

## Rezidivierende transiente globale Amnesie: ein Trance-Phänomen?

Leserbrief zu: Sarikaya H, Tettenborn B. Die verwirrte Frau auf dem Baum oder: Transiente globale Amnesie.<sup>1</sup>

Genau wie im spannenden Artikel von Hakan Sarikaya und Barbara Tettenborn beschrieben, erlebte ich bei einer 61jährigen Frau nach einer intensiven Atemsitzung eine typische transiente globale Amnesie. Da mir das Krankheitsbild bekannt war, konnte ich der Patientin ihre immer gleichen Fragen ohne Stress geduldig beantworten. Nach einer Stunde war sie endlich in der Lage, mir die Handynummer ihres Ehemannes anzugeben. Dieser war über ihren Zustand nicht sehr erstaunt, denn seine Frau habe schon von ein oder zwei ähnlichen Ereignissen berichtet. Er nahm sie nach Hause, wo sie nach einigen Stunden wieder symptomfrei war.

Ich brachte diesen Vorfall in der Supervision bei PD Dr. med. Jakob Boesch in Liestal zur Sprache. Er vermutete ein Trance-Phänomen und empfahl suggestive Massnahmen wie nach einer Trance.

Da die Frau sehr drängte, führte ich zwei Monate später eine weitere Atemsitzung durch – diesmal aber gleichzeitig auch mit ihrem Ehemann. Nach der Sitzung wirkte sie zuerst verwirrt. Wie man es nach einer geführten Trance machen kann, sagte ich ihr, dass ich von zehn bis eins zurückzählen werde und sie bei eins wieder voll wach sein werde, was dann tatsächlich auch der Fall war.

Anschliessend an die nächste Sitzung einen Monat später hatte die Frau erneut eine voll ausgebildete transiente globale Amnesie. Zuerst versuchte ich sie mit Zureden zurückzuholen, doch gelang das nicht. Erst das Rückwärtszählen brachte die Symptome wieder schlagartig zum Verschwinden.

Gemäss meinen Erfahrungen lohnt es sich, bei einer transienten globalen Amnesie einen Versuch mit suggestiven Massnahmen zu unternehmen.

PS: Sarikaya und Tettenborn schreiben: «Bei einem eindeutigen klinischen Bild ist keine weitere Abklärung dringend erforderlich.» Als Hausarzt ist es für mich deshalb unverständlich, warum sie beim beschriebenen eindeutigen Fall trotzdem so viele teure Untersuchungen durchgeführt haben.

*Ruedi Haug*

1 Schweiz Med Forum. 2006;6(48):1082–4.

### Replik

Wir danken Herrn Dr. Haug für seinen interessanten Beitrag. Bei der von ihm beschriebenen Patientin liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei der reproduzierbaren Symptomatik um eine vorübergehende funktionelle Störung im hippocampalen Bereich oder in den mediobasalen Temporallappenanteilen handelt. Gerade in diesem Fall wäre natürlich eine entsprechende Bildgebung einer solchen Symptomatik interessant.

Das Problem bei dem sehr viel häufigeren einmaligen Auftreten einer transienten globalen Amnesie liegt in der Eindeutigkeit der klinischen Symptome zum Zeitpunkt der ersten neurologischen Untersuchung. Häufig werden verschiedene Zusatzuntersuchungen berechtigterweise initiiert und durchgeführt, bevor das klinische Bild in seinem ganzen Verlauf eindeutig ist. Zudem sind bei der transienten globalen Amnesie in Kasuistiken funktionelle oder auch morphologische Veränderungen im hippocampalen Bereich und in den mediobasalen Temporallappenanteilen beschrieben worden und auch von der klinischen Symptomatik her zu erwarten, nach denen wir natürlich ebenfalls suchen.

Wir wären an den Befunden einer Bildgebung in diesem Fall einer gut reproduzierbaren Episode natürlich sehr interessiert, sofern Dr. Haug sie durchführen lassen würde.

Mit freundlichen Grüssen

*Barbara Tettenborn*

Korrespondenz:  
Dr. med. Ruedi Haug  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin FMH  
Psychosomatische und  
Psychosoziale Medizin APPM  
Kasernenstrasse 24  
CH-8180 Bülach  
[ruedi.haug@hin.ch](mailto:ruedi.haug@hin.ch)

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Barbara Tettenborn  
Klinik für Neurologie  
Kantonsspital  
CH-9007 St. Gallen  
[barbara.tettenborn@kssg.ch](mailto:barbara.tettenborn@kssg.ch)

Dr. med. Hakan Sarikaya  
Neurologische Klinik  
UniversitätsSpital Zürich  
Frauenklinikstrasse 26  
CH-8091 Zürich  
[hakan.sarikaya@usz.ch](mailto:hakan.sarikaya@usz.ch)

## Sinnvoll?

Leserbrief zu: Strobel et al. Über den sinnvollen Einsatz der PET/CT in der Onkologie [1].

In ihrem Artikel schreiben die Autoren, dass auch nichtseminomatöse Keimzelltumoren (NSGCT) eine gute PET/CT-Indikation darstellen.

Eine bemerkenswerte, letztes Jahr am Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO) in Form eines Abstracts vorgestellte Arbeit zu diesem Thema dokumentiert 109 NSGCT-Patienten mit >1 cm grossen Läsionen nach Chemotherapie im Vergleich mit PET und CT [2]. Dabei war das PET in 36 Fällen richtig positiv, 28mal richtig negativ und in 31 Fällen falsch positiv bzw. 14mal falsch negativ (Sensitivität 72%, Spezifität 47%, PPV 54%, NPV 67%).

Aufgrund dieser Daten sollte man PET-Resultate bei NSGCT mit Vorsicht interpretieren und das PET unseres Erachtens in dieser Indikation nicht routinemässig einsetzen, während es bei Seminompatienten mit Restbefunden gute Daten zum PET-Einsatz gibt [3].

*Arnaud Templeton, Silke Gillessen*

Korrespondenz:

Dr. med. Arnaud Templeton  
PD Dr. med. Silke Gillessen  
Medizinische Onkologie  
Kantonsspital  
CH-9007 St. Gallen  
[arnoud.templeton@kssg.ch](mailto:arnoud.templeton@kssg.ch)  
[silke.gillessen@kssg.ch](mailto:silke.gillessen@kssg.ch)

### Replik

Wir haben uns sehr über den konstruktiven Leserbrief von Dr. Templeton und Dr. Gillessen gefreut. Leider liegt von der zitierten, sehr interessanten Studie nur ein Abstract vor und nicht eine vollständige Publikation. Überraschend ist die grosse Zahl von falschpositiven PET-Untersuchungen in dieser Studie, die durch einen zu kurzen Abstand zwischen Chemotherapie und PET oder durch Fehlinterpretationen bedingt sein könnte. Auch der Anteil von Teratomen, die bekanntermassen FDG-negativ sein können, war relativ hoch.

Wir haben in unserem Artikel ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Teratome zu falschnegativen PET-Ergebnissen führen können [1]. In der zitierten Studie von DeWit et al. wurde PET allein und nicht PET/CT verwendet [2]. Die Erkenntnis hat sich mittlerweile weltweit durchgesetzt, dass PET/CT gegenüber PET allein deutlich überlegen ist [3, 4]. Praktisch alle Neuinstallationen (auch in St. Gallen) sind deshalb kombinierte PET/CT-Geräte.

Sicher ist die Datenlage bezüglich des Einsatzes von PET und PET/CT bei NSGCT noch ungenügend, und es braucht bessere prospektive Studien. Als gesichert erachten wir die Erkenntnis, dass die PET/CT anderen bildgebenden Verfahren bei dieser Fragestellung überlegen ist [5, 6].

*Klaus Strobel, Patrick Veit-Haibach, Thomas F. Hany*

Korrespondenz:

Dr. med. Klaus Strobel  
Klinik und Poliklinik  
für Nuklearmedizin  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
[klaus.strobel@usz.ch](mailto:klaus.strobel@usz.ch)

### Literatur

- 1 Strobel K, Veit-Haibach P, Hany T. Über den sinnvollen Einsatz der PET/CT in der Onkologie. Schweiz Med Forum. 2007;7(11):270–7.
- 2 De Wit M, Hartmann M, Brenner W, et al. [18F]-FDG-PET in germ cell tumors following chemotherapy: results of the German multicenter trial. J Clin Oncol. 2006;24(18S. ASCO Annual Meeting Proceedings, Part 1):Abstract 4521.
- 3 Wahl RL. Why nearly all PET of abdominal and pelvic cancers will be performed as PET/CT. J Nucl Med. 2004;45(Suppl 1):82S–95.
- 4 Goerres GW, von Schulthess GK, Steinert HC. Why most PET of lung and head-and-neck cancer will be PET/CT. J Nucl Med. 2004;45(Suppl 1):66S–71.
- 5 De Santis M, Becherer A, Bokemeyer C, et al. 2-18fluorodeoxy-D-glucose positron emission tomography is a reliable predictor for viable tumor in postchemotherapy seminoma: an update of the prospective multicentric SEMPET trial. J Clin Oncol. 2004;22(6):1034–9.
- 6 Kollmannsberger C, Oechsle K, Dohmen BM, et al. Prospective comparison of [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography with conventional assessment by computed tomography scans and serum tumor markers for the evaluation of residual masses in patients with nonseminomatous germ cell carcinoma. Cancer. 2002;94:2353–62.