

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)

○ Extrakranielle spontane Dissektion	○ Hirninfarkt oder ○ flüchtiger Insult oder ○ erhöhtes Blutungsrisiko: ○ ausgedehnter, evtl. raumfordernder Hirninfarkt oder ○ intradurale Dissektion oder ○ ausschließlich lokale Symptome oder ○ Kontraindikationen gegen Antikoagulation	▶ Basistherapie: TFH	○ kritisch reduzierte zerebrale Perfusion oder ○ hämodynamische Dekompensation oder ○ erneute Hirninfarkte	▶ medikamentös induzierte Hypertension mit Katecholaminen ▶ im Einzelfall interventionelle, rekanalisierende oder thrombusstabilisierende Therapie	▶ Antikoagulation für 6 Monate oder ▶ TFH für 6 Monate	▶ Verlaufskontrolle: ▶ Sonografie ▶ MRT
	○ erhöhtes Thromboembolie-Risiko: ○ 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	▶ Antikoagulation				

○ Z.n. Dissektion	○ Disponierende Faktoren: ○ positive Familienanamnese oder ○ fibromuskuläre Dysplasie oder ○ vaskuläres Ehlers Danlos Syndrom (Typ IV)					▶ TFH für mehrere Jahre
	○ keine disponierenden Faktoren	○ Insult	○ persistente Gefäßpathologien oder ○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien			▶ TFH dauerhaft
		○ kein Insult	○ persistente Gefäßpathologien	▶ TFH für weitere 6 Monate	▶ Verlaufskontrolle: ▶ Sonografie ▶ MRT	○ persistente Gefäßpathologien ○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien
		○ Restitutio ad integrum der dissezierten Arterien				