



**Kantonsspital St.Gallen**

CH-9007 St.Gallen  
Tel. 071 494 11 11  
www.kssg.ch

Neurologie  
Prof. Dr. Barbara Tettenborn, Chefärztin  
PD Dr. Bruno Weder,  
Leitender Arzt, Chefarzt Stv.

Herrn  
Willi Keller  
Untergasse 34  
9437 Marbach

St.Gallen, 6. Juni 2007 Te/lz

Lisa Zwyssig  
lisa.zwyssig@kssg.ch  
www.neurologie-sg.ch  
Tel. 071 494 16 52  
Fax 071 494 28 95

Sehr geehrter Herr Keller,

da sich eine persönliche Besprechung im Beisein von Herrn Dr. Germann und mir mit Ihnen in den nächsten Wochen leider terminlich auch in Randstunden nicht einrichten lässt, beantworte ich doch vorerst Ihre Fragen kurz schriftlich.

**Frage 1:**

Wir haben in dem Arztbrief vom 8. November 2001 völlig korrekt geschrieben, dass wir als Ursache eine mikroangiopathische Läsion annehmen. Dabei handelt es sich um eine singuläre Läsion. In keiner Weise haben wir von einer degenerativen cerebralen Mikroangiopathie gesprochen und schon gar nicht von einem progredienten Prozess. Es wurde von uns auch kein Status lacunaris erwähnt, wie Sie es in einem vorderen Teil des Briefes bezeichnen. Ein solcher hat im MRI damals nicht vorgelegen. Die damalige Annahme, dass auf Grund der von Ihnen selbst angegebenen anamnestischen Angaben die rechtsseitige Trochlearisparese bei bestehenden vaskulären Risikofaktoren von Hypercholesterinämie und Nikotinabusus am ehesten auf eine lakunäre Hirnstammischämie zurückzuführen ist, aber eben auf eine singuläre mikroangiopathische Läsion, sehe ich retrospektiv nicht anders.

**Frage 2:**

Die medizinischen Aspekte, die berücksichtigt wurden, sind eine eventuelle Makroangiopathie, eine Gefässdissektion oder auch eine traumatische Läsion. Es wurde eine sehr umfangreiche Zusatzdiagnostik mit kraniocerebraler Computertomographie am 12.10.2001, vertebrospinaler Computertomographie von C0 bis C2 vom 12.10.2001, kraniocerebraler Kernspintomographie vom 15.10.2001, MR-Angiographie der Halsweichteile und der hirnzuführenden Halsgefässe von 2.11.2001, eine cerebrovaskuläre Dopplersonographie vom 18.10.2001, ein EKG vom 12.10.2001, ein 24-Stunden-EKG vom 17./18-10.2001, eine transthoracale Echokardiographie vom 15.10.2001 und eine transoesophagiale Echokardiographie vom 18.10.2001 durchgeführt, sowie ein orthoptisches Konsil vom 17.10.2001. Somit sind alle medizinischen Aspekte berücksichtigt und abgeklärt worden. Als Therapie haben wir eine Sekundärprophylaxe mit dem Thrombozytenaggregationshemmer Aspirin Cardio 300mg empfohlen sowie eine diätetische und je nach Verlauf der Dyslipoproteinämie auch medikamentöse Einstellung der Lipidwerte.

**Frage 3:**

Die Befunde der unter 2 erwähnten umfangreichen Untersuchungen haben ergeben, dass bei Ihnen keine Hinweise für eine Gefässdissektion oder eine Makroangiopathie vorliegen, ebenso ergaben sich keine Hinweise für eine kardiale Emboliequelle. Es ergaben sich auch keine morphologisch fassbaren Zeichen für eine traumatische Läsion. Als Ursache gingen wir somit von einer mikroangiopathischen Läsion, wie bereits erwähnt singulär, aus. Die Befunde im einzelnen sind in der Krankengeschichte, bzw. auch im Arztbericht enthalten.

**Frage 4:**

In dem anatomisch sehr komplexen Hirnstammbereich, in dem wesentliche Zentren des zentralen Nervensystemes und Nervenbahnen sehr dicht beieinanderliegen, kann eine mikroangiopathische Läsion durchaus einen Bewusstseinsverlust herbeiführen. Es ist sehr gut möglich, dass bei einer Ischämie funktionell im Akutstadium etwas grössere Areale betroffen sind und sich dann für die dauerhafteren oder länger andauernden Ausfälle die Schädigung auf ein sehr kleines Kerngebiet bezieht. Es ist sogar eher die Regel als die Ausnahme, dass im Akutstadium der Bereich, der minderperfundiert ist, grösser ist und sich dann im weiteren Verlauf ein Kerngebiet eingrenzt. Bei positivem Verlauf kommt es eben auch erfreulicherweise bei einigen Patienten gar nicht zu einer morphologischen Läsion, sondern es bleibt bei funktionellen Störungen, die dann meistens passager sind, so wie auch in Ihrem Fall.

**Frage 5:**

Wir können gerne bei Ihnen eine erneute neurologische Untersuchung durchführen. Da es Ihnen nach Ihren Angaben aktuell sehr gut geht, worüber ich mich natürlich sehr freue, ist dies allerdings medizinisch eigentlich nicht erforderlich.

Ich hoffe, Ihre Fragen umfassend beantwortet zu haben und verbleibe

mit freundlichen Grüssen



Prof. Dr. Barbara Tettenborn

**Kopie an:** Dr. Daniel Germann, Leiter Departement Interdisziplinäre Medizinische Dienste,  
im Hause