

Neuroradiologie

1. intracerebrale Aneurysmen/AVMs

auf jegliche orale Prämedikation mit vigilanzeinschränkenden Substanzen verzichten, lediglich Dauermedikation wie üblich fortführen
häufig stattgehabte SAB mit gradabhängigem neurologischem Defizit bei Aneurysmen
Einbringen von coils oder verschiedenen Embolisaten in ITN, invasiver Blutdruckmessung;
ZVK in Absprache mit Prof. Bien (falls interventionelle Ruptur gehen die Patienten sofort in OP)
FiO2 von 1,0
z.T. Vollrelaxierung gewünscht, kleinste Bewegungen des Patienten oder Pressen unter neuroradiologisch erforderlichen Blähmaneuvern gefährden das exakte Einbringen des Embolisats, Mivacron-Perfusor bietet sich an, Rücksprache Prof. Bien
ggf. Nimotop-Perfusor bei SAB
postinterventionell geht der Patient auf I6 oder stroke unit (von Neurorad. organisiert)

2. extrakranielle AVMs

häufig sonst gesunde HNO-Patienten mit z.B. Ohrmuschel-AVMs zur OP-Vorbereitung
ITN oder LMA, Standardmonitoring meist ausreichend
nach AWR-Phase Rückverlegung in Ursprungsabteilung

3. Vena-Galeni-Malformationen

im Neugeborenen-Alter oder bereits pränatal diagnostizierte AVM mit hohem Mortalitätsrisiko durch beträchtlichen Shuntanteil des HZV und allen seinen Konsequenzen
etappenweises Ausschalten der AVM in vielen Sitzungen mit hohem Risiko
Vorgehen in Absprache mit Neuroradiologen und Pädiatern nach klinischem Zustand des Kindes

4. diagnostische Angiographien/Stenteinlagen

ITN mit invasiver Blutdruckmessung
bei Stenteinlagen ggf. plus ZVK nach RS Neuroradiologen
ggf. Heparinisierung bei Stent nach RS