

Luana Hoffmann

Dr. med. dent.

Frühe und sekundäre dekompressive Kraniotomie bei Aneurysmablutungen, Überlebensquoten und Lebensqualität

Promotionsfach: Neurochirurgie

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Alfred Aschoff

Von 1992 bis 2009 wurden 127 SAB-Patienten dekomprimiert, davon 73 (57%) früh (<24h nach SAB) und 54 (43%) spät. Der WFNS bei Aufnahme hatte bei 65% (n=83) und vor Dekompression bei 83% (n=106) Grad IV/V betragen. 22 Patienten, die in sehr schlechtem Zustand verlegt worden waren, konnten nicht mehr kontaktiert werden. Sie sind mit an Sicherheit angrenzender Wahrscheinlichkeit verstorben³. Es gab 7 Antwort-Verweigerungen. Sicher verstorben waren gemäß Arztbriefen 29, gemäß Schreiben von Angehörigen 10. Die Gesamtlealität hatte somit 31% (n=39) betragen; wenn man alle aus dem Follow-up verlorenen Patienten als verstorben rechnet, kommt man im ungünstigsten Fall auf 69% (n=87). Bei 42 Patienten konnte die Lebensqualität mit Fragebogen erhoben werden. Von ihnen hatten 77% einen WFNS-Grad IV/V vor Dekompression (poor-grade). Die Arbeitshypothese dieser Studie hatte gelautet, dass rechtzeitige Dekompressionen die Überlebensquoten und die Lebensqualität der Patienten steigern und dass verspätete OPs nach längerer (>30 min) Anisokorie zu einer höheren Letalität und schlechterer Lebensqualität führen. Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Vermutungen und legt nahe, dass eine dekompressive Kraniotomie bei einer SAB nach Aneurysmaruptur einen Vorteil für den Krankheitsverlauf darstellt. Zwar wurde kein statistisch signifikanter Vorteil der frühen gegenüber der späten Dekompression gefunden; die Mehrzahl unserer Fragebogen-Patienten (n=42) hatten eine frühe Dekompression erhalten. Von ihnen hatten 50% der Überlebenden gute Ergebnisse (GOSextended 4b bis 5a) erzielt. Davon konnten 19% wieder in den Beruf eingegliedert werden. Von den 7 Patienten, die nach der SAB in einem vegetativen Zustand (GOSextended 2) verblieben waren, waren 5 einer (zu?) späten Dekompression unterzogen. Nach subjektiver Selbsteinschätzung fühlten sich viele der befragten Patienten in ihrer Lebensweise eingeschränkt, vor allem sozial (74%) und schwer körperlich (76%). Man darf nicht vergessen, dass unser Sample eine besondere Negativauswahl darstellt und es sich beim Großteil um Poor-grade-Fälle handelt. Darüber hinaus konnten wir

³ Eine kostenpflichtige Recherche beim Einwohnermeldeamt zwecks exakten Todeszeitpunkt konnte bislang nicht finanziert werden.

zeigen, dass eine länger andauernde Anisokorie (>30min) ein höheres Risiko für ein schlechtes Outcome bzw. für eine höhere Letalitätswahrscheinlichkeit darstellt (Signifikanz auf der Ebene 5% vorhanden). Insgesamt zeigten 47% unserer Patienten (n=127) eine längere Anisokorie, von denen 41% verstarben. Zwischen Aufnahme und Erst-OP kam es in 18 Fällen zu einer sekundären Anisokorie mit einer Dauer von über 30min (60 von 127 Patienten). Von 17 DK-Studien haben nur acht die Durchmesser/Flächen mitgeteilt. Wir haben in 79 Fällen die Durchmesser gemessen, die a.p. im Durchschnitt bei 11,75 cm lagen. Bei 31% war der DK-Diameter eindeutig zu klein (8-12 cm), 26% waren suboptimal (10-12 cm), 26% wurden nach den Richtlinien trepaniert (12-14 cm) und 5% waren großzügig (14-16 cm) durchgeführt. Ein statistischer Unterschied bezüglich Letalität war nicht herauszuarbeiten. Es ist aber möglich, dass ein Bias vorgelegen hatte, besonders schlechte Fälle größer und eher günstige Fälle kleiner zu trepanieren. Somit bleibt die Frage offen, welche Mindest-DK-Größe zur effektiven Therapie notwendig ist. Trotz der vergleichsweise „guten“ Ergebnissen dieser Arbeit darf nicht vergessen werden, dass eine SAB nach rupturiertem Aneurysma eine schwerwiegende Erkrankung bleibt. Diese Erkrankung sollte deswegen ein bleibender Schwerpunkt in der weiteren medizinischen Forschung darstellen, um weitere Fortschritte zum Wohle der Patienten zu erreichen.

