

INHALTSVERZEICHNIS

1. Neurologie 7 - Insult 2	1
1.1. Sekundärprophylaxe	1
1.2. Dissektion der Carotis	1
1.3. Vertebrale Dissektion	1
1.4. Notfall & Strokeunit	1
1.5. Rekanalisation	2
1.6. Wallenberg-Syndrom	2
1.7. Weber-Syndrom	2
1.8. Basilarisverschluss	2
1.9. Maligner Mediainsult	2
1.10. Amyloid-Angiopathie	2
1.11. Aneurysmata	2
1.12. Vasospasmen	2

1. NEUROLOGIE 7 - INSULT 2

Schulz

1.1. Sekundärprophylaxe.

- 100mg ASS/dies
- Clopidogrel bei Allergie
- Krankenkassen: Clopi sofort wenn auch eine pAVK da war
- Marcumar besonders bei Vorhofseptumdefekt größer 18mm
- Xa-Hemmer kosten doch nur noch 100 Euro pro Monat, sinken ist zu erwarten
- Herzklappen: Neue Medis reichen nicht
- ansonsen wie Marcmar als Indikationen

1.2. Dissektion der Carotis.

- Schmerzen im Halsbereich (verkennung als Erkältung) mit Schluckbeschwerden
- Ohrgeräusch möglich wenn im Bereich des Innenohrs
- dazu Horner mit Pupillendiff (kleiner!) hängendem Lied und so

- Miosis, ptosis, enophthalmus
- in diesem Fall postganglionäres Horner-Syndrom
- Horner & Schmerz reicht um auf dringliche suche nach einer Dissektion zu gehen
- Marcumarisierung für 1/2 Jahr, danach 100mg ASS

1.3. Vertebrale Dissektion.

- Spontan, Verkehrsunfall/Skiunfall
- auch durch Physiotherapie (einrenken)
- oft erst nach einigen Wochen symptomatisch

1.4. Notfall & Strokeunit.

- Sehr gute Formulierung: Jeder Patient sollte unter umgehung jeder anderer Versorgungseinrichtung wie Hausarzt direkt der Stationären Behandlung in einer Stroke-Unit zugeführt werden
- FAST: Face, Armhaltetest (Supination/Absinken), Speech, Time (ab wann & schnell handeln)
- keine Medis präklinisch, RR-Senkung erst ab 220mmHg
- Hypoglykämie ausschließen!
- bestes Konzept: bei kleislaufstabilem Schlaganfall sofort in die Klinik, übergabe an die Strokunit-Neurologen direkt vor dem CCT-Gerät
- also: Notarzt nicht erforderlich, Nachalarmierung sinnlos und zeitkostend
- Demarkierung des Infarktareals nach ca. 6h → keine Lyse
- Marcumar wird antagonisiert bei Blutung, bei neurochirurgischer interventionspflicht können auch Faktoren isoliert verabreicht werden
- Spiegelbildung im Gehirn: Korpuskoläre Blutanteil sinkt ab da Patient durchgehend in der Rückenlage
- Sterblichkeit wird durch Lyse kaum geändert, aber mittel behinderte werden weniger behindert!
- ASS 100 ist kein Ausschlusskriterium
- Alter ist heute kein Ausschlussgrund mehr
- Stroke-Unit ist mehr als Lyse:
 - Aspirationsprophylaxe (nix essen ohne Schlucktest)
 - frühe Magensonde/PEG

- → wenier Begleitpneumonien
- Hydrierung

- Immunsystem nach dem Schlaganfall supprimiert (logisch, man braucht für den Abraum ziemlich viele Neuros)
- Stroke-Unit: keine Beatmung, das ist eigentlich der Unterschied zur neurologischen Intensiv
- nach dem CT beginnt die Lyse
- Penumbra-Bilder-Rekonstruktion dauert 20 Minuten Rechenzeit oder so

1.5. **Rekanalisation.**

- verstopfte Hauptstämme bekommt man nicht per Lyse auf
- geht auch bei Lyse! je nach Modell der Klinik: volle Dosis, geringe Dosis, keine Lyse
- die Geräte werden immer besser, aktuell klappen 19 von 20 OPs insofern, daß man nen Thrombus rausfummelt
- man nimmt einen Stent und zieht den wieder raus, da bleibt der Thrombus am besten hängen
- ist mal einem Italiener zufällig passiert und er hat den nicht vom draht abgehenden Stent wieder rausgezogen und überraschenderweise den Thrombus mitgenommen
- STENTS im Gehirn lassen ist nicht so toll
- meist tritt bei der Retraktion Kontrastmittel aus, das schaut in der Bildgebung aus wie eine Blutung, ist es aber nicht - verstorbenes Gewebe ist faktisch sogar dadurch eher markiert

1.6. **Wallenberg-Syndrom.**

- Klausurfrage
- Verschluss der posterioren inferioren = zPICA
- → Kleinhirnläsion
- schlechte Prognose wenn tiefe Kerne betroffen, sonst hat Kleinhirn bombastische Regenerationsfähigkeit

1.7. **Weber-Syndrom.**

- auch Klausurfrage evtl

- mesencephalon
- gegenseitige Hemiparese und ipsilaterale Blickparese

1.8. **Basilarisverschluss.**

- kann nur überlegt werden wenn eine Rekanalisation erfolgt
- gefahr der Rekanalisation: Locked-in-Syndrom → bäh

1.9. **Maligner Mediainfarkt.**

- → sekundäre Einklemmung
- einzige Möglichkeit: gründliche Hemicranektomie
- Schwellungsmaximum bei 72h
- Operation am besten innerhalb von 24h
- daher Basalganglien + komplette Media + jung → OP
- senile Gehirnatrophie macht mehr kompensationsfähigkeit!

1.10. **Amyloid-Angiopathie.**

- es gibt auch manchmal Plaques in den Gefäßen, die Leute bluten dann disseminiert ein

1.11. **Aneurysmata.**

- gute Folie mit den Lokalisationen
- A c. media geht durch die große Zisterne, daher auch Einblutung in diese
- Abklärung bei unklaren abgelaufenen Blutungen: 6 Wochen können Blutreste nachgewiesen werden (Siderophagen)
- ggf. kann man bei schlechter Abgrenzung zuerst einen STENT einbauen und durch die Maschen Coilen
- Konkurrenz zwischen den Neuroradiologen und Neurochirurgen besonders beim Media-Aneurysma → am besten Strukturen vorhanden wie in Aachen mit interdisziplinärer Fallbesprechung (Neurologen als ..neutrale.. Ratgeber)

1.12. **Vasospasmen.**

- nach Blutung
- Behandlung durch einen speziellen Calciumantagonisten = Nimotop