

„Standby“ bei radiologischen Eingriffen

Graz, am 15/01/04

Einleitung:

Unter „Standby“ fassen wir in der Anästhesie ein Summe von Interventionen zusammen, bei denen der Eingriff selbst weniger gefährlich ist, jedoch der **schlechte Allgemeinzustand (AZ)** des Patienten die Anwesenheit eines Anästhesisten erforderlich macht.

Die andere Indikation für ein „Standby“ ist die immer wieder vorkommende **Kontrastmittelallergie**.

„Standby“ abhängig vom Eingriff selbst:

[PermKath](#), [Dialock](#), [Wadatest](#), Nieren-PTA, Transjuguläre Leberbiopsie, [Cava-Filter\(Schirm\)](#), Subclavia-PTA, Stent

Anästhesiemanagement:

Päroperative Visite:

Genau Anamnese und Aufklärung des Patienten über den Ablauf und Verlauf des Eingriffes von anästhesiologischer Seite.

Prämedikation:

Üblicherweise Dormicum

Ausnahme: Patienten mit erforderlichen wachem Zustand, und Kooperation des Patienten mit dem Radiologen (z.B. WADA-Test)

Monitoring

Der Kopf des Patient ist mit einem Tuch zugedeckt, daher ist die Kommunikation sowie die Beobachtung fast nicht möglich:

- ET CO₂,
- Pulsoxymetrie
- EKG, RR, O₂,
- Leitung

Verlauf:

- Parameter im Auge behalten
- Immer alles für Intubationsbereitschaft vorbereiten lassen!!
- Achte auf: Rhythmusstörungen, Atemfunktion, RR-Abfall,

Fast alle Komplikationen sind mechanisch iatrogen verursacht, zB.:

- Hypertone Krise bei NierenPTA;
- Bradykardie bei Dilatation und
- Rhythmusstörungen bei Manipulationen im Herzbereich

Daher soll der Anästhesist in Bereitschaft sein, um den mechanischen Reiz durch den Radiologen zu unterbinden und um sofort medikamentös reagieren zu können, falls sich der Zustand des Patienten nicht sofort bessern sollte.

Bei Kontrastmittelgabe: (normal: Erw.6-8 ml/kg KG, Kinder 4ml/kg KG)

Bei Gabe von großen Mengen an Kontrastmittel bei normalen Serum- Kreatinin des Patienten, sowie

bei Gabe von Kontrastmittel bei eingeschränkter Nierenfunktion (Serum-Kreatinin) des Patienten,

sollte immer der Anästhesist verständigt werden, damit dieser die **Infusionstherapie bzw. die forcierte Diurese** sofort beginnen kann. **Kurzinfusion Theophyllin 0,24g (1 A)** (wenn keine Kontraindikationen vorliegen)

Prophylaxe bei chronischer NINS:

Aeromuc 600 1x1 für 3 Tage (1. Tag vor Eingriff, 2. Tag präoperativ, 3. Tag postoperativ)

[C. M. ERLEY](#)

Kontrastmittelallergie

Bezüglich dieser Komplikation wurde ein eigenes Schema in Zusammenarbeit mit den Radiologen erarbeitet, und wird gesondert als eigener Standard ([Kontrastmittelallergie](#)) erörtert werden.

Achtung: Alle Patienten mit einem schwerwiegenden anamnestisch, erhobenen Kontrastmittelzwischenfall müssen dem zuständigen Oberarzt der Anästhesie gemeldet werden, um entsprechend Vorbereitungen, wie z.B. Intensivbett, treffen zu können.

Prophylaxe bei Kontrastmittelallergie

Bei bekannter mittel- und schwere KM-Allergie

12h vor KM-Applikation:

- Metylprednisolon 32 mg po

2h vor KM-Applikation

- Metylprednisolon 32 mg po

15 Min vor KM-Applikation:

- Prednisolon 200 mg oder Dexametason 40 mg, iv

+

Kg KG	Fenistil (1A=4 mg)	Cimetidin (1A=200 mg)
> 90	3 A	3 A
45 – 90	2 A	2 A
< 45	1 a	1 a

Bei leichte und Verdacht auf KM-Allergie

15 Min vor KM-Applikation:

Kg KG	Fenistil (1A=4 mg)	Cimetidin (1A=200 mg)
> 90	3 A	3 A
45 – 90	2 A	2 A
< 45	1 a	1 a

[Kontrastmittelallergie Dr. Schorna](#)

Postoperatives Management:

Postoperative Überwachung im Aufwachraum ist notwendig
Auswärtige Patienten müssen in ärztlicher Begleitung transportiert werden.

Ass. Dr. Helmut Pailer

OA. Dr. Placido Delgado

OA. Dr. Vassil Georgiev