

## Notfallsituationen in der Neurochirurgie

Eine Alltagssituation auf dem neurochirurgischen Notfall:

Patient A wird vom Rettungsdienst auf der Bahre gebracht. Er klagt seit einer Woche über linksseitige Rücken- und Beinschmerzen. Beim Aufstehen am morgen erlitt er eine akute Schmerzexazerbation und Blockade im Rücken. Auch eine Infiltration des herbeigerufenen Notfallarztes vermag die Schmerzen nicht einzudämmen. Die notfallmässige Spitaleinweisung ist unvermeidlich.

Patient B wird vom Hausarzt auf die Notfallstation geschickt. Auch er hatte Rücken- und Beinschmerzen, die letzten zwei Wochen konnte er sich kaum bewegen, die Schmerzmedikamente halfen nur wenig. Doch seit gestern waren die Schmerzen plötzlich weg, auch wenn sich die Gefühllosigkeit im linken Bein etwas verstärkt hatte. Der Patient versteht nicht, weshalb ihn sein Hausarzt, welchem er die gute Nachricht überbringen wollte, nun notfallmässig ins Spital einweist.

Ist es eine verwerfliche, saloppe Haltung des Neurochirurgen, wenn er bei Patient A zunächst nur Schmerzmedikamente verordnet, dann aber noch die Stationsvisite beendet, bevor er den Patienten 20 Minuten später sieht? Und wieso bricht er bei Patient B die Stationsvisite sofort ab, um den Patienten zu untersuchen und eine Bildgebung anzuordnen?

Anhand dieser Beispiele soll im Vortrag das Konzept des Vermeidens eines sekundären Schadens des zentralen oder peripheren Nervensystems bei neurochirurgischen Notfallpatienten illustriert werden. In diesem Sinne stellt ein relevanter Funktionsverlust des Nervensystems für den Neurochirurgen die höhere Notfall-Priorität dar als das Behandeln von Schmerzen.

Im Vortrag wird sodann auf verschiedene traumatische oder nicht-traumatische Verletzungen von Gehirn und Rückenmark eingegangen. So werden im Detail vorgestellt:

- Schädel-Hirntrauma
- Subarachnoidalblutung
- Spontane intrazerebrale und ventrikuläre Blutungen
- Akute zerebrale Ischämie und Hirninfarkt
- Akuter Hydrozephalus
- Akute Shunt-Malfunktion und -infektion
- Meningitis, Hirnabszess und intrakranielle Empyeme
- Dekompensierte intrakranielle Tumore
- Hypophysenapoplexie
- Spinale Traumatologie
- Spinale Blutungen
- Spinale epidurale Metastasen
- Spinale Infekte

Gemeinsam ist diesen vielfältigen Verletzungen von Gehirn und Rückenmark das Vorliegen einer *primären Schädigung* mit potentiellen *sekundären Folgeschäden*. Während wir bei dem primären Schaden an einer neuralen Struktur im Rahmen der Notfallbehandlung keine Einflussmöglichkeit haben, hat das Vermeiden von sekundären Folgeschäden oberste Priorität. Hier sind es oftmals Minuten, die über eine Verzögerung der Rehabilitation von Monaten oder gar einen Therapiemisserfolg entscheiden.