

Perkutane Nephrostomie

Graz, am 14/01/04

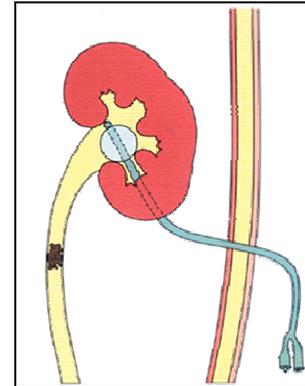
Einführung:

Anlegen einer äußeren Nierenfistel (nach Freilegung u. Inzision, evtl. Punktion), meist am unteren Pol; v.a. bei Harnstauung, infizierter Hydronephrose (vor op. Korrektur), nach Steinentfernung oder Harnleiterresektion. Harnableitung über N.-Katheter (für langfristige oder ständige Nierenfistel T-Rohr oder Ballonkatheter, für kurzfrist. Drainage Gummirohr mit eingeschnittenen Augen); bei Ureterenge zusätzlich Schienenkatheter

<http://www.gesundheit.de/roche>

Indikationskriterien

- Diagnostik
- antegrade Pyelographie
- Perfusionsdruckmessung
- Bestimmung der Funktionsreserven nach Entlastung der Niere
- Perkutane Nephroskopie



Therapie

Harnableitung bei postrenaler Obstruktion

Harnableitung bei Urinfisteln

endourologische Eingriffe: perkutane Steinentfernung, antegrade Uretersplintung, Dilatation und Inzision von Stenosen, perkutane Katheterextraktion, transrenale Ureterembolisation, Nierenbeckentumorresektion oder –koagulation

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/inrad080.htm#5>

Anästhesiemanagement:

Diese Patienten sind fast immer Dienstfälle, bzw. Notfall-Patienten, und sollten bzw. dürfen trotz ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht abgesetzt werden, da es sich um einen palliativen Eingriff handelt !

Prämedikation und Visite:

- Da fast immer Notfälle, Aufklärung auch für „weitere Eingriffe“ am Anästhesie-Aufklärungsbogen, da diese meist in kurzen Abständen mehrere Eingriffe haben.
- Patienten sind meist nicht gut vorbereitet (fehlendes Labor, nüchtern?, OP-tauglich?), wenn möglich PDU, sonst selbst PDU durchführen und genaue Kontrolle und Einsicht in vorliegende Dokumente.
- Dokumentation über die Dringlichkeit des Eingriffes
- Aufklärung darüber, dass Eingriff fast immer in Bauchlage stattfindet
- Prämedikation anhängig vom Zustand des Patienten: (NINS, Krea, Harnstoff,) Daher **CAVE: (KEINE Prämedikation mit Dormicum bei alten verwirrten Patienten)**

Schlechte Laborparameter, wie z.B. Elyte sind keine Kontraindikation (KI) für Monoanalgesie.

- Aufklärung über Monoanalgesie:
 - Pat. soll im wachen Zustand sein
 - Pat. soll mit dem Radiologen zusammenarbeiten können

Vorgehen:

Beginn der Analgesie schon im Bett vor der Lagerung. Im schmerzfreien Zustand kann mit der Lagerung begonnen werden.

Monitoring ist obligat

Monitoring:

ET CO₂, EKG, RR, Pulsoxy,

Monoanalgesie:

Ultiva 1mg/50ml

Dosierung nach Basis Demand Prinzip: 5-10 ml/h (siehe Tabelle)

Schmerzhafte Manipulationen während der Intervention:

Dilatation: Steigerung der Ultiva-Dosis

Postoperative Überwachung und Analgesie

Medikation: Dipidolor lt. Schema bei Bdf.

Überwachung:

- Aufwachraum
- Cave vor postop. Blutung
- Atemdepression

Ass. Dr. Helmut Pailer

Ass. Dr. Roland Rink

OA. Dr. Vassil Georgiev