

Standards im Bereich Neurochirurgie

In begründeten Fällen kann / darf ggf. nach Rücksprache mit dem Bereichsoberarzt davon abgewichen werden

OP	OP-Risiko	Vorgesehene Anästhesiemaßnahmen
Wirbelsäule / Bandscheibe lumbal	Mittel	ITN, MS, 1 i.v. Zugang, bei > als 2 Höhen RS Operateur wegen OP-Dauer (-> ggf. DK)
XLIF	Mittel	ITN, MS, 1 i.v. Zugang, DK
ALIF	Hoch	ITN, MS, 2 i.v. Zugänge, eventuell Arterie, DK
Bandscheibe cervical (Zugang von ventral, re.)	Mittel	ITN, Woodbridge-Tubus über Kopf ableiten, MS, Augenschutz mit Uhrglasverband, 2 i.v. Zugänge mit Verlängerung (Arme werden angelagert!)
Wirbelsäule cervical / Spondylodese	Mittel	ITN, MS, 1 i.v. Zugang, bei > als 2 Höhen RS Operateur wegen OP-Dauer (-> ggf. DK)
Spinale Tumoren / Gefäßmalformationen	Mittel	ITN, MS, Art, 2 i.v. Zugänge
EVD-Anlage	Mittel	ITN, 2 i.v. Zugänge, ggf. Arterie (z.B. bei Pat. mit Hirndruck) - RS Operateur
Hydrocephalus - VP-Shunt	Mittel	ITN, 1 i.v. Zugang, TIVA
Hypophyse transsphenoidal	Mittel	ITN, 2 i.v. Zugänge, Arterie, DK, Rachentamponade, keine nasalen Manipulationen
Hirntumoren	Hoch	ITN, Art, ZVK, mind. 2 großlumige i.v. Zugänge, ggf. High-Flow Katheter, MS, DK, Wärmen, I-Bett; bei unklarer Ausdehnung / Umfang -> RS Operateur
Schädelbasistumoren	Hoch	ITN, Art, ZVK, TEE (sitzende Lagerung), I-Bett, DK, Wärmen, 2 i.v. Zugänge
Hirnstamm- und Kleinhirnprozesse	Hoch	ITN, Art, ZVK, TEE (sitzende Lagerung), I-Bett, DK, Wärmen, 2 i.v. Zugänge
Aneurysmaclipping		ITN, Art, ZVK, mind. 2 großlumige i.v. Zugänge, ggf. High-Flow Katheter, MS, DK, Wärmen, I-Bett
Implantation Tiefenstimulationselektroden	Mittel	Sedierung (Propofol, Ultiva in Absprache m. Operateur), Novalgin i.v./Paracetamol i.v., nach OP-Verlauf Dipidolor i.v.; CAVE: keine Prämedikation (Benzos, Barbiturate/Opiate); Comedikation nach Maßgabe Neurochirurg
Implantation Schrittmacher Tiefenstimulation	Gering	ITN, 1 i.v. Zugang, TIVA
Kraniotomie zur Epilepsiechirurgie - Frage: Elektrocorticographie (ECoG)	Hoch	ITN, Art, ZVK, I-Bett, MS, DK, Wärmen, oft Nachbeatmung, 2 i.v. Zugänge. CAVE: wenn ECoG, dann keine Prämedikation mit Benzos/Barbituraten, Prämed. mit Atosil, Antiepileptika n. Maßgabe Neurochirurg! E: Sufenta, kein Propofol! Etomidat, Rocuronium. A: Ultiva-Perfusor, Sufentanil-Boli, Sevo, O2, Luft. Kein Propofol bis Abschluß ECoG

Indikation für post-OP IMC- bzw. Intensivtherapie nicht nur auf Narkoseprotokoll vermerken sondern auch ins Orbis eintragen!

Venenwege > 1,4mm Durchmesser, bei schlechten Venenverhältnissen entsprechend der Flußrate ggf. mehrere Venenverweilkanülen oder High-Flow-Katheter zentral.
Standard bei nicht cerebralen Eingriffen: E: Fentanyl, Propofol, Rocuronium A: Fentanyl, Sevofluran
Standard bei cerebralen Eingriffen: E: Sufentanil, Propofol, Rocuronium A: Ultiva-Perfusor, Sufentanil-Boli, Propofol, O2-Luft, Arterenol-Perfusor 10µg/ml
PONV-Prophylaxe nach PONV-SOP; vor Dexta-Gabe RS Operateur ob aus oper. Indikation Dexta (mst. 20-40mg) gewünscht; N.B.: z.T. K.I. für Dexta!!! (Hypophyse)
Cuffdruckkontrolle permanent; wenn Relaxation, dann Relaxometrie; BIS-Monitoring wenn eingriffsseitig möglich
Blasenkatheter: bei allen OPs mit geplanter OP-Dauer >4 Stunden, bei Hypophyseneingriffen, bei allen intracerebralen Eingriffen
Kein Routinelabor in festen Zeitabständen; Gerinnungskontrolle incl. Fibrinogen n. Clauss "bei Rückzug" abh. von Blutverlust und mit Absprache Operateur
Beachtung präop. Gerinnungswerte (Thrombozytenfunktion, ggf. Medikamentengabe in Absprache mit Operateur und Hämostaseologie)
Bei sitzender Position: prä-OP Ausschluss PFO; TEE, 30cm-ZVK atrial (EKG - alpha-card/TEE-Lagekontrolle), an distalen Schenkel: Perfusorspritze, Dreiwegehahn, Heidelberger-Verlängerung. ZVK-Rückzug am OP-Ende; Leistenpulse n. Lagerung
Generell Tendenz zur Extubation am OP-Ende sofern unkomplizierter Verlauf (stets mit dem Operateur absprechen! kumulative Sufentanil-Dosis entsprechend ausrichten); Nachbeatmung z.B. nach OPs am Hirnstamm