeben, wenn ① Anamnese und neurologischer Befund auf eine Blutung hinweisen, ② bei einem klinisch vermuteten ischämischen Insult blutungsrelevante Therapien wie etwa eine Antikoagulation geplant sind oder ③ ein apoplektisch einsetzendes Krankheitsbild unscharfe oder fehlende neurologische Herdsymptome, Kopfschmerzen, Meningismus und/oder Bewußtseinsstörungen hervorruft.

Hinsichtlich der Therapie ist es fraglich, ob hyperosmolare Lösungen generell zur Senkung des intrakraniellen Druckes verwendet werden sollen, da sie eventuell Nachblutungen provozieren oder zu einem Rebound-Phänomen führen können. Hier bleiben die Autoren leider unbestimmt. Viele Kliniker wenden hy-

perosmolare Lösungen nur in einer akuten Notfallsituation an, das heißt wenn zunehmende Bewußtseinsstörungen oder neurologische Ausfallsymptomatik, zunehmender Meningismus, einseitige Mydriasis etc. eine drohende Einklemmung wahrscheinlich machen. Der Patient muß dann – sofern dieses noch erfolgversprechend ist – sofort einer chirurgischen Therapie zugeführt werden.

Nicht erwähnt ist in dem Artikel die obligate 30°-Hochlagerung von Kopf und Oberkörper, die infolge Erleichterung des zerebrovenösen Abflusses den intrakraniellen Druck signifikant verringern kann.

Literatur

Schütz, H.: Spontane intrazerebrale Hämatomate. Springer 1988. Hier auch umfassende Literaturdarstellung der letzten Jahre.

Prof. Dr. med. Peter Marx
Abteilung für Neurologie
Universitätsklinikum Steglitz
Hindenburgdamm 30
1000 Berlin 45

operativen Eingriff ergeben (siehe Beitrag Stolke, DÄ, Heft 40/1988). Das Risiko einer behutsamen Lumbalpunktion schätzen wir in solchen Fällen geringer ein als das einer notfallmäßig eingeleiteten Narkose. Die Gefahr der unbemerkten Einklemmung bei den fest liegenden Patienten unter der selbstverständlichen Intensivüberwachung ist sicher geringer als vielerorts angenommen. Sieht man aber keine therapeutischen Konsequenzen, so sollte man beides (Lumbalpunktion und Computertomographie unter Narkose) unterlassen.

Für Hirnblutungen mit atypischer Lokalisation, vor allem bei Jüngeren, haben wir nach der Computertomographie die Notfallangiographie empfohlen zur Klärung der Operationsindikation. Der Hinweis auf die seltene kongophile oder Amyloid-Angiopathie ist zu begrüßen. Im übrigen sind die weiteren Probleme der Operationsindikationen und der Prognose aus dem neurochirurgischen Beitrag (Stolke, DÄ, Heft 40/1988) zu entnehmen, die von vornherein als Komplement der konservativ neurologischen Gesichtspunkte konzipiert war.

Schlußwort

Das Echo auf unseren Artikel in Form der Leserbriefe enthält nützliche Ergänzungen und gibt uns die erfreuliche Möglichkeit, über den redaktionell gebotenen Rahmen hinaus einige klärende Bemerkungen hinzuzufügen. Dem Konzept der Schriftleitung folgend, sollte unser Artikel eine Abhandlung der Hirnmassenblutung aus neurologischer und neurochirurgischer Sicht sein. Dabei sollten aus neurochirurgischer Sicht auch die extrazerebralen intrakraniellen Blutungen mit abgehandelt werden. Dieses Konzept hätte schon in der Überschrift deutlicher ausgedrückt werden sollen. Dann wären einige Mißverständnisse vermieden worden. Das Problem der Hirnmassenblutungen wäre sicher auch besser verständlich geworden, wenn die beiden Beiträge nebeneinander in einem Heft hätten erscheinen können.

Es ist ganz unbestritten, daß computertomographisch sehr viel

häufiger kleine und kleinste Blutungen sichtbar werden, die nie zum Koma oder zu Meningismus führen. Insofern ist der Aussagewert der Computertomographie höher als der der Lumbalpunktion und als Methode der ersten Wahl anzusehen. Dies haben wir auch ausdrücklich gesagt. Selbstverständlich schließt eine Lumbalpunktion mit unauffälligem Liquor vor allem kleinere intrazerebrale Blutungen nicht aus. Das haben wir auch nicht behauptet.

In der Akutsituation eines schwersten Insultes mit Bewußtseinsstörung oder womöglich motorischer Unruhe – und hier setzen unsere Bedenken ein – erscheint uns allerdings eine Computertomographie, die nur unter Narkose durchführbar ist, sehr gefährvoll. In diesem Stadium ist die Therapie bei der Massenblutung und beim Rieseninfarkt zunächst auch identisch: Sorge um Kreislauf und optimale Ventilation. Bei atypischen Insulten (zum Beispiel jüngere Patienten, Verdacht auf Trauma) könnte sich allerdings sehr viel rascher eine Indikation zum

Prof. Dr. med. Jean-P. Malin
Direktor der Neurologischen
Universitätsklinik
Berufsgenossenschaftliche
Krankenanstalten „Bergmannsheil“
Gilsingstraße 14
4630 Bochum 1

em. Prof. Dr. med. Hans Schliack
Neurologische Klinik
mit Klinischer Neurophysiologie
Medizinische Hochschule Hannover
Konstanty-Gutschow-Straße 8
3000 Hannover 61
priv.: Am Ortfelde 95
3004 Isernhagen NB 2