Radiofrequenztherapie, Kryotherapie

Graz, am 12/01/2004

Einleitung

Bei der Radiofrequenztherapie wird eine Elektrode, die wie eine etwas dickere Punktionsnadel aussieht, in dem zu behandelnden Tumor platziert. Das geschieht unter Sichtkontrolle im CT durch den Radiologen.

(<http://www.charite.de/radiologie/Patienten/Technik/radiofreqther.html>).

Bei der Kryotherapie erfolgt die Gewebeerstörung durch schnelle Abkühlung des Gewebes auf Temperaturen zwischen -50°C und -150°C . Hierbei kommt es zu einer irreversiblen Austrocknung und Zerstörung der Zellen sowie zum Verschluss kleinster Arterien und Venen. (http://www.rad.rwth-aachen.de/web_neu/radiolog/perk_tu.html#Kryotherapie).

Anästhesiemanagement:

Bei beiden Verfahren ist eine Vollnarkose praktisch immer obligat. Bei peripher liegenden Metastasen ist natürlich auch eine Blockade in Erwägung zu ziehen, wobei festgestellt werden muss, dass periphere Veränderungen meist operiert werden, und daher sehr selten im medizinischen Alltag im ZRI zu sehen sind.

Prämedikation:

PDU, sowie die übliche Prämedikation mit dzt. Mogadon am Vorabend, und Dormicum am Tag der Intervention.

Aufklärung über das Risiko von bleibenden neurologischen Veränderungen durch Lagerung sowie durch die Intervention. (z.B. bei WS-Metastasen)

Narkoseverfahren:

ITN (Intubationsnarkose) aufgrund der vielen Lagerungsmöglichkeiten beim Pat.

Keine Larynxmasken, da es sich häufig um Oberbauchoperationen handelt, weshalb ein höheres Risiko für eine Aspiration bestehen könnte (Hinweis für Assistenten in Ausbildung).

Abhängig vom Patienten-AZ entsprechende **Einleitung** mit den üblichen Narkosemitteln (z.B. Diprivan, Etomidate, Fentanyl, Ultiva, etc.)

Verfahren: TIVA, oder Gasnarkose

Lagerung: Verantwortung liegt beim Anästhesisten!!!!, Häufig kein geschultes Personal für Lagerung, daher Gefahr der Falschlagerung. Form des Tisches (schmal und gebogen) (zB.: WS-Metastasen: Liegt das neurologische Defizit an den Metastasen, Radiofrequenztherapie oder an der Lagerung?)

Daher: Lagerung mit größter Vorsicht !!

Postoperatives Vorgehen:

- **Analgesie:** zB. Neo Dolpasse, Perfalgan, Dipidolor, je nach Bdf. und Labor (NINS?)
- **Aufwachraum (AWR)**

Verhalten des Anästhesisten bei Strahlung:

Bei wachem Pat., der eine Analgosedierung mit zB. Ultiva erhält, ist eine Überwachung des Pat. im Untersuchungsbereich des CT notwendig. Ein Verlassen des Raumes zum Zeitpunkt der Bestrahlung ist daher nicht zu empfehlen.

Bei ITN sollte das Narkosegerät so positioniert werden, dass dieses von außen gesehen werden kann. Das Gerät muss aber so eingestellt sein, dass ein akustischer Alarm gegeben werden kann.

Ass. Dr. Helmut Pailer

OA. Dr. Vassil Georgiev