

Kurz-Info zur SNG-Standespolitik / Politique professionnelle de la SSN

■ H. R. Stöckli

Präsident SNG / Président SSN

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die heutige Standespolitik ist einem enormen Wechselbad unterworfen. Die Fronten ändern sich ständig. Was heute sicher erscheint, erweist sich morgen als ungewiss oder gar als falsch. Damit ist es ausgesprochen schwierig geworden, Sie in diesem Rahmen zeitgerecht über die aktuelle standespolitische Sachlage zu orientieren, liegen doch zwischen dem Schreiben und dem Erscheinen des Artikels gut zwei Monate. Aktuell stehen wir diesbezüglich mit dem Verlag im Gespräch. Sollten wir keine passende Lösung finden, werden wir Sie möglicherweise zukünftig mit persönlich adressierten Kurzinformativen oder eventuell besser per e-mail auf dem laufenden halten. Der Vorstand hält in der heutigen Zeit eine offene und rasche Informationspolitik für eine seiner wichtigsten Aufgaben, denn zu oft führt Halbwissen, das im guten Glauben weitergegeben wird, zu fehlerhaften Interpretationen und unberechtigten Ängsten. Bei Unklarheiten bitte ich Sie, ein Vorstandsmitglied oder mich zu kontaktieren, wir sind für Sie da.

Und nun zu den wichtigsten Informationen:

TarMed: Entgegen den Pressemitteilungen von Ende August 2001 wird *TarMed* nicht am 1. Januar 2002 eingeführt werden. Der Beginn muss aus logistischen Gründen um Monate verschoben werden (die durch die Versicherer erstellte Version 1.1 lag nicht termingerecht vor).

TarMed-Schulungen: Die obligatorischen *TarMed-Schulungen* durch die SNG (6 Ausbildungstermine in der Deutschschweiz, 3 in der Suisse romande, einer im Tessin) werden termingerecht vor Einführung des neuen Tarifwerks durchgeführt werden. Das Angebot wird es jedem erlauben, einen dieser Termine wahrzunehmen. Wir werden Sie sehr fachspezifisch instruieren. Somit ist es nicht notwendig, andere *TarMed-Schulungsveranstaltungen* durch die kantonalen Ärztesellschaften oder Angebote von privaten Organisatoren zu besuchen.

ROKO: Bei der letzten *ROKO* (1999) haben gesamtschweizerisch nur 16 Neurologen teilgenommen. So werden wir unsere Interessen an den zukünftig jährlich stattfindenden Tarifrevisionsverhandlungen nicht wahrnehmen können, denn ohne objektive Daten stehen wir als Fachgesellschaft den Tarifpartnern machtlos gegenüber. Wir bitten Sie inständig, sich an der *ROKO* zu beteiligen. Wie Sie wissen, werden die Zahlen anonym verarbeitet. Übergeben Sie diese mit geringem Aufwand verbundene Arbeit Ihrem Treuhänder, der diese Unterlagen meist schon kennt. Sie persönlich erhalten später Ihre persönlichen Daten in Korrelation zum Fachdurchschnitt, was vieles über die eigene Praxisstruktur aussagt und entsprechende Korrekturen zulässt. Damit profitieren Sie auch persönlich enorm von dieser Erhebung.

New-Index-Berechnungen: Zur Berechnung des kantonalen Starttaxpunkt-Wertes werden fachbezogene Parallelberechnungen

alter versus neuer Tarif durchgeführt. Verschiedene unter Ihnen werden um notwendige Informationen gebeten, wobei es vor allem um die Menge der erbrachten Leistungen geht. Bei Fragen stehen Ihnen unsere *TarMed-Tutoren* zur Verfügung (Prof. P. A. Despland, Lausanne; Dr. Paul Hännly, Schaffhausen; Dr. H. R. Stöckli, Liestal).

SPONSORPOOL: Das Pilotprojekt *SNG-Sponsorpool Berlin 2002* ist in der Deutschschweiz auf ein sehr positives Echo gestossen, während mir aus der Suisse romande einige Kritik zu Ohren gekommen ist. Wahrscheinlich war unsere Information über die Sachlage und das Ziel ungenügend. Dies bedaure ich persönlich sehr, da gerade mit diesem Projekt die Gelegenheit gegeben ist, die Kollegialität und Freundschaft zwischen beiden Kulturen zu fördern, was mir sehr am Herzen liegt. Seit Anfang August steht deshalb ein ausführliches Info-Schreiben auf deutsch und französisch zur Verfügung, welches Genaueres über dieses SNG-Projekt berichtet und bei der Sekretärin Frau Dr. Eva Gütling (052/269 11 55 oder e.guetling@bluewin.ch) oder bei mir (061/921 91 70 oder hrstoekli@datacomm.ch) angefordert werden kann.

Bis zur nächsten Kurz-Info

Ihr Ruedi Stöckli
Präsident SNG

Chères consœurs, chers confrères

La politique professionnelle d'aujourd'hui est livrée à de puissantes forces contradictoires. Les lignes de front se modifient en permanence. Ce qui apparaît sûr aujourd'hui peut se révéler incertain le lendemain ou même erroné. Il est dès lors devenu extrêmement difficile, dans le contexte de politique professionnelle actuel, de vous livrer à

temps des informations valables sur la situation concrète, deux mois s'écoulant entre l'écriture et la parution des articles. A ce propos, nous sommes actuellement en discussion avec l'éditeur. Si nous ne trouvons pas de solution valable, nous pourrions éventuellement vous tenir informés par de brèves informations par lettre ou, mieux encore, par courrier électronique. Dans la situation que nous vivons aujourd'hui, le comité estime qu'une politique d'information franche et rapide fait partie de ses tâches les plus importantes. Un savoir lacunaire, même transmis en toute bonne foi, conduit en effet trop souvent à de fausses interprétations ou à des angoisses infondées. Pour plus de précisions, contactez un membre du comité ou moi-même: nous sommes là pour vous!

Informations principales:

TarMed: Contrairement à ce que vous avez pu lire dans la presse à fin août 2001, l'introduction du *TarMed* n'aura pas lieu le 1^{er} janvier 2002. Pour des raisons de logistique, elle devra être repoussée de quelques mois (la version 1.1 des assureurs n'était pas prête dans les délais prévus).

Formation TarMed: Les cours de formation obligatoires de la SSN concernant le *TarMed* (6 cours de formation en Suisse alémanique, 3 en Suisse romande, un au Tessin) seront organisés à temps, avant l'introduction du nouveau tarif. L'offre permettra à chacun de choisir la date qui lui convient. Nos cours étant très spécifiques, il ne sera pas nécessaire d'assister à d'autres séances de formation sur le *TarMed* organi-

Korrespondenz:/Correspondance:
Dr. med. Hans Rudolf Stöckli
Neurologie FMH
Kasernenstrasse 22a
CH-4410 Liestal
e-mail: hrstoekli@datacomm.ch

sées par les sociétés cantonales de médecine ou des organisations privées.

Enquête permanente sur les coûts des cabinets médicaux (ROKO): Seuls 16 neurologues ont participé à la dernière enquête ROKO (1999) pour l'ensemble de la Suisse. Rien de plus difficile, dès lors, que de présenter nos intérêts lors des négociations tarifaires qui se tiendront à l'avenir chaque année. En effet, le manque de données objectives ne peut que nous affaiblir, en tant que société de discipline, face à nos partenaires tarifaires. Nous vous prions donc instamment de participer à l'enquête ROKO. Vous le savez, les chiffres communiqués sont traités de manière confidentielle. Transmettez ce travail peu chronophage à votre fiduciaire qui est le plus souvent déjà au courant du dossier. Vous recevrez ultérieurement, à titre personnel, les données qui vous concernent en corrélation avec la moyenne relevant de la discipline, ce qui représente une infor-

mation utile sur la structure de votre cabinet tout en permettant les corrections nécessaires. Vous tirez donc un grand profit personnel de cette enquête.

Calcul de NewIndex: La valeur initiale du point tarifaire sera établie pour chaque canton sur la base de calculs effectués en parallèle pour l'ancien et le nouveau tarif. Nous demanderons à certains d'entre vous de nous donner les informations nécessaires, qui porteront, cela dit, surtout sur la quantité des prestations fournies. Des tuteurs désignés seront à votre disposition dans le domaine du TarMed (Pr P. A. Despland, Lausanne; Dr Paul Hännny, Schaffhouse; Dr H. R. Stöckli, Liestal).

Groupe de commanditaires: Le projet pilote *Sponsorpool Berlin 2002* de la SSN a rencontré un écho des plus positifs en Suisse alémanique, alors que des critiques nous sont parvenues à ce sujet de la part de la Suisse romande. Il se peut que notre information sur

la situation et les buts poursuivis aient été quelque peu lacunaire. Personnellement, je le regrette infiniment, parce que le projet offrait précisément la possibilité de promouvoir la collégialité et l'amitié entre les deux cultures, ce qui me tient particulièrement à cœur. Nous avons dès lors, au début du mois d'août, publié un bulletin d'information exhaustif, en allemand et en français, donnant des explications plus détaillées sur le projet de la SSN et que vous pouvez obtenir auprès de notre secrétaire, Mme la Dresse Eva Gütling (052/269 11 55 ou e.guetling@bluewin.ch). Vous pouvez également me contacter directement (061/921 91 70 ou hrstoekli@datacomm.ch).

A bientôt pour de prochaines brèves informations!

Ruedi Stöckli
Président de la SSN

Buchbesprechungen

Livres

Book reviews

Volker Dietz, Hrsg.:
Klinik der Rückenmarkschädigung,
Diagnose – Therapie – Rehabilitation
Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2001.
Gebunden, 267 Seiten.
Fr. 86.–, ISBN 3-17-016185-7

Dieses umfassende Lehrbuch der Paraplegiologie ist aus der Koordination verschiedener Kräfte im Zürcher Behandlungs- und Forschungszentrum für Paraplegie entstanden: Diese umfassende und doch detaillierte Darstellung eines wichtigen Teilgebietes der

Neurorehabilitation ist einzigartig und allen Ärztinnen und Ärzten, die sich mit paraplegischen Patienten und Patientinnen befassen, aber ebenso auch den übrigen Health Professionals bestens zu empfehlen. Systematisch aufgebaut, gut leserlich geschrieben, umfassend dokumentiert wird das ganze Spektrum der Probleme im Zusammenhang mit Querschnittslähmungen abgehandelt. Die Literatur wurde auf relevante Arbeiten beschränkt, vielleicht sind auch einige zu alten Datums dabei. In der Behandlung der Detrusorhyperreflexie wäre nach eigener

Einschätzung vor allem das Tolterodin (Detrusitol) zu erwähnen. Insgesamt ein sehr empfehlenswertes Buch basierend auf Gemeinschaftsarbeit aus einer Fachklinik für Paraplegiologie, auf die wir Neurologinnen und Neurologen in der Schweiz stolz sein und in die wir auch Patienten und Patientinnen mit schweren Para- und Tetraplegien in der Zuversicht auf eine sehr kompetente Behandlung zuweisen dürfen.

J. Kesselring, Valens

Frühjahrestagung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft

Réunion de la Société Suisse de Neurologie

Abstracts

Crans-Montana, 22–24 mars 2001

Akutes Parkinson-Syndrom bei Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)-Infektion

S. Hartmann, M. Weber, B. Tettenborn

Neurologische Klinik, Kantonsspital, CH-9007 St. Gallen

Parkinson-Syndrome im Rahmen infektiöser Erkrankungen wurden beschrieben als postenzephalitische Parkinson-Syndrome nach Encephalitis lethargica und bei der «Japanese encephalitis». Wir berichten über einen Patienten, bei dem es nach einem initialen Status febrilis mit zunehmender Vigilanzminderung zur Entwicklung eines akuten Parkinson-Syndroms kam. Bei Aufnahme bestanden ein hochgradiger axialer Rigor, ein ausgeprägtes Zahnradphänom, Akinese, Antriebshemmung und Verlangsamung der kognitiven Funktionen. Im EEG zeigte sich eine leichte Allgemeinveränderung ohne fokale Abnormitäten. Liquordiagnostisch liess sich eine FSME mittels zweimalig positiver PCR nachweisen. Bei unauffälligem CCT und Ioflupan-SPECT kam es unter symptomatischer Therapie mit L-Dopa, Dopa-Agonisten, Amantadin und Physiotherapie innerhalb von 14 Tagen zu einer eindrucklichen Besserung der Klinik.

Auch ohne morphologische Veränderungen in der Bildgebung muss davon ausgegangen werden, dass das FSME-Virus zu Läsionen der Stammganglien und damit klinisch zu einem Parkinson-Syndrom geführt hat. Klinik und Verlauf werden videographisch demonstriert.

Lidocaine skin patch in postherpetic neuralgia and other peripheral causalgia

T. Kuntzer, F. Ochsner, J. Bogousslavsky

Service de neurologie, CHUV, CH-1011 Lausanne

During a 12-month period we evaluated 15 chronic pain patients with postherpetic neuralgia and

other peripheral causalgia in order to evaluate the usefulness of a patch over a skin area with allodynia.

This prospective, double blind, study was organised during 3 phases of a week duration each; in phase I and II, the patch was taped over the involved skin area 12 hours a day with either a placebo or lidocaine 5%, and in phase 2 no patch was used (wash out period). A visual scale was used to quantify pain and allodynia.

No local or general adverse reactions were recorded. In half of the patients, a significant reduction in pain could be demonstrated in periods of time where lidocaine 5% was used. Furthermore, application of the patch generated other benefits such as protection of the skin and a local coldness. It is concluded that lidocaine skin patches can be considered as a simple but useful approach in dealing patients with peripheral causalgia and postherpetic neuralgia.

Listerien-Rhombencephalitis

D. Schött, M. Sturzenegger, C. W. Hess

Inselspital, CH-3010 Bern

Fallbericht sowie Diskussion diagnostischer und therapeutischer Aspekte: *Listeria monocytogenes* ruft ZNS-Infektionen nicht selten auch bei Immunkompetenten hervor und löst gelegentlich kleinere Epidemien aus, zum Beispiel 1983/84 in der Westschweiz, wo die Übertragung vermutlich durch Vacherin-Käse stattfand.

Wir berichten über den Fall einer 45jährigen Patientin aus dem Berner Oberland mit einer Listerien-Rhombencephalitis und stellen diagnostische und therapeutische Aspekte dieser seltenen, aber prognostisch ernsten Verlaufsform einer ZNS-Listeriose dar.

Nach einer kurzen Prodromalphase entwickelte die bislang gesunde Patientin rasch progrediente, multiple Hirnnervenausfälle, zerebelläre Sym-

ptome sowie eine partielle respiratorische Insuffizienz mit Intubationspflichtigkeit. Zunächst bot sich aufgrund der Untersuchungsbefunde inklusive Liquor das Bild einer unklaren Meningoenzephalitis, die Läsionen im Schädel-MRI mit Prädilektion für den Hirnstamm und die positiven Blutkulturen für *Listeria monocytogenes* führten dann zur Diagnosestellung einer Listerien-Rhombencephalitis. Die Infektionsquelle konnte nicht aufgedeckt werden. Unter einer 6wöchigen antibiotischen Behandlung mit Amoxicillin und Gentamicin kam es zu einer partiellen Remission der schweren neurologischen Ausfälle, eine stationäre Neurorehabilitation fand statt. Erneute Follow-up-Untersuchungen inklusive MRI der in den Aktivitäten des täglichen Lebens wieder selbständigen Patientin fanden 4 und 9 Monate später statt. Die in der Literatur angegebene ungünstige Prognose der Listerien-Rhombencephalitis mit bis zu 50-prozentiger Mortalität und neurologischen Residuen in etwa 60% der Fälle unterstreicht die Wichtigkeit einer forcierten, raschen Diagnosestellung auch unter Beizug moderner neuroradiologischer Verfahren und die eines unverzüglichen adäquaten Therapiebeginns.

Epilepsie und AV-Block 3. Grades: zufällige oder kausale Koinzidenz?

H.-G. Frank, H. G. Wieser

Neurologie, Universitätsspital, CH-8091 Zürich

Eine 53jährige Patientin mit bekannter pharmakoresistenter symptomatischer fokaler Epilepsie bei vaskulärer Malformation links temporal (mesio-basales Cavernom assoziiert mit einer DVA temporal Mitte) berichtet im Rahmen der prächirurgischen Epilepsieabklärung über seit einigen Monaten neu aufgetretene Sturzanfälle, die sich von ihren stereotypen komplex-partiellen Anfällen semiologisch durch eine etwas veränderte Prodromalphase und einen plötzlichen Bewusstseinsverlust mit Sturz sowie teils Versteifung und Zuckungen des Körpers unterscheiden und die zumeist in Zusammenhang mit körperlicher Anstrengung auftreten. Während des Video-EEG-Doppelbild-Langzeitmonitorings konnte mittels gezielter Provokation (Fahrradfahren, Kniebeugen, Treppensteigen) kein Sturzfall ausgelöst werden, hingegen zeigte sich klinisch eine äusserst variable Herzfrequenz zwischen 48 und 120/Min., teils in Form eines Bigeminus. In der daraufhin veranlassten Fahrradergometrie (ohne und mit

simultaner Video-EEG-Aufzeichnung) zeigte sich bei einer Belastung von 45 W ein AV-Block Typ Mobitz II b mit Abfall der Herzfrequenz von 114 auf 69, bei 75 W in einen AV-Block dritten Grades übergehend, mit weiterem Abfall der Herzfrequenz bis auf 46/Min. Nach Ausschluss einer symptomatischen Genese des belastungsinduzierten AV-Blocks erfolgte die Implantation eines Pacemakers (VDD), woraufhin die Patientin anfallsfrei wurde. Neben primären tonisch-atonischen epileptischen und Adam-Stokes-Anfällen sind differentialdiagnostisch somit auch hämodynamisch getriggerte sekundär generalisierte epileptische Anfälle zu erwägen.

Clinico-topographic correlations and diagnostic value of diffusion-weighted MRI in acute spinal cord ischaemia

T. Loher, F. Stepper, K. Lövblad*, M. Sturzenegger, G. Schroth*, C. Bassetti

Departments of Neurology and Neuroradiology, Inselspital, CH-3010 Berne*

Objective/Background: To assess diagnostic value and clinico-topographic correlations in acute spinal cord ischaemia using diffusion-weighted MR imaging (DWI). DWI is established as a tool for investigation of acute stroke but has been reported only once in spinal cord ischaemia.

Methods: Five patients (2 males, 3 females; age range: 54–75) with spinal cord ischaemia were assessed clinically and studied by means of conventional T₁/T₂ MRI and DWI.

Results: Stroke topography was cervical in 2 and thoracic in 3 patients. Clinical findings corresponded well with stroke extension on DWI in 3 of 5 patients. Stroke was preceded by TIA in 3 patients, presented initially with sudden and severe pain in 3 patients, and evolved over 0.5–12 hours. Motor deficits were present in 4 patients (triparesis in one and paraparesis in 3 patients) and sensory deficits in 4 patients with impairment of spinothalamic modalities (n = 4) and position sense (n = 1). Two patients with urinary incontinence had isolated either motor or sensory deficits but no Babinski's sign. A presumed cause of stroke was found in 2 patients only (atrial fibrillation, aortic surgery). All patients could walk (independently or with crutches) at hospital discharge.

Conclusions: DWI appears to be a sensitive method for early diagnosis of spinal cord ischaemia, although the correlation between clinical and radio-

logic findings may be disappointing in some cases. This study confirms that (1) spinal cord ischaemia can present with a variety of clinical syndromes including isolated, bilateral motor or sensory deficits, (2) aetiology is not always clear (despite extensive work-up), and (3) short-term outcome is often satisfactory.

The SMSMS (Short Multiple Sclerosis Mobility Score): a straightforward method to score mobility simply

C. Vaney, S. Vaney, C. Brutinel, S. Lipp,
M. van Oirschot, B. Gattlen

*Neurologische Rehabilitations- und MS-Abteilung,
Berner Klinik, CH-3962 Montana*

Introduction: There is an urgent need for sensitive clinical outcome measures to evaluate the efficacy of drugs presumed to influence progression of MS. The commonly used measures such as the EDSS, or the newly developed MS Functional Composite (MSFC) are far from ideal. The EDSS has a poor reliability and is not sufficiently sensitive to changes. The clinical relevance of the changes in MSFC Z-scores has not yet been firmly established and depends on the reference population examined.

Methods: The two mobility measures of the MSFC (10 m walk test, 9-Hole Peg test) used as subscores, enabled us to develop a simple composite score called SMSMS (Short Multiple Sclerosis Mobility Score). The timed performances of the two subscores are expressed as a logarithmical function of time and range from 0 to 7.5. To take into account the changes considered being clinically relevant, the subscores were constructed in such a way that an interval of 0.5 unit corresponds to a change of 20% in the 9-Hole Peg test (NHPT) and of 28% in the 10 m walk test. The SMSMS has been computed as the mean of four subscores (NHPT left hand, NHPT right hand, 2 × 10 m walk test).

Results: 500 consecutive MS patients being treated in our clinic were assessed at the beginning and at the end of their rehabilitation stay. The correlation coefficients between the SMSMS and the EDSS ($r = -0.868$), the Nottingham ADL Index ($r = 0.869$) and the Rivermead Mobility Index ($r = 0.91$) were all statistically significant ($p < 0.001$). The SMSMS was significantly more sensitive than the EDSS; as well to the changes occurring during the rehabilitation stay (EDSS: 5%; SMSMS: 15%; $p < 0.01$), as to those after a one-year follow-up (EDSS: 17.3%; SMSMS: 28.3%; $p < 0.05$).

Conclusion: The SMSMS is a valid and sensitive non-physician-based measure which could help provide consistent scoring in future clinical trials.

Parinaud-Syndrom bei Basilarisspitzenaneurysma

N. Michael, B. Tettenborn, M. Weber

*Neurologische Klinik, Kantonsspital,
CH-9000 St. Gallen*

Störungen der vertikalen Blickmotorik finden sich bei Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom, Niemann-Pick-Erkrankung sowie bei Infarkten, Blutungen oder Tumoren des Mittelhirns mit Schädigung des Prätektums. Wir berichten über einen Patienten mit Parinaud-Syndrom verursacht durch ein Basilarisspitzenaneurysma.

Bei dem 54jährigen Patienten bestand anamnestisch eine seit 4–6 Wochen langsam progrediente Sehstörung mit Verschwommensehen und damit zusammenhängend Gangunsicherheit. Im Status fanden wir eine komplette vertikale supranukleäre Blickparese mit Skew deviation, verminderter Akkommodationsfähigkeit und Konvergenz. Der übrige Neurostatus war in allen Einzelheiten unauffällig.

In der craniocerebralen Kernspintomographie mit MR-Angiographie zeigte sich ein Basilarisspitzenriesenaneurysma ($2,5 \times 2 \times 3$ cm) mit Kompression und Ödemzone mesencephalo-diencephal links sowie im Bereich des Tectum mesencephali.

Das Parinaud-Syndrom wird durch eine bilaterale Schädigung des Prätektums verursacht. Ein Basilarisspitzenaneurysma als Ätiologie wurde unseres Wissens bisher nicht beschrieben. Pathophysiologisch dürfte die raumfordernde Wirkung des Basilarisspitzenaneurysmas für die Schädigung der prätektalen Strukturen verantwortlich sein.

Inwieweit ist «risk-modelling» der Karotisendarterektomie für den individuellen Patienten anwendbar?

A. Barth, C. Bassetti

Neurochirurgische Klinik und Neurologische Klinik, Inselspital, CH-3010 Bern

Einleitung: Da das Hirnschlagrisiko einer medizinisch behandelten Karotisstenose etwa 20% be-

trägt, werden mindestens 4 von 5 Patienten nicht von einer Karotisendarterektomie profitieren. 1999 haben Rothwell et al. (Lancet 353:2105–10) ein prognostisches Modell zur Identifizierung der besten chirurgischen Kandidaten vorgeschlagen, das heisst die Patienten mit den grössten Risiken unter medizinischer Therapie und mit den kleinsten perioperativen Risiken. Wir haben die Anwendbarkeit dieses Modells anhand einer konsekutiven Serie von Patienten geprüft, die in einem einzigen Zentrum wegen einer hochgradigen Karotisstenose operiert wurden.

Methodik: Die von Rothwell et al. vorgeschlagenen Risikofaktoren wurden bei 130 Patienten evaluiert. Im chirurgischen Modell wurden 3 Faktoren erfasst (0 bis 3 Punkte): weibliches Geschlecht, periphere vaskuläre Krankheit und systolischer Blutdruck über 180 mm Hg. Im medizinischen Modell wurden 4 Faktoren erfasst (0 bis 5 Punkte): zerebrales vs. okuläres Ereignis, neurologisches Ereignis in den letzten 2 Monaten, Plaque-Ulzerationen und Stenosegrad von 80 bis 89% (1 Punkt) oder 90 bis 99% (2 Punkte). Im klinischen Verlauf wurden schwere Ischämien oder Todesfälle in den ersten 31 Tagen berücksichtigt.

Resultate: Im chirurgischen Modell hatten 40 Patienten 0 Punkt, 62 Patienten 1 Punkt, 27 Patienten 2 Punkte und nur 1 Patient 3 Punkte. Im medizinischen Modell hatte kein Patient 0 Punkt, 3 Patienten hatten 1 Punkt, 23 Patienten 2 Punkte, 28 Patienten 3 Punkte, 40 Patienten 4 Punkte und 36 Patienten 5 Punkte. Klinisch wurde kein Todesfall und 1 schwere Ischämie (0,77%) beobachtet. Zwischen operativen Komplikationen und prognostischem Modell konnte keine statistische Korrelation festgestellt werden.

Schlussfolgerungen: Risk-modelling zur Identifizierung der besten chirurgischen Kandidaten scheint nicht individuell anwendbar, wenn die perioperative Komplikationsrate sehr tief liegt. In dieser Situation bleibt der Nachweis einer hochgradigen Stenose das beste Kriterium für die Operationsindikation.

Schmerzmodulation bei chronischer Lumboischialgie mittels Hinterstrangstimulation

M. G. Wasner, H. Bächli, A. Aeschbach

Klinik für Neurochirurgie, Klinik für Anästhesie, Kantonsspital, CH-4031 Basel

Einleitung: Nach operativer oder konservativer Behandlung eines Bandscheibenvorfalles der LWS

kommt es bei etwa 20% aller Patienten zur Entwicklung chronischer Lumboischialgien, welche sich weder operativ noch konservativ physiotherapeutisch oder medikamentös beeinflussen lassen. In den letzten Jahren hat sich die Hinterstrangstimulation als eine Methode gezeigt, welche die Schmerzempfindung dieser Patienten günstig beeinflusst.

Methodik: Operativ und konservativ austherapierte Patienten werden bezüglich Indikation zur passageren Hinterstrangstimulation von einem interdisziplinären Team bestehend aus Neurochirurg, Anästhesist und Psychologe unabhängig evaluiert. Bei Indikation erfolgt zunächst die passagere Einlage eines Hinterstrangstimulators in Lokalanästhesie. Profitiert der Patient von der Stimulation wird in einem zweiten Schritt ein definitiver Stimulator eingebaut.

Resultate: 80% der Patienten, welche von der passageren Einlage des Hinterstrangstimulators profitiert haben, sind auf Dauer gebessert, so dass die Patienten eine verbesserte Mobilität aufweisen und die Dosen der bisherigen medikamentösen Schmerztherapie deutlich verringert werden können. Bei 10–15% der Patienten kommt es auf Grund von Dislokationen der epiduralen Sonde zu einer Funktionseinschränkung, welche sich in der Regel über eine Umprogrammierung der Elektrode oder Neuplatzierung beheben lässt.

Zusammenfassung: Bei Patienten mit chronischer Lumboischialgie, welche operativ und konservativ austherapiert sind, ist die Hinterstrangstimulation bei sorgfältiger Indikationsstellung ein symptomatischer Behandlungsansatz mit relativ hoher Erfolgsquote.

Parainfektöse Enzephalitis als Erstmanifestation bei Legionellose

C. R. Baumann, U. W. Buettner

Kantonsspital, CH-5001 Aarau

Background: Legionnaire's disease is a multi-system disease which is caused by gram-negative pathogens and being transmitted to humans by aerosol or airborne droplets. Its manifestation is mostly primarily pneumonic. Approximately half of the patients with Legionnaire's disease suffer from a CNS involvement. In a few cases, neurological symptoms precede the development of a pulmonary infection.

Case report: We report on a formerly healthy 30-year-old man who suffered from an acute onset

of urine incontinence and ataxia. In the following days he developed neuropsychological symptoms. When he entered the hospital a few days later, he presented with a highly elevated body temperature and dyspnoea in addition to the neurological symptoms. After temporary intubation, the presumptive differential diagnosis of a herpes encephalitis led to an unsuccessful intravenous therapy with Acyclovir, the pneumonia was treated with antibiotics. Some days later after the reception of a positive screening serologic study for *Legionella* infection, an oral therapy with clarithromycin was started, the further clinical course was beneficial. At the same time serological screening studies became positive for herpes simplex. No positive screening result neither for *Legionella* nor for HSV were found in the cerebrospinal fluid.

Discussion: Patients with generalised or focal neurological symptoms and being in a bad general state should receive examinations in order to exclude a *Legionella* infection. The positive screening results for *Legionella* and herpes simplex at the same time in our patient raise the question if there exists a cross reaction between these pathogens. Hopefully, further scientific examinations may find an answer to this question.

Impact of neurorehabilitation on disability in patients with acutely and chronically disabling diseases of the nervous system measured by the Extended Barthel Index (EBI)

S. Beer, M. Jörger, J. Kesselring

Neurologische Abteilung, Rehabilitationsklinik Valens, CH-7317 Valens

To study the impact of neurorehabilitation on disability in an unselected patient group with acutely and chronically disabling neurological diseases, the Extended Barthel Index (EBI) was determined at the beginning and at the end of the rehabilitation stay in all patients admitted to our Neurorehabilitation Centre in Valens (Switzerland). Patients who reached the highest possible EBI score at entry ("ceiling effect"), with a short stay (<1 week) or with a deterioration due to other medical complications were excluded. Finally data of 743 patients could be analysed. The median EBI at entry was 50, and 57 at discharge. The mean increase of the EBI score per week was 1.1 (SD 1.7). The change of the EBI score was analysed independently in patients with acute neurological diseases admitted in the post acute

phase (acute group) and patients with chronically disabling neurological diseases (chronic group). As expected the increase of the EBI score was higher in the acute group than in the chronic group. 80.8% of the acute group patients and 42.5% of the chronic group patients showed an increase of the EBI score at discharge. The mean gain per week was 1.6 in the acute group and 0.5 in the chronic group respectively. Younger patients (<30 years) tended to have a higher EBI gain than middle-aged and older patients: these differences, however, were not significant. Analysis considering the different underlying diseases showed the highest increase in patients with stroke and traumatic brain injury.

Restless legs syndrome: clinical experience with long-term treatment

S. Clavadetscher, M. Gugger*, J. Mathis, C. Bassetti

Sleep Medicine Centre, Department of Neurology and Division of Pneumology, University Hospital, Inselspital, CH-3010 Berne*

Introduction: There are scanty data on long-term treatment efficacy and its prediction in patients with restless legs syndrome (RLS).

Methods: Over 3 years 68 RLS-patients (M:F = 33:45; age 29–79 years) were studied. Clinical and polysomnographic data as well as severity of RLS (RLS-score, RLSS) were assessed at study start. Patients were treated on an individual base. After a mean follow-up time of 16 months (range 1–106) RLS-symptoms were re-assessed (clinical impression, RLSS). Naive patients (N, never treated for RLS) and patients with previous treatments (T), as well as patients with good (G) and bad treatment response (B) were compared.

Results: At follow-up 77% (30/39) of N-patients and 79% (22/28) of T-patients had a good treatment response. No significant differences were found between N- and T-patients. Clinical improvement of RLS and RLSS-reduction were correlated ($p < 0.01$). Periodic limb movements in sleep (PLMS) were more common in B- than G-patients (100% vs 57% of patients, $p = 0.04$). In all other variables considered the two groups were similar.

Conclusion: (1) Good long-term treatment response can be obtained in about 80% of RLS. (2) RLSS represents a useful tool for assessment of evolution of RLS-symptoms. (3) Patients without PLMS have a better long-term treatment response.

Réadaptation après accidents cérébro-vasculaires sévères

P. A. Rapin, G. B. Foletti

Hôpital neurologique, Fondation «Institution de Lavigny», CH-1175 Lavigny

Introduction: Les patients suite un accident vasculaire cérébral (AVC) sévère gardent des séquelles neurologiques et fonctionnelles significatives, peut-être différentes suivant la cause soit ischémique, soit hémorragique de l'AVC.

Méthode: Entre 1986 et 2000, nous avons sélectionné 100 patients avec AVC ischémiques ou hémorragiques sévères, soit avec un score fonctionnel de Barthel inférieur à 60 points à l'admission pour réadaptation neurologique dans notre hôpital. Nous avons comparé entre le groupe des AVC ischémiques et le groupe des AVC hémorragiques les scores fonctionnelles au début et à la fin de la phase de réadaptation hospitalière.

Résultats: A l'entrée, le groupe des AVC hémorragiques (27 patients) a des scores fonctionnels légèrement inférieurs à ceux du groupe des AVC ischémiques (73 patients), mais présentent après une réadaptation selon le concept Bobath, pour une durée de séjour comparable d'environ 6 mois, une amélioration fonctionnelle supérieure au groupe des AVC ischémiques, patients qui présentent le plus de complications médicales.

Discussion: Le pronostic fonctionnel des patients avec atteinte cérébrale hémorragique particulièrement sévère paraît meilleur à parité de mesures de réadaptation que celui des patients avec atteinte cérébrale ischémique.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen am extrapyramidalen System

T. Mietzsch^a, J. Kesselring^b, M. Kuhn^{a, c}

^a *Medizinische Klinik, Rätisches Kantonsspital, CH-7000 Chur*

^b *Neurologische Klinik, Rheuma- und Rehabilitationsklinik, CH-7317 Valens*

^c *Schweizerische Arzneimittel-Nebenwirkungszentrale, SANZ, CH-7000 Chur*

Bei neuroleptischer Behandlung treten häufig unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) als extrapyramidale Symptome (EPS) auf. Neben den bekannten Symptomen Parkinsonismus und gefürchteten tardiven Formen sind auch andere

Symptome beschrieben worden. Neuroleptika, Calciumkanal-Blocker und «versteckte» Neuroleptika werden in diesem Zusammenhang wiederholt damit in Verbindung gebracht. Das freiwillige und spontane Meldesystem der SANZ hält Möglichkeiten offen, eher seltene oder schwerwiegende UAW im Sinne von Signalen zu generieren. Solche Meldungen werden seit 1981 in der SANZ auf ihren Kausalzusammenhang hin gewertet und in einer Datenbank erfasst. Wir berichten über 212 Fälle und präsentieren ein Symptomprofil und ein Spektrum der angeschuldigten Medikamente. Die weitaus häufigsten Symptome waren Tremor 43%, akute und unspezifische Dyskinesien 28%, erst dann Parkinson 6%, Myoklonien und Dystonien je 5%, zu den seltener gemeldeten Symptomen zählten u.a. Akathisie 3% oder Chorea 2%. Die Neuroleptika selbst waren nur zu 10% gemeldet worden. Hingegen Neurologika zu 23%, Antidepressiva 21% mit grosser Symptomvielfalt, Gastroenterologika 18%, diverse Medikamente 16% und 12% Antiinfektiosa.

Schlussfolgerungen: Tremor ist eine häufige Form der EPS und wird als Nebenwirkungssymptomatik ernst genommen. Bei den Antiinfektiosa fielen verschiedene EPS auf. Ein Teil der EPS wird nur ungenau diagnostisch identifiziert (Parkinson, Dystonie) oder unterreportiert (z.B. Akathisie). Selten nur werden schwerwiegende klinische Bilder als EPS gesehen, aber auch darum ist es wichtig, die Möglichkeit der Entwicklung von EPS unter verschiedenster Medikation zu beachten.

Plexus-lumbosacralis-Irritation bei solitärer pelviner Metastase eines Schilddrüsenkarzinoms

S. Tschöke^a, M. Weber^a, B. Bode^b, B. Tettenborn^a

^a *Neurologische Klinik, Kantonsspital, CH-9007 St. Gallen*

^b *Institut für Pathologie, Kantonsspital, CH-9007 St. Gallen*

Raumforderungen im Bereich des kleinen Beckens kommen vorwiegend bei kolorektalen, gynäkologischen, orthopädischen oder urologischen Tumoren vor. Solitäre Knochen-Metastasen eines Schilddrüsenkarzinoms im kleinen Becken sind eine Rarität.

Wir berichten über eine Patientin mit seit einem Jahr bestehenden Schmerzen im Bereich der linken Leiste, des linken Oberschenkels sowie linksseitigen neuralgiformen Schmerzen im S1-Derma-

tom und Blasenentleerungsstörung. Aus der Vorgeschichte sind ein atypisches Adenom der Schilddrüse mit St. n. Hemithyreoidektomie vor 10 Jahren und ein mikroinvasives Plattenepithelkarzinom der Zervix mit St. n. Hysterektomie vor einem halben Jahr zu erwähnen. Neurologisch waren keine fokalen Ausfälle im Sinne von Paresen oder sensiblen Ausfällen nachweisbar. Computer- und kernspintomographisch fand sich im Sakrum eine zirka $11 \times 7 \times 6$ cm grosse Raumforderung mit ausgedehnter Knochendestruktion und Kompression des Plexus lumbosacralis links. Aufgrund der Lokalisation und radiologischen Präsentation wurde differentialdiagnostisch an erster Stelle an ein sakrales Chordom gedacht. Die durchgeführte Feinnadelpunktion lieferte die Verdachtsdiagnose einer Karzinometastase. Szintigraphisch liessen sich keine weiteren Knochenbefunde erheben. Die offene Biopsie ergab den histologischen Befund eines hoch differenzierten follikulären Schilddrüsenkarzinoms und führte zur Reklassifikation der 10 Jahre zuvor als atypisches Adenom diagnostizierten Schilddrüsenneoplasie.

Wir folgern, dass bei solitären ossären Raumforderungen des kleinen Beckens differentialdiagnostisch auch an ein metastasierendes Schilddrüsenkarzinom gedacht werden muss.

Verlaufsbeobachtung bei einem Huntington-Kranken

F. G. Otto, R. Schoog

*Kantonale Psychiatrische Klinik Rheinau,
CH-8562 Rheinau*

Dargestellt wird der Fall eines 46jährigen Patienten mit langjähriger Chorea Huntington; die ersten Symptome bemerkte er im Alter von 15 Jahren. Die Familienanamnese ist positiv. Die Diagnose ist zudem molekulargenetisch bestätigt mit typischer Expansion des CAG-Repeats: 60–65 CAG (Norm <37).

Eine medikamentöse Behandlung lehnt der Patient seit März 1999 kategorisch ab. Er wird mit regelmässigen rehabilitativen Massnahmen und intensiver Zuwendung auf einer Spezialabteilung für Patienten mit neuropsychiatrischen Diagnosen therapiert. Bemerkenswert ist, dass sich bei allmählicher Verschlechterung des körperlichen Zustandes das Kontakt- und Sozialverhalten in den letzten Monaten markant gebessert hat. Der Patient ist offener und zugänglicher geworden. Er kann Hilfsmittel eher akzeptieren und ist besser in die Gruppe der Mitpatienten integriert. Der Fall zeigt den Nutzen sowohl des schützenden wie des fordernden und somit fördernden Milieus einer Langzeitrehabilitations-Station auch für Huntington-Kranke mit sehr frühem Beginn der Symptomatik und schon lange andauerndem Verlauf.