

Clinical Pathway – Dissektionen

Diagnostik bei Verdacht auf spontane Dissektion der Halsarterien

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnese/ Klinische Untersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cerebrale Bildgebung: <ul style="list-style-type: none"> ▶ MRT oder ▶ CCT 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ extra- und intrakranielle Sonografie der hirnversorgenden Arterien, als Screening, wenn sofort verfügbar 	○ MRT verfügbar	<ul style="list-style-type: none"> ▶ MRT: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1,5 oder 3T kontrastmittelgestützte MR-Angiographie und ▶ T1 gewichtete, fettsupprimierte axiale Sequenzen der Halsweichteile (Halsspule) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ MRTA/CTA nicht eindeutig oder ▶ Intervention notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ DSA 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sonografie der hirnversorgenden Arterien als Verlaufsdagnostik und zur Überwachung der Hämodynamik
			○ MRT nicht verfügbar oder kontraindiziert	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CCT mit CT-Angiographie 			

Therapie der extrakraniellen spontanen Dissektionen (nach ggf. lokaler oder systemischer Lyse)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Extrakranielle spontane Dissektion 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hirninfarkt oder ○ flüchtiger Insult oder ○ erhöhtes Blutungsrisiko: <ul style="list-style-type: none"> ○ ausgedehnter, evtl. raumfordernder Hirninfarkt oder ○ intradurale Dissektion oder ○ ausschließlich lokale Symptome oder ○ Kontraindikationen gegen Antikoagulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Basistherapie: TFH 	<ul style="list-style-type: none"> ○ kritisch reduzierte zerebrale Perfusion oder ○ hämodynamische Dekompensation oder ○ erneute Hirninfarkte 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ medikamentös induzierte Hypertension mit Katecholaminen ▶ im Einzelfall interventionelle, rekanalisierende oder thrombusstabilisierende Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antikoagulation für 6 Monate oder ▶ TFH für 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlaufskontrolle: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sonografie ▶ MRT
	<ul style="list-style-type: none"> ○ erhöhtes Thromboembolie-Risiko: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mikroemboliesignale im transkraniellen Ultraschall trotz TFH-Therapie oder ○ multiple, rezidivierende embolische Infarkte trotz TFH-Therapie oder ○ arterielle (Pseudo)okklusion mit erheblicher poststenotischer Flußreduktion (low flow) oder ○ intraluminale arterielle Thromben 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antikoagulation 				

<ul style="list-style-type: none"> ○ Z.n. Dissektion 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disponierende Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ positive Familienanamnese oder ○ fibromuskuläre Dysplasie oder ○ vaskuläres Ehlers Danlos Syndrom (Typ IV) 						<ul style="list-style-type: none"> ▶ TFH für mehrere Jahre
	<ul style="list-style-type: none"> ○ keine disponierenden Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insult 	<ul style="list-style-type: none"> ○ persistente Gefäßpathologien oder ○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien 				<ul style="list-style-type: none"> ▶ TFH dauerhaft
		<ul style="list-style-type: none"> ○ kein Insult 	<ul style="list-style-type: none"> ○ persistente Gefäßpathologien 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TFH für weitere 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlaufskontrolle: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sonografie ▶ MRT 	<ul style="list-style-type: none"> ○ persistente Gefäßpathologien ○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ keine weitere Therapie
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien 					