

Clinical Pathways Akuttherapie Schlaganfall

Entscheidung über Thrombolyse		
<input type="radio"/> < 4.5 h nach Ereignis <ul style="list-style-type: none"> ▪ unabhängig vom Alter (↑↑) ▪ unabhängig vom klinischen Schweregrad (z.B. auch NIHSS ≤ 5 oder ≥ 25) (↑↑) 		▶ systemische Thrombolyse* (↑↑)
<input type="radio"/> > 4.5 h zuletzt gesund gesehen aber <input type="radio"/> < 4.5 h nach Erkennen der Symptome	<input type="radio"/> DWI/FLAIR-Mismatch in der MRT	▶ systemische Thrombolyse* (↑↑)
<input type="radio"/> 4,5 – 9 h nach Ereignis oder ab Mitte des Schlafs	<input type="radio"/> Mismatch zwischen Infarktkern und Perfusionstörung in CT oder MRT	▶ systemische Thrombolyse* (↑)
		▶ RR-Senkung auf ≤ 180/105 mmHg während und nach systemischer Thrombolyse (↑↑)

* Alteplase (0,9 mg/kg, Maximaldosis 90 mg über 60 Minuten, initial 10 % der Dosis als Bolus über eine Minute)

Entscheidung über Thrombektomie						
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bridging mit Alteplase (↑↑) wenn keine Kontraindikationen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verschluss einer großen Arterie im vorderen Kreislauf und ○ klinisch relevantes Defizit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alter ≤ 80 J. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zeit zwischen Symptombeginn und Leistenpunktion <ul style="list-style-type: none"> ○ < 6 h oder ○ > 6 h und Mismatch (Kriterien s.u.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ M1-Verschluss 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mechanische Thrombektomie (↑↑) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ RR-Kontrolle in den ersten 24 h ≤ 180/105 mmHg (↑) ▶ Einstellung auf niedrigere Werte 120 und 160 mmHg bei vollständiger Reperfusion je nach patienten- oder behandlungsspezifischen Faktoren (↔) ▶ Vermeidung von starken Blutdruckschwankungen (↑↑)
				<ul style="list-style-type: none"> ○ Verschluss ≥ 1 M2-Segment(e) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mechanische Thrombektomie (↑) 	
				<ul style="list-style-type: none"> ○ Verschluss A. cerebri anterior oder A. cerebri posterior 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mechanische Thrombektomie (EK) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ klinisch relevantes Defizit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alter > 80 J. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ < 6 h nach Ereignis 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kriterien der DEFUSE-3-Studie erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> ○ 6-16 h nach Ereignis ○ Alter ≤ 90 J. ○ NIHSS ≥ 6 ○ Mismatch (Kriterien s.u.) oder ○ Kriterien der DAWN 4-Studie erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> ○ 6–24 h nach Ereignis ○ Alter ≥ 80 J. ○ Mismatch (Kriterien s.u.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mechanische Thrombektomie (↑↑) 	
					<ul style="list-style-type: none"> ○ 6 – 24 h nach Ereignis 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verschluss einer großen Arterie im hinteren Kreislauf und ○ klinisch relevantes Defizit 				<ul style="list-style-type: none"> ▶ mechanische Thrombektomie (↑) 	

Empfehlungsgrade: ↑↑ = starke Empfehlung ("soll"), ↑ = schwache Empfehlung ("sollte"), ↔/∧ = offene Empfehlung ("kann"), EK = Expertenkonsens

Mismatch-Kriterien		
nach DAWN 4-Kriterien	<input type="radio"/> Alter ≤ 80 J.	<input type="radio"/> NIHSS > 10 und Infarkt-Volumen < 31 ml oder <input type="radio"/> NIHSS ≥ 20 und Infarkt-Volumen 31 – 50 ml
	<input type="radio"/> Alter > 80 J.	<input type="radio"/> NIHSS ≥ 10 und Infarkt-Volumen ≤ 20ml
nach DEFUSE3-Kriterien		<input type="radio"/> Infarkt-Volumen < 70 ml und <input type="radio"/> Penumbra-Volumen > 15 ml und <input type="radio"/> Mismatch Ratio (Minderperfusion/ Kerninfarkt) < 1,8

Entscheidung über Dekompression		
<input type="radio"/> Raumfordernder Mediainfarkt	<input type="radio"/> Alter ≤ 60 Jahre	<input type="checkbox"/> zusätzliche Osmotherapie (EK) <input type="checkbox"/> Hemikraniektomie innerhalb von 48 Stunden (↑↑)*
	<input type="radio"/> Alter > 60 Jahre	<input type="checkbox"/> zusätzliche Osmotherapie (EK) <input type="checkbox"/> Hemikraniektomie innerhalb von 48 Stunden nach Abwägung des Nutzens (↔)
<input type="radio"/> Raumfordernder Kleinhirnininfarkt	<input type="radio"/> drohender oder <input type="radio"/> manifester obstruktiven Hydrozephalus	<input type="checkbox"/> zusätzliche Osmotherapie (EK) <input type="checkbox"/> externen Ventrikeldrainage (↔) <input type="checkbox"/> chirurgische Entlastung (EK)

* Verbesserung der Überlebenschance (↑↑), Verbesserung des neurologischen Funktionsniveau (↑)