

Special Articles

Empfehlung Perioperatives anästhesiologisches Management bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position

Guidelines and Recommendations

Recommendation: Perioperative anaesthesiological management of neurosurgical operations carried out on patients placed in a seated or semi-seated position

P. Michels¹ · M. Söhle² · W. Klingler³ · A. Bräuer¹ · B. Drexler⁴
für den Wissenschaftlichen Arbeitskreis Neuroanästhesie (WAKNA)
der DGAI e. V.

► **Zitierweise:** Michels P, Söhle M, Klingler W, Bräuer A, Drexler B: Empfehlung: Perioperatives anästhesiologisches Management bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position. *Anästh Intensivmed* 2024;65:316–332. DOI: 10.19224/ai2024.316

Zusammenfassung

In der Neurochirurgie besitzt die Lagerung des Patienten in (halb-)sitzender Position insbesondere zur operativen Versorgung bei Prozessen im Bereich der hinteren Schädelgrube eine relevante Verbreitung, da diese den beteiligten Disziplinen eine Reihe von Vorteilen im Vergleich zu anderen Lagerungsformen bieten kann. Von besonderer Bedeutung ist hierbei neben der Sicherstellung einer adäquaten zerebralen Durchblutung vor allem das Erkennen und Behandeln einer venösen Luftembolie (VLE). Der hier zugrundeliegende Pathomechanismus einer VLE ist durch das erhöhte Operationsgebiet in Relation zum Herzen und der daraus resultierenden hydrostatischen Druckdifferenz zwischen einer offenen Vene und dem Herzen begründet. Wenn die eingetretene Luft in das pulmonalarterielle Stromgebiet gelangt, entsprechen die Auswirkungen primär einer Lungenarterienembolie und können bis zum Rechtsherzversagen und Reanimationspflichtigkeit führen. Hervorzuheben ist, dass die Auswirkungen einer VLE nicht primär vom Volumen der eingetretenen Luft selbst, sondern vom eingetretenen Volumen pro Zeit abhängig sind. Eine besondere Risikokonstellation bei Operationen in (halb-)sitzender Lagerung ergibt sich bei Vorhandensein eines persistierenden Foramen ovale (PFO). In dieser Situation kann es durch den direkten Übertritt von Luftblasen aus dem rechten in das linke Herz zu zerebralen und koronaren Gefäßembolien mit kon-

sekutivem Schlaganfall und Myokardinfarkt kommen. Für die Anästhesie ergeben sich dadurch die Anforderungen, sowohl ein PFO vor Lagerungsbeginn als auch eine intraoperative VLE zu erkennen und zu beurteilen sowie in Kommunikation mit den operativen Partnern gezielt zu therapieren. Durch die transösophageale Echokardiographie (TEE) kann eine VLE direkt visualisiert werden. Je nach Schweregrad der VLE sind verschiedene Maßnahmen zu ergreifen: Information an die Operateure, Vermeidung des weiteren Lufteintritts, Therapie der hämodynamischen Veränderungen, Evaluation der Ausprägung und ggf. der Versuch der Aspiration der eingetretenen Luft bzw. des Blut-Luft-Gemisches (Air Lock).

Diese Handlungsempfehlung aus dem Wissenschaftlichen Arbeitskreis Neuroanästhesie (WAKNA) beschreibt Aspekte wie Durchführung, Risiken sowie Vor- und Nachteile dieser besonderen Lagerung, physiologische Änderungen durch die sitzende Position, empfohlenes hämodynamisches Monitoring des Patienten sowie intraoperative Beatmung. Ein Schwerpunkt liegt auf der Thematik der Pathophysiologie, Inzidenz und TEE-Diagnostik der VLE bei (halb-)sitzender Lagerung inklusive Diskussion der Frage nach einem PFO.

Damit wird die Empfehlung „Monitoring bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position aus dem WAKNA von 2008 inhaltlich ersetzt.

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen (Direktor: Prof. Dr. K. Meissner)
- 2 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn (Direktor: Prof. Dr. M. Coburn)
- 3 Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, SRH Klinikum Sigmaringen (Chefarzt: Prof. Dr. W. Klingler)
- 4 Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen (Direktor: Prof. Dr. P. Rosenberger)

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Empfehlung – Sitzende Position – Venöse Luftembolie – Persistierendes Foramen ovale – Transösophageale Echokardiographie – Hydrostatische Druckdifferenz

Keywords

Recommendation – Sitting Position – Venous Air Embolism – Persistent Foramen ovale – Transoesophageal Echocardiography – Hydrostatic Pressure Difference

Summary

In neurosurgery, positioning the patient in a (semi-)sitting position is particularly popular for surgical treatment of processes in the area of the posterior cranial fossa, as this can offer the disciplines involved a number of advantages compared to other forms of positioning. In addition to ensuring adequate cerebral blood flow, it is particularly important to recognise and treat a venous air embolism (VAE). The underlying mechanism of VAE is due to the elevated surgical area in relation to the heart and the resulting hydrostatic pressure difference between an open vein and the heart. If the incoming air enters the pulmonary arterial vascular bed, the effects are primarily equivalent to a pulmonary artery embolism and can lead to right heart failure and the need for resuscitation. It should be emphasised that the effects of a VAE do not depend primarily on the volume of air that has entered the vasculature, but rather on the volume that has entered per unit of time. A special risk constellation occurs during operations in a (semi-)sitting position if the patient presents with a persistent foramen ovale (PFO). In this situation, the direct transfer of air bubbles from the right to the left heart can lead to cerebral and coronary vascular embolisms with consecutive stroke and myocardial infarction. Therefore, there is need for anaesthesia to recognise and assess both a PFO before the start of positioning and an intraoperative VAE, as well as to treat this in a targeted manner in communication with the surgeon. Using transoesophageal echocardiography (TEE), a VAE can be directly visualised. Depending on the severity of the VAE, various measures must be taken: informing the surgeon, avoidance of further air entry, treatment of the haemodynamic depression, evaluation of the grade of VAE and, if necessary, aspiration of the entered air or the so-called "air lock".

This recommendation of the Scientific Working Group on Neuroanesthesia (WAKNA) from the German Society of Anaesthesia and Intensive Care (DGAI) describes aspects such as implementation, risks as well as advantages and

disadvantages of this special surgical positioning, physiological changes caused by the sitting position itself, haemodynamic monitoring of the patient and intraoperative ventilation. A special focus has been set on the topic of pathophysiology, incidence, and TEE diagnosis of VAE in (semi-)sitting position, including a discussion on the potential existence of a PFO.

The present recommendation replaces its precursor entitled "Monitoring during neurosurgical operations in a sitting or semi-sitting position" published by the WAKNA in 2008.

Einleitung

Um ein für den Patienten bestmögliches Ergebnis im Rahmen der operativen Versorgung erreichen zu können, wurden und werden in allen operativen Fachgebieten teils komplexe Lagerungsformen durchgeführt. Hieraus ergibt sich für unser anästhesiologisches Fachgebiet die Aufgabe, neben der üblichen Sicherstellung adäquater Vitalparameter auch durch die Lagerung bedingte Komplikationen möglichst zu vermeiden oder frühzeitig erkennen und suffizient behandeln zu können.

Im Bereich der Neurochirurgie besitzt die Lagerung des Patienten in (halb-)sitzender Position zur operativen Versorgung insbesondere bei Prozessen im Bereich der hinteren Schädelgrube eine relevante Verbreitung, da diese den beteiligten Disziplinen eine Reihe von Vorteilen im Vergleich zu anderen Lagerungsarten bieten kann.

Prinzipiell sind aber auch viele der in dieser Leitlinie aufgeführten Punkte ebenso für die sichere Versorgung der Patienten in anderen operativen Disziplinen zu beachten, werden doch auch zum Beispiel bei der „Beach-Chair“-Position zur Schulterchirurgie oder Stabilisierungen im Bereich der oberen Halswirbelsäule Lagerungen mit erhöhtem Oberkörper angewandt.

Von besonderer Bedeutung sind bei diesen Lagerungsformen neben den speziellen Risiken durch die Lagerung selbst vor allem die Sicherstellung einer ad-

äquaten zerebralen Durchblutung und das Erkennen und Behandeln einer venösen Luftembolie (VLE). Für die Anästhesie ergibt sich hierbei die Anforderung, mittels transösophagealer Echokardiographie (TEE) eine VLE früh zu erkennen und in Kommunikation mit dem operativen Partner diese gezielt behandeln zu können. Die im Jahr 2008 veröffentlichten Empfehlungen aus dem Wissenschaftlichen Arbeitskreis Neuroanästhesie (WAKNA) zu „Monitoring bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position“ wurden überarbeitet und ergänzt [18]. Die hier vorliegende Empfehlung wurde vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) verabschiedet. Zur durchgehenden Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Der vollständige Text dieser Empfehlung mit Literaturverzeichnis findet sich in der pdf-Version, welche online unter <https://www.dgai.de/mitglieder-publikationen/publikationen/vereinbarungen.html> sowie <https://www.wakna.dgai.de> verfügbar ist.

1. Darstellung der Lagerungsformen und deren Auswirkungen

1.1 Die Lagerung des Patienten in (halb-)sitzender Position

Die Anwendung der sitzenden Position zur Chirurgie der zervikodorsalen Wirbelsäule sowie bei Prozessen in der hinteren Schädelgrube wurde besonders in den 1960er- und 1970er-Jahren in der anästhesiologischen Fachliteratur beschrieben. Seit den 1990er-Jahren scheint im angloamerikanischen Sprachraum jedoch die Anwendungshäufigkeit um mehr als 50 % zurückzugehen [63].

Auch in Deutschland ist die Anwendung der (halb-)sitzenden Lagerung zur Gefäß- oder Tumoroperation in der Neurochirurgie insgesamt rückläufig, wurde aber 2014 weiterhin gleich häufig wie die Bauchlage (41,4 vs. 40,4 % der Fälle) als Lagerungsform bei Operationen im Bereich der hinteren Schädelgrube gewählt, während ansonsten die modifizierte Rücken- bzw. Seitenlage angewendet wurde [68].

1.2 Durchführung und Risiken der Lagerung zur (halb-)sitzenden Position

Um einen möglichst freien Zugang zum Operationsgebiet erreichen zu können, wird der Kopf des Patienten in Rückenlage mittels einer Drei-Punkt-Schraubklemme („Mayfield-Klemme“) mit dem Operationstisch verbunden und somit die Halswirbelsäule nebst Kopf in der erforderlichen Position fixiert. Anschließend wird der Oberkörper des Patienten aufgerichtet und bildet mit den waagrecht liegenden Beinen einen Winkel von etwa 90–100°.

Bei der **sitzenden Lagerung** wird zur weiteren Exponierung des operativen Situs der gesamte OP-Tisch als Einheit gekippt, sodass die Patientenbeine durchaus in Richtung Boden zeigen und deutlich unterhalb des Operationsgebietes liegen.

Durch die **halbsitzende Lagerung** soll letzteres vermieden werden. Hierzu erfolgt neben der Flexion in der Hüfte eine zusätzliche Beugung der Kniegelenke um ca. 30° mit sich daran anschließender Kippung des OP-Tisches so weit „oberkörpertief“, dass die Füße des Patienten regelhaft auf Höhe des Patientenkopfes und somit des Sinus transversus sind. Zwecks besserer Exponierung des Operationsgebietes ist danach eine Anteflexion in der HWS-Ebene notwendig, welche bei der halbsitzenden Position ausgeprägter sein muss als bei der sitzenden Position.

Insbesondere wenn ein lateraler Zugang zur hinteren Schädelgrube gewählt wird, muss die Halswirbelsäule des Patienten neben der starken Beugung auch einer Rotation im Sinne einer seitlichen Drehbewegung unterzogen werden.

Zur Vermeidung von lagerungsbedingten Schäden ist bei diesen Lagerungsformen auf Folgendes zu achten:

- Die Verwendung von Muskelrelaxanzien kann die Wahrscheinlichkeit von Lagerungsschäden erhöhen [56].
- Eine übermäßige Flexion im Hüftgelenk kann u. a. zu einer Schädigung des N. ischiadicus und Durchblutungsstörungen durch Kompression der Iliakal- und Femoralgefäße führen.

- Beim Vorhandensein von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen können z. B. Osteophyten lagerungsbedingt in den Spinalkanal hineinragen und durch einen vermehrten Druck eine Schädigung des Rückenmarkes hervorrufen.
- Die Anteflexion der HWS kann neben einer Schwellung der Zunge auch durch Zug am Rückenmark sowie durch eine kompressionsbedingte spinale Minderperfusion zur sogenannten „midcervical flexion myelopathy“ bis hin zu einer Tetraplegie führen [14,43,51,87]. Diese Schädigung ist jedoch bei (halb-)sitzender Lagerung wie bei Bauchlage gleich häufig [87].

Idealerweise könnte eine Probelagerung am wachen Patienten erfolgen, um die beschriebenen Probleme zu vermeiden (Abb. 1). Die sonst übliche Alternative zur Erkennung von neurologischen Auffälligkeiten ist in der klinischen Praxis

aber die Lagerung des Patienten unter elektrophysiologischem intraoperativem Monitoring (IONM), wie z. B. die Ableitung von somatosensorisch evozierten Potentialen, um eine drohende Schädigung des Rückenmarks frühzeitig zu detektieren und somit diese gefürchtete Komplikation zu vermeiden [3,37,87]. Bei der Interpretation der erfassten evozierten Potentiale ist zu beachten, dass deren Amplituden und Latenzen unter anderem von der Narkosetiefe und dem Relaxierungsgrad abhängig sind [52]. Daher empfiehlt sich eine nach stattgehabter Einleitung mittels prozessiertem EEG ermittelte gleichbleibende Narkosetiefe ohne Nachrelaxierung des Patienten mit „Baseline-Erhebung“ der evozierten Potentiale vor Beginn der Lagerungsmaßnahmen.

Immer sollte neben der üblichen visuellen Lagerungskontrolle darauf geachtet werden, dass zwischen Kinn und Sternum problemlos 2 Querfinger gelegt werden können, um eine übermäßige Anteflexion zu vermeiden. Eine Durchblutungsstörung der Beingefäße ist ebenso einfach durch die wiederholte Kontrolle der Rekapillarisationszeit an den Zehen zu erkennen.

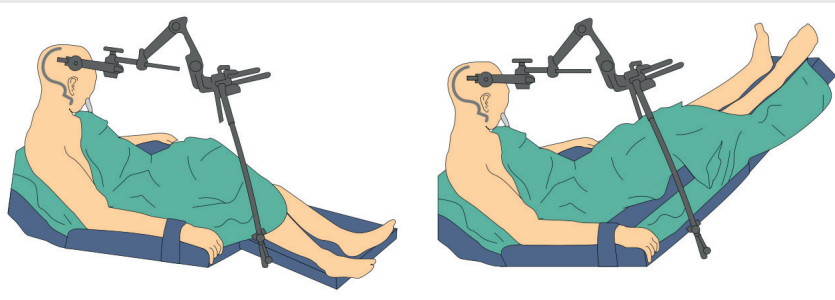
Bei der zur Schulterchirurgie üblichen Beach-Chair-Lagerung wird der Patientenkopf nicht durch eine stabile Verbindung wie eine Mayfield-Klemme gesichert, sondern in eine Kopfschale gelegt und mit Bändern über dem knöchernen Gesichtsschädel fixiert, um ein Abrutschen des Kopfes aus dieser Halterung zu vermeiden. Insbesondere bei der Schul-

Abbildung 1



Probelagerung am wachen Patienten.

Abbildung 2



Vergleich sitzende (links) und halbsitzende (rechts) Position; Kopf mittels Mayfield-Klemme am OP-Tisch fixiert [modifiziert nach 16].

terchirurgie ist neben Beachtung der sicheren Fixierung des Kopfes darauf zu achten, dass eine zunehmende Seitwärtsbewegung der HWS durch den intraoperativen Zug am Arm des Patienten zur Nervenschädigung führen kann und deshalb vermieden werden sollte.

1.3 Vor- und Nachteile der (halb-)sitzenden Position:

Bei einer herkömmlichen Lagerungsform wie der Rücken- oder Bauchlage befinden sich das Operationsgebiet sowie das Herz auf einer nahezu gleichen Ebene ohne Höhendifferenz. Da der intravasale Druck unter positiver Druckbeatmung regelhaft höher als der Umgebungsdruck ist, würde somit aus einer eröffneten Vene Blut austreten und den Eintritt von Luft verhindern. Im Falle einer Blutung im OP-Situs verschlechtert sich hierdurch bei herkömmlicher Lagerung die Sicht des Operateurs und erschwert auch das Auffinden der Blutungsquelle.

Im Gegensatz hierzu kommt es durch eine Oberkörperhochlagerung zu einer Änderung der hydrostatischen Druckdifferenz zwischen OP-Gebiet und Herz, sodass das Blut schwerkraftbedingt aus dem OP-Gebiet abfließt und die Sicht des Chirurgen somit verbessert wird. Dieses Prinzip machen sich auch andere operative Disziplinen wie z. B. die Urologie bei einer roboterassistierten Prostat-ektomie mit verstärkter Trendelenburg-Lagerung oder die Unfallchirurgie bei einer Beach-Chair-Lagerung zur Schulteroperation zunutze.

Ebenso kann im Bereich der Neurochirurgie eine Operation in sitzender oder halbsitzender Position Vorteile bieten [22,63]. Unter anderem sinkt der intrakranielle Druck (ICP) und der Liquorabfluss wird verbessert. Durch eine schwerkraftbedingte Trennung der Gewebestrukturen ergibt sich für die Neurochirurgie oftmals eine Verbesserung der operativen Bedingungen besonders bei Operationen im Bereich des Kleinhirns oder des 4. Ventrikels.

Auch aus anästhesiologischer Sicht bietet eine (halb-)sitzende Lagerung Vorteile im Vergleich zur Rücken- oder Bauchlage. So wird insbesondere bei adipösen

Patienten durch das Absinken der Bauchorgane und damit des Zwerchfelles die Compliance von Thorax und Lunge gesteigert und somit die Beatmung erleichtert. Im Rahmen des Atemwegsmanagements ist bei der (halb-)sitzenden Lagerung der Zugang zu Gesicht und Hals des Patienten ungestörter. Ebenso können bei Einsatz eines elektrophysiologischen Monitorings, wie zum Beispiel beim Monitoring des N. facialis, die Antworten auf den Stimulus im Gesicht besser gesehen werden. Diese Vorteile sind gegenüber den potenziellen Risiken abzuwägen (Tab. 1).

Neben dem Auftreten von Lagerungsschäden sind vor allem venöse Luftembolien als typische Risiken der sitzenden oder halbsitzenden Lagerung zu

nennen. Wie unten aufgeführt, kann der Ausprägungsgrad solcher Luftembolien vom asymptomatischen Zufallsbefund über katecholaminpflichtige Kreislaufprobleme bis hin zum Rechtsherzversagen mit Todesfolge führen. Beim Vorhandensein eines persistierenden Foramen ovale (PFO) drohen durch paradoxe VLE-Ereignisse sowohl Hirn- als auch Myokardinfarkte durch luftbedingte arterielle Gefäßverschlüsse.

Der Nachweis von intrakranieller Luft im Sinne eines Pneumocephalus ist ein sehr häufiger Befund in der postoperativen Bildgebung nach intrakraniellen Eingriffen sowohl in liegender wie auch in (halb-)sitzender Lagerung. Ein behandlungsbedürftiger Spannungspneumocephalus ist jedoch mit ca. 3 % ein seltenes Ereignis [48].

Hieraus begründet sich eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung der Art der Lagerung, welche interdisziplinär aus chirurgischer und anästhesiologischer Sicht erfolgen und im jeweiligen Patientenaufklärungsgespräch Berücksichtigung finden sollte.

1.4 Physiologische Änderungen durch die sitzende Position

Das Verbringen des Patienten aus der Rückenlage in eine sitzende Position ist regelhaft mit einer Hypotension assoziiert [62]. Als Ursache hierfür gilt die orthostatische Dysregulation mit Umverteilung des Blutvolumens in die abhängigen Körperpartien (venöses Pooling) und damit einhergehender Reduzierung der kardialen Vorlast. Untersuchungen an einem neurochirurgischen Patientenkollektiv ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen zeigten, dass ein Aufrichten des Oberkörpers mit einem signifikanten Absinken des Vorhofdrucks sowie des arteriellen Mitteldrucks verbunden ist [8]. Darüber hinaus kommt es zu einer Abnahme des Herzzeitvolumens sowie des intrathorakalen Blutvolumens [39,82].

Der Einsatz von Anästhetika vermindert insbesondere die Reaktionsgeschwindigkeit und Effektivität des Barorezeptorenreflexes als einen physiologischen Adaptationsmechanismus auf diese positionierungsbedingten hämodynamischen

Tabelle 1

Vor- und Nachteile einer Operation in (halb-)sitzender Position.

Vorteile durch

- verbesserte Ergonomie aus operativer Sicht
- verbesserte Exposition des OP-Gebietes insb. bei Operationen im Bereich der hinteren Schädelgrube
- verbesserte Liquor- und Blutdrainage mit Senkung des intrakraniellen Drucks
- Reduzierung von Blutverlust und Gewebstrauma
- erleichterte Lagerung und Beatmung insbesondere adipöser Patienten
- besserer Zugang zu Gesicht und Hals des Patienten
- besserer Zugang zum Patienten in Notfallsituationen
- erleichterte Beobachtung der Muskelantwort bei Einsatz des IONM

Nachteile bzw. erhöhtes Risiko für

- Zungenschwellung durch übermäßige Flexion der Halswirbelsäule
- Nervenschäden (z. B. Nervus ischiadicus bis hin zur Tetraparese)
- Hirnnervenschädigung
- postoperativen Pneumocephalus
- VLE mit hämodynamischen Auswirkungen bis zum Rechtsherzversagen
- VLE mit konsekutiver Koagulopathie
- paradoxe VLE mit Schlaganfall und/oder Koronararterienverschluss bei vorhandenem PFO

IONM: intraoperatives Neuromonitoring;
PFO: Persistierendes Foramen ovale; **VLE:** venöse Luftembolie.

Effekte und aggraviert damit die Hypotensionsgefahr.

Der zerebrale Blutfluss wird maßgeblich durch den mittleren arteriellen Blutdruck (MAP) als treibende Kraft sowie den intrakraniellen Druck (ICP) als stromabwärts gerichteten, postkapillären Druck bestimmt. Im MAP-Bereich von ca. 60–160 mmHg sorgt unter physiologischen Bedingungen eine effektive zerebrovaskuläre Autoregulation durch zerebrale Vasodilatation oder -konstriktion für eine suffiziente Durchblutung des Gehirns. Bei Unterschreiten des unteren Grenzpunktes des Autoregulationsbereiches resultiert ein steiler Abfall der zerebralen Durchblutung und somit des zerebralen Sauerstoffangebots, sodass es zu neuronalen Schäden kommen kann. Nachgewiesen wurde bei herzinsuffizienten Patienten eine Verschlechterung der zerebralen Perfusion nach dem Aufsetzen durch Unterschreitung des unteren Grenzpunktes der zerebralen Autoregulation [17].

Besonders zu betonen ist, dass der untere Punkt des zerebralen Autoregulationsbereiches durch Vorerkrankungen wie chronische arterielle Hypertonie oder Atherosklerose nach rechts (also zu höheren MAP-Werten hin) verschoben ist. Bei Patienten mit zerebraler Ischämie, Schädel-Hirn-Trauma oder stattgehabter subarachnoidaler Blutung kann die zerebrale Autoregulation sogar gänzlich aufgehoben sein, sodass hier die zerebrale Durchblutung direkt abhängig vom MAP ist. Die intraoperative Hypotension ist mit der Gefahr einer myokardialen oder zerebralen Ischämie verbunden, wobei diese Effekte abhängig vom Ausmaß und der Zeitdauer der Hypotension sind [1,25,27]. So zeigt eine retrospektive Studie von Wachtendorf et al. nach Auswertung von mehr als 300.000 Patienten einen Anstieg der Delirwahrscheinlichkeit mit zunehmender Dauer von Hypotensionsphasen, definiert als ein Unterschreiten des arteriellen Mitteldrucks von 55 mmHg [84]. Obwohl diese Gefahren für die Patienten klar sind und der Blutdruck eine wesentliche Größe für eine zielorientierte Therapie darstellt, gibt es interessanterweise bislang keine allge-

meingültige Definition einer intraoperativen Hypotension. Als Konsens gilt, dass eine Reduktion des am wachen Patienten gemessenen Ausgangsblutdrucks um mehr als 20 % als Hypotension zu werten ist [85].

1.5 Häodynamisches Monitoring des Patienten zur Operation in (halb-)sitzender Position

Arterielle Blutdruckmessung

Da die (halb-)sitzende Position eine arterielle Hypotension begünstigt, erfordert hier das Blutdruckmonitoring besondere Aufmerksamkeit. Die korrekte Messung des Blutdrucks ist nicht trivial und birgt medizinische und technische Fallstricke. Das Messergebnis hängt vom Messort, dem Messverfahren und der Form der Pulswelle ab, denn mit zunehmender Entfernung vom Herzen fällt die Blutflussgeschwindigkeit und steigt die Blutdruckamplitude, wodurch die Form der Pulswelle und die Messgenauigkeit beeinflusst werden. Die invasive Blutdruckmessung ist der noninvasiven Blutdruckmessung sowohl in der zeitlichen Auflösung als auch in der Validität überlegen und hat eine sehr niedrige Komplikationsrate. Die Messung des mittleren arteriellen Drucks als geometrisches Mittel der Pulswelle ist am wenigsten fehleranfällig [41]. Tatsächlich ist die Mortalität bei Patienten mit invasiver Blutdruckmessung niedriger als in der Vergleichsgruppe mit noninvasiver Messung, was vermutlich im besseren Erkennen von hypotensiven Phasen liegt [44]. Neben der reinen Darstellung der absoluten Werte kann der variierende Amplitudenverlauf der arteriellen Druckkurve betrachtet werden, um einen „swing“ der Kurve im Sinne einer „pulse pressure variation“ (PPV) zur Beurteilung des Volumenstatus des Patienten sehen zu können.

Für eine aussagekräftige Messung des zerebralen Blutdrucks bei einer Operation in (halb-)sitzender Position ist die korrekte Positionierung des Druckwandlers, der das mechanische Signal der arteriellen Blutsäule in ein elektrisches Signal umwandelt, besonders zu beach-

ten. Prinzipiell gilt die Schädelbasis bzw. der äußere Gehörgang als Referenzebene für den herrschenden Blutdruck im Gehirn, sodass der arterielle Druckwandler auf diesem Niveau positioniert werden sollte. Bei einer nichtinvasiven Blutdruckmessung z. B. am Oberarm muss die entsprechende hydrostatische Druckdifferenz berücksichtigt werden, um den arteriellen Blutdruck im Gehirn anhand der Höhendifferenz abschätzen zu können. Hierbei ist zu beachten, dass ein Höhenunterschied von 1,34 cm einer Druckdifferenz von 1 mmHg entspricht. Wird der arterielle Mitteldruck (MAP) mittels Manschette am Oberarm mit 65 mmHg gemessen, muss bei einer Höhendifferenz von 26,8 cm deshalb eine Differenz von 20 mmHg angenommen werden, was im Beispiel einem MAP im Gehirn von lediglich 45 mmHg entspräche. Auch postoperativ während Transport und Aufenthalt in der Überwachungseinheit ist die Höhenpositionierung des Druckwandlers zu beachten – umso mehr, da in diesen Situationen die Ausprägung der Oberkörperhochlagerung stärker variiert als während der Operation selbst.

Prinzipiell ist bei jeglicher therapeutischen Intervention die Ursache der Hypotension zu behandeln. Dem Ausgleich einer Hypovolämie kommt eine besondere Bedeutung zu, denn auch ohne Blutverlust ist bei einer (halb-)sitzenden Position eine relative Hypovolämie durch die Umverteilung von Blut in die abhängigen Körperpartien immanent. Spricht ein Patient auf die Gabe von Volumen an, so äußert sich dies in einem Anstieg des Blutdrucks und einer Reduktion der Schlagvolumenvariabilität [45]. Die Applikation von α -Sympathomimetika (wie z. B. Noradrenalin) zur Steigerung des peripheren Gefäßtonus kann ergänzend sinnvoll sein [86]. Zu beachten ist allerdings, dass die Steigerung des systemvaskulären Widerstands mit einer Verringerung der kardialen Auswurfleistung und einer reduzierten regionalen Oxygenierung des Cerebrums sowie weiterer Organe einhergehen kann. Demgegenüber wird die Aufrechterhaltung des Blutdrucks mittels β -Sympathomimetika primär durch den

Anstieg der kardialen Auswurfleistung vermittelt und scheint in Bezug auf die zerebrale Oxygenierung vorteilhaft zu sein, kann jedoch insbesondere bei einer bestehenden Hypovolämie zu einer ausgeprägten Tachykardie führen [10,70]. Neben der Aufrechterhaltung des Blutdrucks als solchen ist also auf ein adäquates Herzzeitvolumen im Sinne der Perfusion zu achten.

Die für eine differenzierte und ursachenorientierte Therapie einer Hypotension notwendigen Informationen können durch den leitliniengerechten Einsatz der TEE bei neurochirurgischen Operationen in (halb-)sitzender Lagerung gewonnen werden.

Maßnahmen zur Vermeidung der intraoperativen arteriellen Hypotension bei (halb-)sitzender Lagerung:

- präoperative kardiale Evaluation
- engmaschiges Monitoring des mittleren arteriellen Blutdrucks (invasive Messung)
- eine stufenweise vorgenommene Lagerung unter engmaschiger Blutdruckkontrolle
- Verringerung eines venösen „Pooling“ durch
 - Kompression der unteren Extremitäten (Strümpfe oder Wechseldruckmanschetten)
 - Lagerung der Unterschenkel auf Höhe des rechten Vorhofs
- bedarfsadaptierte Volumengabe
- Bereithalten eines Noradrenalinperfusors als Vasopressor der Wahl
- erweiterte, differenzierte Katecholamintherapie in Abhängigkeit des TEE-Befundes.

Zentraler Venenkatheter

Die Anlage eines zentralen Venenkatheters (ZVK) ausschließlich zur Messung des zentralen Venendrucks (ZVD) erscheint nicht prinzipiell zwingend. Der ZVD wurde in der Vergangenheit und wird auch heute noch oftmals als Surrogatparameter für den venösen Füllungsstatus benutzt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass ein hochnormaler

ZVD mit einer Euvolämie bzw. milden Hypervolämie gleichzusetzen ist. Wenn auch die Betrachtung nur eines einzelnen Wertes keine valide Aussage über den Volumenhaushalt ergibt, kann der ZVD bei Trendbeobachtung bzw. einem plötzlichen Anstieg einen Rückschluss auf die Pumpfunktion vor allem des rechten Herzens bzw. auf das Vorliegen einer Lungenarterienembolie zulassen. Ergänzend kann über die Bestimmung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung eine differenzierte Katecholamintherapie erfolgen.

Bei der (halb-)sitzenden Position in der Neuroanästhesiologie bietet ein ZVK insbesondere die Möglichkeit der herznahen und sicheren intravenösen Applikation von Medikamenten wie Katecholaminen und Osmotherapeutika. Die gewünschte Positionierung der ZVK-Spitze kann während des Vorschiebens des Katheters entweder mittels EKG-Ableitung oder direkter Visualisierung in der TEE erfolgen. In der klinischen Versorgung sind bei der Positionierung der ZVK-Spitze zwei Philosophien zu unterscheiden:

- A) ZVK-Spitze im rechten Vorhof: hier erfolgt der Aspirationsversuch des „Air Lock“ (schaumiges Blutsekret, welches den venösen Einstrom in das rechte Herz behindert) primär über das endständige Lumen.
- B) ZVK-Spitze in der V. cava superior: in diesem Falle kann der Aspirationsversuch auch über die seitlichen Lumenöffnungen erfolgen. Dieses Vorgehen wird in tierexperimentellen Studien propagiert [5,12,30].

Beide Vorgehensweisen stehen für die anästhesiologische Versorgung des Patienten in (halb-)sitzender Lagerung gleichberechtigt nebeneinander. Das Vorgehen sollte sich an den lokalen Gegebenheiten und am individuellen Risiko für eine VLE orientieren.

Bei der Auswahl der Kathetergröße ist zu berücksichtigen, dass das Volumen einer Flüssigkeit, welche durch ein Rohrsystem (wie z. B. ZVK und angeschlossene Verlängerung) pro Zeiteinheit fließt, nach der Formel von Hagen-Poiseuille für laminare Strömungen stark abhängig vom

Innendurchmesser und der Länge dieses Rohrsystems ist. Prinzipiell ist hieraus auch für turbulente Strömungen von Blut-Gas-Gemischen ableitbar, dass für die Menge eines durch einen Katheter zu aspirierenden Volumens der Innendurchmesser des Kathetersystems eine entscheidende Einflussgröße darstellt. Diese Gesetzmäßigkeit gilt sowohl für den passiven Rückstrom als auch für eine aktive Aspiration [71]. Wenn das Prinzip der Aspiration des Luft-Blut-Gemisches als therapeutische Option bei schwerer VLE angewandt wird, sollte unseres Erachtens ein großlumiger Katheter mit möglichst kurzer Strecke von der Katheteröffnung bis zum Leitungsende benutzt werden. Diese großlumigen und dabei steiferen Katheter sind aber auch mit einem höheren Verletzungsrisiko des Myokards vergesellschaftet und sollten daher mit ihrer Spitze in der Endstrecke der Vena cava superior verbleiben und nicht bis in den rechten Vorhof vorgeschoben werden.

1.6 Intraoperative Beatmung und Anwendung von positiv-endexpiratorischem Druck bei (halb-)sitzender Lagerung

Während in den letzten Jahren große randomisierte Studien zum Einsatz lungenprotektiver Beatmungsstrategien z. B. für den Bereich der Abdominalchirurgie durchgeführt wurden [9], ist die Studienlage für die spezielle Situation der (halb-)sitzenden Lagerung vergleichsweise gering.

Da unter Verwendung eines positiven endexpiratorischen Drucks (PEEP) durch die konsekutive Erhöhung des intrathorakalen Drucks ein gemessener ZVD regelhaft ansteigt, wird oftmals eine PEEP-Erhöhung zur Risikoreduktion einer VLE angewandt. Als Rationale hierfür gilt die Vorstellung, dass es unter Euvolämie bzw. milder Hypervolämie bei chirurgischen Eingriffen in (halb-)sitzender Lagerung eher zu einer Blutung aus einem venösen Sinus bzw. einer Vene im OP-Situs kommt als zum Eindringen von Luft in das venöse System. Allerdings konnte bei PEEP-Werten bis 15 cm H₂O weder dieser Effekt [20] noch eine signifikante

Erhöhung des Drucks im Sinus sagittalis nachgewiesen werden [24,34,35]. Hingegen wurde beobachtet, dass durch einen erhöhten intrathorakalen Druck ein funktionell verschlossenes Foramen ovale wiedereröffnet werden kann und somit das Risiko einer paradoxen VLE steigt [26,38]. Desweiteren kann die intrathorakale Druckerhöhung den venösen Rückstrom zum Herzen verringern und dadurch neben der Verstärkung einer (relativen) Hypovolämie die durch eine VLE ausgelöste kardiovaskuläre Dysfunktion noch zusätzlich aggravieren.

Aus den wenigen vorliegenden Studien können folgende Aussagen abgeleitet werden:

- Oxygenierung: ein PEEP (5–10 cm H₂O) kann mittelbar zu einer verbesserten Oxygenierung bei (halb-)sitzender Lagerung beitragen [54].
- Hämodynamik: ein PEEP (\leq 15 cm H₂O) kann zu einer Verschlechterung der kardiozirkulatorischen Funktion bei (halb-)sitzender Lagerung führen [61].
- Intrakranieller Druck (ICP): Veränderungen des PEEP (\leq 15 cm H₂O) können zu einer Erhöhung des ICP bei (halb-)sitzender Lagerung beitragen, insbesondere wenn der ICP bereits erhöht ist bzw. die zerebralen Reserveräume aufgebraucht sind [46].
- Druck im venösen Sinus: ein PEEP (\leq 10 cm H₂O) führt nicht regelhaft zu einem (angestrebten) Druckanstieg in den venösen Sinus des Gehirns [20].
- VLE-Inzidenz: ein PEEP (\leq 15 cm H₂O) führt nicht zu einer Verhinderung von VLE-Ereignissen bei (halb-)sitzender Lagerung [20,89].

Vor diesem Hintergrund erscheint eine intraoperative Beatmung mit hohen PEEP-Werten bei (halb-)sitzender Lagerung nicht empfehlenswert [69,88], manche Autoren raten explizit davon ab [20]. Es sollte somit eine übliche, d. h. lungenprotektive Beatmung mit einem PEEP-Niveau (5–10 cm H₂O) zum Einsatz kommen.

2. Venöse Luftembolie

Der zugrundeliegende Pathomechanismus einer venösen Luftembolie (VLE) während einer Operation in (halb-)sitzender Lagerung ist begründet durch die in Relation zum Herzen erhöhte Lagerung des Operationsgebietes. Durch diesen Höhenunterschied resultiert eine hydrostatische Druckdifferenz zwischen einer offenen Vene und dem Herzen, wodurch Lufteintritt in die venöse Strombahn stattfinden kann. Je ausgeprägter diese Druckdifferenz ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer VLE [83]. In der Neurochirurgie sind als große venöse Eintrittspforten im Operationsgebiet besonders die Sinus sigmoideus und transversus sowie der Sinus occipitalis zu nennen, wobei auch durch die Vv. emissariae sowie Vv. diploicae des Schädelknochens ein Lufteintritt stattfinden kann [57,59].

Üblicherweise kollabieren Venen, sobald sich ein subatmosphärischer Druck im Venenlumen einstellt. Dieser Kollaps führt zum Sistieren des (venösen) Blutflusses und verhindert ein Eintreten von Luft in die venöse Strombahn. Die venösen Sinus des Gehirns hingegen sind bindegewebig mit dem Knochen verbunden und werden hierdurch offengehalten. Erst durch diese anatomische Besonderheit kann es in den venösen Sinus (und den sinusnahen Venen) zum Auftreten eines subatmosphärischen Drucks und – im Fall einer Gefäßverletzung – zum Lufteintritt kommen.

Zusammenfassend sind als mögliche Prädispositionsstellen für den venösen Lufteintritt zu nennen:

- a) die Galeavenen, die adhären an der Kalotte sind und bei der Präparation mit z. B. dem Raspatorium eröffnet werden können.
- b) die Venae diploicae, die zwischen der Tabula interna und externa des Schädelknochens liegen. Durch das Aufsägen des Schädelknochens liegt dieses Gefäßsystem frei an der Atmosphäre und muss chirurgisch verschlossen werden. In der Regel werden diese Gefäße durch Knochenwachs abgedichtet.

- c) die Emissarvenen, welche in knöchernen Kanälen verlaufend die oberflächlichen Schädelvenen mit den Sinus durae matris verbinden.
- d) die venösen Sinus des Gehirns, die von den Durablättern gebildet werden und bei Eröffnung ebenfalls offenbleiben.

2.1 Inzidenz der VLE

In der Literatur finden sich für das Auftreten einer VLE in (halb-)sitzender Position Inzidenzwerte von sehr unterschiedlichem Niveau, von z. B. 76 % bei Operationen in der hinteren Schädelgruppe bzw. 25 % an der Wirbelsäule bis hin zu 100 % bei neurochirurgischen Eingriffen in sitzender Position [49,59]. Hervorzuheben ist, dass eine VLE auch bei einer Hirntumor-Operation in Rückenlage auftreten kann. So wurden bei entsprechendem Monitoring mittels TEE in 11 % der Fälle Luftembolieereignisse detektiert [42]. Ein nach Schweregrad differenziertes Auftreten einer VLE beschreiben Feigl et al. mit 42,3 % (Nachweis von Luftblasen) sowie 3,8 % (Abfall des etCO₂ um mehr als 3 mmHg) und 1,9 % (Blutdruckabfall >20 % oder Herzfrequenzanstieg >40 %) [16]. Jedoch muss bei der Interpretation dieser Daten beachtet werden, dass sowohl die Definition des Eintretens einer VLE selbst als auch die eingesetzten Nachweisverfahren und deren Sensitivität uneinheitlich sind. Verstärkt wird dieser Umstand dadurch, dass in der Literatur regelhaft keine Aussagen über die zugrundeliegenden Umgebungsbedingungen und physiologischen Variablen wie Volumenhaushalt, transthorakaler Druck, ZVD, PEEP, systemischer Blutdruck sowie die Höhendifferenz zwischen rechtem Vorhof und dem Operationsgebiet getroffen werden. Somit bleibt die wahre Inzidenz der VLE während einer Operation in (halb-)sitzender Position letztlich unklar, sicherlich ist diese aber auch von der zu operierenden Struktur selbst (Hirntumor, Gefäßsystem, Knochen) abhängig.

2.2 Pathophysiologische Effekte der VLE

Da die eingetretene Luft in erster Linie via rechtes Atrium und rechten Ventrikel in das pulmonalarterielle Stromgebiet ge-

langt und dieses teilweise verlegt, entsprechen die ersten Auswirkungen einer VLE den klinischen Symptomen einer Lungenarterienembolie. Ein fortdauernder Lufteintritt wird das Ventilations-Perfusions-Verhältnis der Lunge durch die zunehmende Obstruktion der pulmonalarteriellen Strombahn weiter verschlechtern und eine Oxygenierungs- sowie CO₂-Eliminationsstörung zur Folge haben. Ebenso wird der pulmonale Gefäßwiderstand (PVR) und damit die Nachlast des rechten Herzens erhöht, wobei dieser Effekt durch weitere Mechanismen wie z. B. Aktivierung des Gefäßendothels, Komplementaktivierung, Zytokinfreisetzung, Produktion von Sauerstoffradikalen, Bildung von thrombozytären Mikroaggregaten und lokale sowie systemische Entzündungsreaktionen verstärkt wird [77]. Der akute PVR-Anstieg führt zu einem akuten Druckanstieg im eher muskelschwachen rechten Herzen mit der Folge einer Rechtsherzdilatation mit Trikuspidalinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen. Diese Vergrößerung des rechten Herzens führt zu einer Verschiebung des Herzseptums mit zunehmender Kompression des linken Herzens, was eine Minderung von arteriellem Blutdruck, Koronarperfusion und Myokardkontraktilität bis hin zum Kreislaufstillstand zur Folge hat. Hervorzuheben ist, dass die klinischen Auswirkungen einer VLE nicht primär vom Volumen der eingetretenen Luft selbst, sondern vom eingetretenen Volumen pro Zeiteinheit abhängig sind.

Neben der oben beschriebenen Klinik der pulmonalarteriellen Luftembolie ist die Möglichkeit einer paradoxen Luftembolie besonders zu beachten, wofür in diesem Rahmen zwei Mechanismen existieren:

- a) Bei länger bestehendem Lufteintritt kommt es neben einer pulmonalarteriellen Obstruktion zur zunehmenden Erschöpfung der Filtrationsfähigkeit des Gefäßbettes für die eingedrungenen Luftblasen, sodass diese die Lungenstrombahn durchwandern und in die systemische Zirkulation gelangen können [57].
- b) Damit bis zur Geburt der fetale Kreislauf unter Umgehung der Lungenstrombahn bestehen kann, existiert

eine offene Verbindung auf Vorhofebene. Dieses Foramen ovale verschließt sich in der Regel unmittelbar nach der Geburt funktionell durch eine Membranüberlappung aus dem linken Vorhof, welche in der Zeit mit der linken Vorhofwand verwachsen soll. Jedoch existiert bei ca. 25–30 % der Bevölkerung ein PFO, welches nur funktionell – also ohne Verwachsung der Membran mit der Vorhofwand – verschlossen ist [28,54,57] und somit wiedereröffnet werden kann, wenn der rechtsatriale den linksatrialen Druck übersteigt.

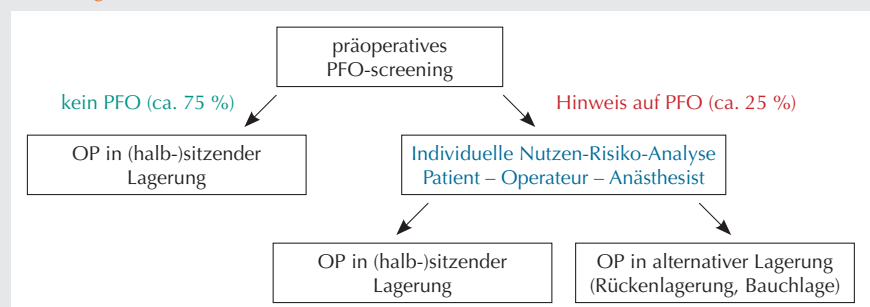
2.3 Präoperative Abklärung eines persistierenden Foramen ovale

Um das individuelle Risiko eines Patienten für eine paradoxe VLE bereits präoperativ abschätzen zu können, ist die Abklärung eines PFO wünschenswert. Lange galt unter den verfügbaren Verfahren der transkranialen Dopplersonographie (TCD), transthorakalen Echokardiographie (TTE) sowie der transösophagealen Echokardiographie (TEE) die letztgenannte Technik als Methode der Wahl und als „Goldstandard“ für diese Fragestellung [60]. Diese Alleinstellung der TEE wurde jedoch zuletzt infrage gestellt [64]. Durch technische Verbesserungen (z. B. sog. „harmonic imaging“ und „second harmonic imaging“) ist die TTE bei Einsatz von Kontrastmittel (z. B.

agitierte Kochsalzlösung) und einem Valsalva-Manöver inzwischen als ebenbürtig oder gar der TEE überlegen anzusehen [13,79]. Somit steht also mit der TTE ein nichtinvasives Verfahren zur Verfügung, welches bei adäquater Anwendung eine gute diagnostische Sensitivität besitzt und im Vorfeld einer planbaren Operation auch ambulant durchgeführt werden kann. Als Alternative erfolgt im klinischen Alltag die Abklärung eines PFO auch unmittelbar vor OP-Beginn, d. h. nach Narkoseeinleitung am intubierten Patienten mittels TEE durch einen erfahrenen Untersucher.

Bei einer geplanten Operation in (halb-)sitzender Lagerung bedeutet das Vorliegen eines PFO ein erhöhtes Risiko für eine paradoxe Luftembolie mit potenziell neurologischen Schäden bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen. Beim Hinweis auf ein PFO sollte deshalb im Vorfeld der Operation eine individuelle Nutzen-Risiko-Analyse erfolgen und das geplante Vorgehen (Operation in (halb-)sitzender Lagerung oder aber alternativ in Rücken- bzw. Bauchlagerung) zusammen mit dem Patienten besprochen werden. Eine frühzeitige präoperative Detektion eines PFO vor dem Operationstag selbst erleichtert eine rechtzeitige interdisziplinäre Absprache darüber, welche Lagerungsform für den geplanten Eingriff mit dem besten Nutzen-Risiko-Verhältnis einhergeht (Abb. 3). Wenn die

Abbildung 3



Entscheidungsfindung zur Lagerung je nach Vorhandensein eines PFO.

Eine präoperative Abklärung des Bestehens eines PFO erscheint sinnvoll vor dem Hintergrund, dass ca. 25 % der Menschen ein PFO aufweisen. Bei einer geplanten Operation in (halb-)sitzender Lagerung bedeutet das Vorliegen eines PFO ein Risiko für eine paradoxe Luftembolie mit potenziell lebensbedrohlichen Konsequenzen. Beim Hinweis auf ein PFO sollte deshalb idealerweise im Vorfeld der Operation eine individuelle Nutzen-Risiko-Analyse erfolgen und das geplante Vorgehen (Operation in (halb-)sitzender Lagerung oder aber alternativ in Rücken- oder auch Bauchlagerung) zusammen mit dem Patienten besprochen werden.

Untersuchung und damit einhergehende Diagnose erst im Rahmen der Einleitung erfolgt, sollten die Alternativen bereits im Rahmen des Aufklärungsgesprächs anhand einer „was-wäre-wenn-Diskussion“ mit dem Patienten und Operateur erörtert werden.

2.4 Diagnostik der intraoperativen VLE

Für die sichere Durchführung von Eingriffen in (halb-)sitzender Lagerung kommt der frühzeitigen Diagnose von intravasal eingedrungener Luft eine zentrale Bedeutung zu, da die Auswirkungen einer VLE durch Gesamtvolumen und Volumen pro Zeiteinheit der eingedrungenen Luft beeinflusst werden. Die möglichen Nachweisverfahren hierfür unterscheiden

sich in ihrer Empfindlichkeit deutlich (Tab. 2). Prinzipiell ist bei klinischem Verdacht auf eine VLE die Visualisierung durch eine Echokardiographie anzustreben.

Als aktueller Goldstandard zur Detektion einer intraoperativen VLE gilt aufgrund ihrer ausgeprägten Sensitivität derzeit die transösophageale Echokardiographie (TEE), da hiermit bereits sehr geringe Luftmengen erkannt werden können.

Neben der hohen Sensitivität und Spezifität zur VLE-Detektion bietet die TEE als weitere Vorteile sowohl das direkte Sichtbarmachen des Luftübertritts durch ein PFO in den linken Vorhof als auch dessen Auswirkungen auf die Herzdimensionen und -funktion [49].

2.5 TEE-Standschnitts zur VLE-Detektion

In vielen Veröffentlichungen werden die Schnittebenen der TEE-Untersuchung nicht [37] oder nicht eindeutig [16] angegeben. Prinzipiell ist beim Einsatz einer TEE-Sonde ein standardisierter kompletter Untersuchungsablauf wie in der Kardioanästhesie wünschenswert [29]. Für den Einsatz z. B. in der Neuroanästhesie mit dem Fokus auf eine VLE sind die folgend beschriebenen Standardschnitte zumeist ausreichend (Abb. 4) [53]:

- mittösophagealer Vier-Kammer-Blick (ME-4-Kammer-Blick)
- mittösophagealer Blick auf den rechtsventrikulären Einfluss- und Ausflusstrakt
- mittösophagealer bicavalärer Blick (ME-bicavalärer-Blick).

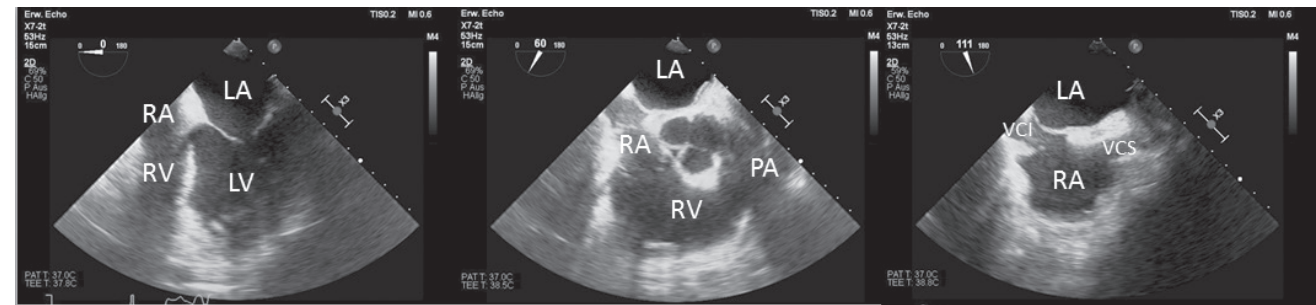
Idealerweise erfolgt unter Verwendung des Laryngoskops die atraumatische Intubation des Ösophagus mit der TEE-Sonde [58]. Bei einer Einführtiefe von circa 30–40 cm und leichter Retroflexion der Sonde ist der mittösophageale 4-Kammer-Blick stets auffindbar und dient als Ausgangspunkt für die anderen Schnitte. Auch falls sich die Sondenlage intraoperativ verändert hat, kann dieser Schnitt zur Orientierung jederzeit wieder aufgesucht werden.

Der mittösophageale 4-Kammer-Blick zeigt beide Vorhöfe und Ventrikel des Herzens, sodass hier ein Lufteintritt in

Tabelle 2
Übersicht über Verfahren zur Diagnostik einer intraoperativen VLE unter Angabe der Volumina zur Detektion eingedrungener Luft [modifiziert nach 54].

Monitoringverfahren	Volumen (ml / kg)	Bei einer 70 kg schweren Person entspricht dies (ml) (errechnete Werte)	Sensitivität
Transoesophageale Echokardiographie	0,02	1,4	hoch
Präkordialer Doppler	0,05	3,5	moderat
Endtidale CO ₂ -Messung	0,5	35	moderat
Pulsoximetrische Sättigung	1,0	70	niedrig
Ösophagusstethoskop	1,0	70	niedrig
Arterieller Blutdruck	1,0	70	niedrig

Abbildung 4



TEE-Schnittebenen zur Diagnostik eines persistierenden Foramen ovale und der VLE.

Von links nach rechts: 1) mittösophagealer 4-Kammer-Blick; 2) mittösophagealer Blick auf den rechtsventrikulären Ein- und Ausflusstrakt; 3) mittösophagealer bicavalärer Blick.

RA: rechter Vorhof; LA: linker Vorhof; RV: rechter Ventrikel; LV: linker Ventrikel; PA: Hauptstamm der Pulmonalarterie; VCS: Vena cava superior; VCI: Vena cava inferior.

den rechten Vorhof, den rechten Ventrikel und ein Luftübertritt in den linken Vorhof und Ventrikel zu sehen ist. Ebenso sind die Dimensionen der Herzhöhlen, die Richtung der Septumbewegung sowie die Myokardkontraktilität (vor allem der septalen und lateralen Wandanteile des linken Ventrikels) zu erkennen. Durch den Einsatz des Farbdopplers kann ein Insuffizienzjet über der Trikuspidal- und Mitralklappe gesehen werden.

Der mittösophageale 2-Kammer-Blick wird ohne Änderung der Sondenposition durch die elektronische Rotation der multiplanen TEE-Sonde um ca. 90° erreicht. Erneut kann die linksventrikuläre Funktion beurteilt werden, im Gegensatz zum 4-Kammer-Blick sind jetzt die Vorder- und Hinterwand des linken Ventrikels zu sehen.

Eine weitere Rotation des multiplanen Schallkopfes auf 120° zeigt dann im mittösophagealen Längsachsenblick die anteroseptalen und inferolateralen bzw. posterioren Anteile des linksventrikulären Myokards sowie den linksventrikulären Ausflusstrakt mit der Aortenklappe. Hier kann auch mit Hilfe des Farbdopplers und anhand von Morphologie und Reflexverhalten eine Pathologie der Aortenklappe erkannt werden.

Der mittösophageale bicavale Blick wird durch leichte Drehung der TEE-Sonde im Uhrzeigersinn erreicht. Auf der rechten Bildschirmseite ist die Vena cava superior (VCS) und auf der linken Bildschirmseite die Vena cava inferior (VCI) zu sehen (letztere kommt häufig nicht so gut zur Darstellung). In der Bildschirmmitte befindet sich das Vorhofseptum, dessen dünnste Stelle die Fossa ovalis ist. Im Bereich der VCS können ggf. die Reflexionen eines in situ liegenden zentralen Venenkatheters gesehen werden. In dieser Sondenposition sind ein Lufteintritt über die Vena cava in den rechten Vorhof ebenso wie ein Luftübertritt (bzw. Kontrastmittelübertritt) in den linken Vorhof gut zu erkennen.

Um in den mittösophagealen Blick auf den rechtsventrikulären Einfluss- und Ausflusstrakt zu gelangen, muss die Sonde wieder gegen den Uhrzeigersinn

gedreht und der multiplane Schallkopf elektronisch auf 80° rotiert werden. In dieser Einstellung sind rechter Vorhof, rechtsventrikulärer Ein- und Ausflusstrakt, Aortenklappe und ein Teil des linken Vorhofs zu sehen.

Dieser strukturierte Untersuchungsgang sollte unbedingt vor etwaigen Lagerungsmaßnahmen des Patienten durchgeführt werden, weil

- in Rückenlage die Darstellung der Schnittebenen zuverlässiger erfolgen kann als bei einem aufgerichteten Oberkörper;
- die korrekte Lage des ZVK verifiziert werden kann;
- eine ggf. bereits erfolgte Untersuchung bzgl. eines PFO reevaluiert werden kann;
- jetzt die letzte Möglichkeit zur PFO-Diagnostik besteht;
- bei Nachweis anderer relevanter pathologischer Veränderungen des Herzens wie höhergradiger Vitien oder eingeschränkter Pumpfunktion die Lagerung überdacht werden kann bzw. zielgerichtete Maßnahmen vor dem Aufsetzen zur Sicherung der Hämodynamik eingeleitet werden können;
- ein visueller Ausgangsbefund der Herzdimensionen dargestellt wird, der mit etwaigen intraoperativen Veränderungen korreliert werden kann.

Intraoperativ kann zusätzlich zur Darstellung des Herzens im B-Bild ein in den Bereich des rechten Vorhofs gelegter Pulsed-Wave-Doppler (PW-Doppler) genutzt werden, womit in Analogie zum präkordialen Doppler eine akustische Meldung über das Eindringen von Luft erhalten werden kann. Da der PW-Doppler ein bestimmtes, einstellbares Areal untersucht, ist diesem gegenüber dem Continuous-Wave (CW)-Doppler der Vorzug zu geben. Dieses PW-Doppler-Signal sollte vor OP-Beginn geprüft werden, indem z. B. geringe Mengen der initial zur PFO-Diagnostik eingesetzten „Kontrastmittellösung“ (z. B. 10 bis 20 ml agitierte Vollelektrolytlösung wie weiter unten beschreiben) injiziert werden.

Bei längerer Anwendung des PW-Dopplers sollte mit einer möglichst geringen Verstärkung („Power Gain“) des Doppler-Signals gearbeitet werden, um das niedrige, aber prinzipielle Risiko einer thermischen Schleimhautschädigung durch die TEE-Sonde weiter reduzieren zu können [33].

2.6 TEE zur PFO-Detektion

Sollte im mittösophagealen bicavalen Blick mittels Farbdoppler (Einstellung des Nyquist-Limits auf 30 cm/s) ein bestehender Links-Rechts-Shunt nachgewiesen werden (Abb. 5), ist dieser beweisend für ein PFO [75].

Wenn per Farbdoppler kein Links-Rechts-Shunt nachzuweisen ist, so muss mittels Echokontrastmittel und Valsalva-Manöver ein solcher ausgeschlossen werden. Im Ultraschall gut zu sehende Echokontrastmittel („Microbubbles“) sind sowohl durch autologes Patientenblut als auch durch agitierte (schnell aufgezugene) Vollelektrolyt- oder Kolloidlösung herzustellen. Mit einer ersten Gabe weniger Milliliter kann eine Lageverifizierung des ZVK erfolgen. Danach erfolgt unter normaler Beatmung eine erneute Gabe von 10–20 ml dieser Lösung, um ein anatomisch offenes PFO nachweisen zu können. Bei fehlendem Kontrastmittel-Übertritt innerhalb von fünf Herzzyklen wird der intrathorakale Druck im Sinne eines Valsalva-Manövers erhöht [75],

Tabelle 3

Vorgehen zur Diagnostik eines Rechts-Links-Shunts (z. B. PFO) auf Vorhofebene.

Einstellung mittösophagealer bicavalen Blick mit folgender Konfiguration:

- 1) Farbdoppler auf Vorhofseptum
- 2) Gabe von Echokontrastmittel unter Standard-(Be-)Atmungssituation
- 3) Gabe von Echokontrastmittel unter Valsalva-Manöver (Vorhofseptum mit Shift in linkes Atrium)

Ein Rechts-Links-Shunt auf Vorhofebene gilt als ausgeschlossen, wenn unter obestehender Konfiguration

- 1) das Farbdoppler-Signal unauffällig und bei
- 2) und 3) innerhalb von fünf Herzzyklen kein Echokontrastmittel im linken Vorhof zu sehen ist.

sodass das Vorhofseptum eine linkskonvexe Stellung einnimmt (Abb. 6). Unter Beibehaltung des hohen intrathorakalen Drucks wird wiederum Kontrastmittel gegeben, sodass der rechte Vorhof mit Bubbles gefüllt ist. Nach wiederum fünf Herzzyklen wird bei ggf. weiterer simultanen Kontrastmittelgabe das APL-Ventil schnell geöffnet, um einen erhöhten venösen Rückstrom in den rechten Vorhof zu generieren. Das Erscheinen von Microbubbles im linken Vorhof unter einem derart durchgeführten Valsalva-Manöver gilt als beweisend für ein PFO (Tab. 3).

Ein Valsalva-Manöver kann am beatmeten Patienten z. B. wie folgt durchgeführt werden: Das Narkosebeatmungsgerät wird auf Handbeatmung und das

Überdruck-/APL-Ventil auf einen Druck von 30 cm H₂O eingestellt. Der Druck im Beatmungssystem überträgt sich nach intrathorakal, wodurch es zu einer Druckumkehr auf Vorhofebene kommt und der Druck im rechten Vorhof denjenigen im linken Vorhof übersteigt. Zu erkennen ist dieses durch eine Auswölbung des Vorhofseptums in Richtung des linken Vorhofs. Durch diese Druckumkehr kann sich ein – unter physiologischen Bedingungen geschlossenes – Foramen ovale öffnen. Für das Valsalva-Manöver sollte der hohe Beatmungsdruck für ca. 20 Sekunden aufrechterhalten werden. Von längeren Zeitdauern wird abgeraten, da es unter dem Valsalva-Manöver zu nicht unerheblichen Abfällen des systemarteriellen Blutdrucks kommen kann.

2.7 Schweregradeinteilung der VLE

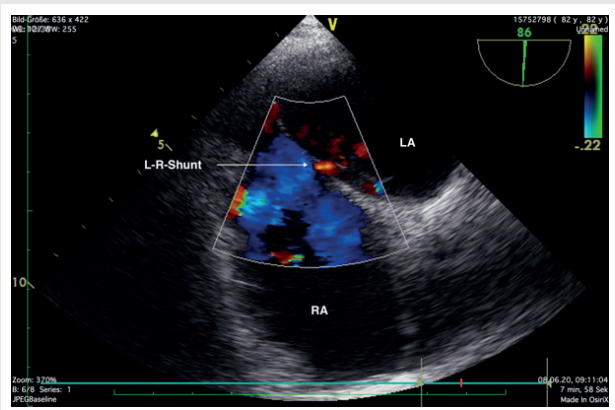
Eine für die Klinik praktikable Schweregradeinteilung der eingetretenen VLE findet sich in der „Tübingen Venous Air Embolism Grading Scale“ [16], welche die Einteilung von Jadik weiter differenziert [37]. Hier erfolgt neben dem Nachweis von eingedrungener Luft durch die TEE auch die Berücksichtigung der klinischen Ausprägung (Tab. 4).

Tabelle 4
„Tübingen Venous Air Embolism Grading Scale“: Graduierung einer klinisch relevanten VLE nach Feigl [16].

Grad	Beobachtete Veränderung
0	Keine sichtbaren Luftblasen in der TEE, keine VLE
I	Luftblasen sichtbar in der TEE, kein Abfall im etCO ₂
II	Luftblasen sichtbar in der TEE, Abfall im etCO ₂ ≤ 3 mmHg
III	Luftblasen sichtbar in der TEE, Abfall im etCO ₂ > 3 mmHg
IV	Luftblasen sichtbar in der TEE, Abfall im etCO ₂ > 3 mmHg, Abfall des MAP ≥ 20 % und/oder Anstieg der HF ≥ 40 %
V	Grad IV und hämodynamische Instabilität, die eine Reanimation erfordert

TEE: Transoesophageale Echokardiographie; **etCO₂:** endtidales CO₂; **MAP:** Mittlerer arterieller Druck; **HF:** Herzfrequenz.

Abbildung 5

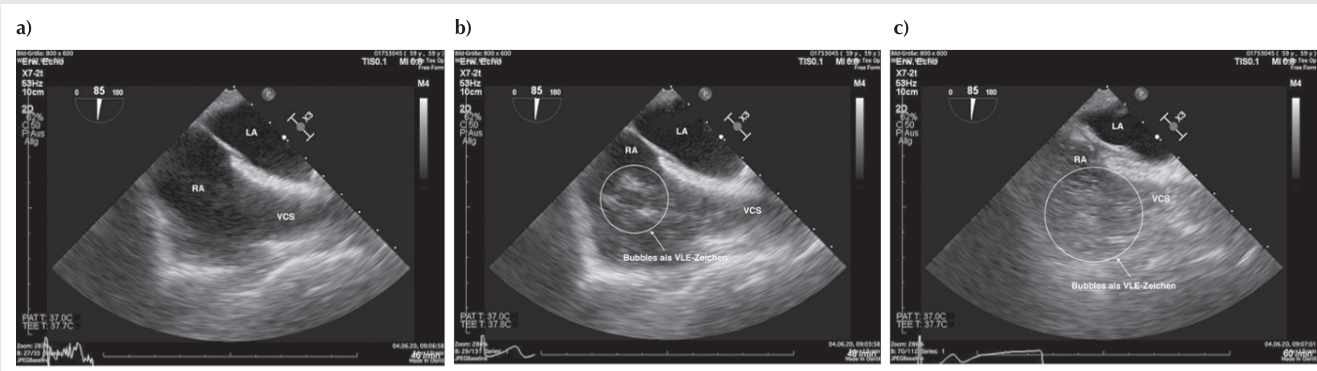


Links-Rechts-Shunt im Farbdoppler.

Mithilfe des Farbdopplers lässt sich ein Links-Rechts-Shunt nachweisen.

L-R-Shunt: Links-Rechts-Shunt; **LA:** Linker Vorhof; **RA:** Rechter Vorhof.

Abbildung 6



Microbubbles als Nachweis einer VLE.

Mittläufiger bicavalärer Blick ohne (a), mit wenig (b) und mit viel (c) Bubbles als Zeichen einer VLE.

LA: Linker Vorhof; **RA:** Rechter Vorhof; **VCS:** Vena cava superior [53].

3. Vorgehen und Maßnahmen bei eingetretener VLE

Auch wenn durch sensitive Untersuchungsverfahren wie die TEE bei sehr vielen Prozeduren eine VLE gesehen werden kann, so verläuft diese doch zumeist klinisch inapparent [2]. Je nach Schweregrad des VLE-Ereignisses sind von anästhesiologischer und chirurgischer Seite verschiedene Maßnahmen zu ergreifen.

Der prinzipielle Ablauf in dieser Situation umfasst:

- Information an den Operateur
- Vermeidung des weiteren Lufteintritts
- Therapie der hämodynamischen Veränderungen
- Evaluation der Ausprägung durch Blutgasanalyse und TEE
- Ggf. Versuch der Aspiration der eingetretenen Luft bzw. des Air Lock
- Gerinnungsstatus überprüfen.

Die kausale Therapie einer VLE ist die Verhinderung weiteren Eindringens von Luft in den rechten Ventrikel und in die pulmonalarterielle Strombahn!

a) Information an den Operateur

Generell ist der Operateur umgehend zu informieren, wenn in der TEE Luftblasen sichtbar werden, dabei ist eine klare und unmissverständliche Kommunikation zwischen beiden Seiten unverzichtbar für das erfolgreiche Management des VLE-Ereignisses. Auch ist eine wiederholte Aussage zum aktuellen Status der Situation mit klinischer Ausprägung notwendig. Idealerweise findet im Sinne einer „Closed-Loop“-Kommunikation eine Rückmeldung des Operators statt, dass er die Information erhalten hat, um Missverständnisse bzw. Fehler bei der Behandlung zu vermeiden. Auch sollte in diesem Rahmen durch den Operateur mitgeteilt werden, ob er die Eintrittsstelle der Luft darstellen kann und welche Maßnahmen (Knochenwachs, Abdeckung des OP-Gebietes) vorgenommen werden.

Das Anästhesie-Team muss wiederholt evaluieren, ob weiteres Personal der Anästhesie hinzugezogen werden sollte (Abb. 7).

b) Vermeidung des weiteren Lufteintritts

Der weitere Eintritt von Luft sollte durch einen definitiven Verschluss der offenen venösen Eintrittspforte verhindert

werden. Primäre Maßnahmen hierfür sind z. B. das Fluten des OP-Gebietes mit Flüssigkeit oder Auflegen feuchter Kompressen sowie eine Versiegelung der Knochenränder durch Wachs.

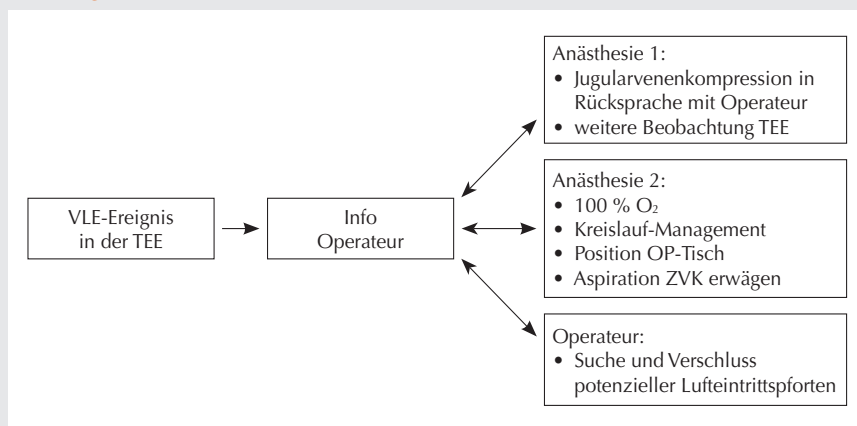
Zur Erleichterung des Auffindens einer offenen Vene und somit einer potenziellen Lufteintrittspforte im Operationsgebiet kann eine temporäre, manuelle beidseitige Kompression der Jugularvenen angewandt werden. Durch eine korrekte beidseitige Kompression der Jugularvenen kann der Druck in den venösen Sinusgefäßen des Gehirns dergestalt ansteigen, sodass ein (weiteres) Eindringen von Luft vermindert bzw. vermieden werden kann [24,35,76,80,81]. Zusätzlich entsteht durch die Abflussbehinderung des venösen Drainageblutes aus anderen zerebralen Venen ein retrograder Blutfluss, welcher einen Blutaustritt durch die offene Vene zur Folge hat und diese somit durch den Operateur identifiziert werden kann [47].

Prinzipiell kann dieses Verfahren somit unter zweierlei Gesichtspunkten eingesetzt werden:

- während der Präparationsphase, um eröffnete aber nicht kollabierte Venen identifizieren und somit potenzielle Lufteintrittsstellen verschließen zu können;
- während einer bestehenden VLE, um neben der Identifikation der Lufteintrittsstelle durch den venösen Rückstau den weiteren Lufteintritt selbst zu reduzieren.

Zu beachten ist bei einer Jugularvenenkompression unbedingt, dass ein zu hoher Druck auf die in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Aa. carotides neben Bradykardien auch eine zerebrale Perfusionsminderung bis hin zu einem -stillstand zur Folge haben kann [47]. Ebenso führt der reduzierte venöse Abfluss durch die Zunahme des zerebralen Blutvolumens zwangsläufig auch zu einem Anstieg des intrakraniellen Drucks [19]. Um diese Risiken zu reduzieren, darf der ausgeübte Druck auf die Halsgefäße nicht höher als 40 mmHg sein. Durch die Anwendung der Sonographie zur Punktion eines jugularvenösen ZVK kann unkompliziert gesehen werden,

Abbildung 7



Strukturiertes Vorgehen bei Eintritt einer intraoperativen VLE.

Bei einem VLE-Ereignis müssen eine Reihe von anästhesiologischen Aufgaben in rascher Folge bewältigt werden. Dieses erfordert regelhaft den Einsatz von mindestens einem kompletten Anästhesieteam, ggf. ist hier eine Personalnachforderung zu bedenken. Eine eindeutige Aufgabenteilung basierend auf klinikinternen Standardarbeitsanweisungen (SOPs) ist für den Erfolg der Maßnahmen unabdingbar. Basis eines erfolgreichen Managements einer VLE ist die engmaschige Kommunikation mit Rückkopplung zwischen Chirurgie und Anästhesie.

mit wie wenig Kraftaufwand bereits eine Kompression der Vena jugularis interna (VJI) und auch der Arteria carotis communis erreicht wird.

Eine genauere Angabe eines kritischen Zeitfensters für die Dauer der Kompression findet sich in der Literatur bisher nicht. Während z. B. Losasso et al. empirisch ein „15-s-Limit“ bei Menschen empfehlen, berichten Toung et al. im Tierexperiment von einem sicheren Intervall von 20 Minuten [47,81].

Der Druck sollte zwischen Schildknorpel und Unterkieferknochen und somit kranial der letzten Klappe in der VJI ausgeübt werden. Im klinischen Alltag geschieht dies zumeist bimanuell, eine Verwendung pneumatischer Halskrausen oder -manschetten hat sich abseits von Studien bisher nicht durchgesetzt. Insgesamt ist die beidseitige Jugularvenenkompression ein sehr wirksames Verfahren, um den Druck in den venösen Sinus zu steigern und somit eine Lufteintrittsstelle in eine Stelle zu verwandeln, aus der es blutet. Aufgrund der Nebenwirkung der ICP-Steigerung sollte es nur passager und kurzzeitig angewandt werden, wobei es einer engen Absprache zwischen Operateur und Anästhesisten bedarf.

Sollte der Lufteintritt trotz dieser Maßnahmen persistieren und die Eintrittsstelle der Luft nicht gesehen werden können, muss ggf. durch Änderung der Tischposition das OP-Gebiet unter das Herzniveau des Patienten gelagert werden. Hierdurch kann zusätzlich durch den retrograden venösen Fluss die offene Vene durch den nun folgenden Blutaustritt erkannt werden (Abb. 7).

c) Therapie der hämodynamischen Veränderungen

Eine massive VLE kann über mehrere Mechanismen zum Rechtsherzversagen führen. Dieses bedarf einer umgehenden supportiven Therapie, um die myokardiale Perfusion verbessern und die rechtsventrikuläre Funktion unterstützen zu können.

Zur Behandlung der entstandenen pulmonalarteriellen Druckerhöhung wird die Sicherstellung einer adäquaten Oxygenierung (Erhöhung der FiO_2 auf

1,0) und Normokapnie angestrebt, da sowohl eine Hypoxie als auch eine Hyperkapnie den pulmonalvaskulären Widerstand erheblich erhöhen. Eine inhalative Therapie mit Iloprost oder Stickstoffmonoxid (NO) kann ebenfalls den pulmonalvaskulären Widerstand reduzieren. Durch diese Maßnahmen sollen die rechtsventrikuläre Nachlast und Wandspannung gemindert und konsekutiv der myokardiale Sauerstoffverbrauch reduziert werden.

Zur Steigerung der Koronarperfusion und des myokardialen Sauerstoffangebots ist eine Anhebung des systemischen Blutdrucks mittels Gabe von Noradrenalin geeignet. Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass durch die Gabe von Noradrenalin neben der Anhebung des Blutdrucks auch eine Verbesserung der Koronarperfusion und damit der (insbesondere rechts-)ventrikulären Funktion erreicht werden konnte [4].

Eine positiv inotrope Pharmakotherapie, um ein höheres rechtsventrikuläres Schlagvolumen zu erzielen, ist meist nicht besonders erfolgversprechend, da das rechtsventrikuläre Myokard dünn und weniger über β -Sympathomimetika zu stimulieren ist. Weiterhin ist hierbei zu beachten, dass Adrenalin in höheren Konzentrationen eine pulmonal vasostringierende Wirkung besitzt und somit den Widerstand für das rechte Herz weiter erhöhen kann [66]. Eine weitergehende differenzierte Therapie mit Dobutamin, Vasopressin und anderen Medikamenten wie z. B. Calcium-Sensitizern oder Phosphodiesterase-Hemmern sollte nach den Empfehlungen der europäischen Gesellschaft für Kardiologie erfolgen [50].

Neu auftretende Herzrhythmusstörungen wie Tachykardie und Extrasystolie sind oftmals Ausdruck einer inadäquaten myokardialen Perfusion durch Hypotension oder luftembolischen Verschluss einer Herzkranzarterie und müssen ggf. additiv behandelt werden.

Kommt es bei massiver VLE zum Kreislaustillstand, so wird nach den aktuell gültigen Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) eine kardiopulmonale Reanimation durchgeführt (www.erc.edu).

d) Evaluation der Ausprägung durch BGA und TEE

Durch wiederholte arterielle Blutgasanalysen werden anhand der Differenz des endtidalen und arteriellen CO_2 -Wertes ($P_{\text{art-etCO}_2}$) die Ausprägung und der Verlauf der VLE bestimmt.

Mittels der TEE-Untersuchung kann durch die Beurteilung von Herzkonfiguration, Kontraktilität und Verschiebung des Vorhof- bzw. Ventrikelseptums das Ausmaß des Rechtsherzversagens beurteilt werden. Hierzu kann ohne großen Aufwand z. B. von der bicavalen Darstellung in den mittösophagealen 4-Kammer-Blick gewechselt werden.

e) Versuch der Aspiration der eingetretenen Luft bzw. des Air Lock

Bei manifester Kreislaufdepression kann ein Versuch der „Luftaspiration“ über den liegenden ZVK durchgeführt werden. Auch wenn es aus ethischen Gründen für dieses Verfahren keine prospektiv randomisierten Untersuchungen am Menschen geben kann, so sind in verschiedenen Tierexperimenten positive Resultate im Sinne einer primär erhöhten Überlebensrate nach Induktion einer manifesten VLE und folgender Aspiration zu finden. In diesen Untersuchungen mit jedoch zumeist kleinen Fallzahlen wurden Katheter mit sehr unterschiedlichen Längen, Durchmesser und Anordnungen der Öffnungen im Bereich der Strecke von Vena cava superior (VCS) bis Aa. pulmonales genutzt [5,7,11,12,55]. Ebenso lassen pathophysiologische Überlegungen den Schluss zu, den Versuch einer Luftaspiration mindestens als Ultima Ratio bei schwerer VLE zu unternehmen. Hierbei werden in der Regel nicht die neu eingedrungenen Luftblasen per se direkt aspiriert, da diese für gewöhnlich am Katheter vorbeifließen [23]. Stattdessen besteht das therapeutische Prinzip der Aspiration darin, das Volumen des bestehenden „Air Locks“ (Blut-Schaum-Gemischs) im Bereich der VCS-Einmündung in den rechten Vorhof zu reduzieren.

Wie viel ml (oder %) der eingedrungenen Luft mittels eines optimal platzierten ZVK tatsächlich aspiriert werden

können, ist unbekannt. Auch gibt es keine wissenschaftliche Evidenz, welche Positionierungsart der ZVK-Spitze beim Menschen mit einem besseren Behandlungsergebnis vergesellschaftet ist. Wichtig zum Verständnis dieser therapeutischen Maßnahme ist, dass sich typischerweise nicht etwa große Luftblasen, sondern vielmehr Anteile eines schaumigen Blutsekretes (Air Lock) aspirieren lassen. Daher kann die Luftaspiration keinesfalls als Ersatz für einen Verschluss der Lufteintrittspforte durch den Chirurgen angesehen werden, sondern hat vielmehr das Ziel, durch die Aspiration eines Teils des Air Locks die venöse Füllung des rechten Herzens zu verbessern.

Der Katheter, über den im Falle einer VLE schaumiges Sekret aspiriert wird, sollte ein Lumen von mindestens 14 Gauge (2,2 mm) besitzen. Katheter mit einem größeren Lumen (z. B. 12 Gauge = 2,8 mm) ermöglichen die Aspiration von größeren Volumina pro Zeiteinheit, sind aber auch mit einem höheren Verletzungsrisiko vergesellschaftet. Daher werden diese Katheter nicht bis in den rechten Vorhof vorgeschoben, sondern verbleiben mit der Spitze in der Endstrecke der VCS.

f) Gerinnungsstatus überprüfen

Es konnte sowohl in vitro als auch im Tierexperiment gezeigt werden, dass eine VLE die Freisetzung von Mediatoren wie Endothelin, Serotonin und Thromboxan induziert, welche wiederum zu einer Aktivierung des Komplementsystems führen und damit Einfluss auf die Gerinnung ausüben [15,65]. Insbesondere der Komplementfaktor C3 scheint darüber hinaus sowohl in vitro als auch in vivo eine koordinierte Aktivierung von Inflammation und hämostatischer Reaktion (sog. Thromboinflammation) zu induzieren [21,36,73,74]. So beschreiben einige klinische Fallberichte eine prolongierte und schwere Inflammationsreaktion nach einer stattgehabten VLE [40,72]. Ob in diesen Situationen die Gabe von C3-Inhibitoren sinnvoll wäre, ist Gegenstand aktueller Forschung [74]. Darüber hinaus wurde in vivo eine Adhäsion von Luftblasen an Thrombozyten nachgewiesen, welche von einem

50%-igen Abfall der Thrombozytenzahl begleitet wurde. Diese Thrombozytopenie könnte durch eine Ummantelung der Thrombozyten mittels der Luftblasen oder durch eine Aggregation und venösem Pooling im Lungengefäßsystem begründet sein [6,15,65,67].

Daraus resultiert, dass eine intraoperative VLE zu einer klinisch manifesten Störung der Gerinnungssituationen führen kann. Insbesondere bei Eingriffen in der hinteren Schädelgrube, wo bereits eine volumenmäßig nur geringe Nachblutung starken Druck auf das Gehirn ausübt, können dadurch deletäre Folgen für den Patienten entstehen. Deshalb sollte spätestens bei einer schwerwiegenden VLE (Grad ≥ 4 nach Tübingen VAE Grading Scale) oder rezidivierenden Ereignissen (\geq Grad 3 nach Tübingen VAE Grading Scale) die Gerinnungssituationen z. B. mittels Thrombelastographie und Bestimmung der Thrombozytenzahl sowie -funktion wiederholt kontrolliert werden, da durchaus eine kalkulierte Substitution von Gerinnungsfaktoren oder Thrombozytenkonzentraten erforderlich werden kann [67].

4. Anwendung der (halb-) sitzenden Position in der pädiatrischen Neurochirurgie

In den venösen Sinus von Kindergehirnen treten bei (halb-)sitzender Lagerung subatmosphärische Drücke offenbar seltener auf als bei Erwachsenen. Anscheinend spielt hierbei die kleinere Körpergröße eine Rolle, die bereits theoretisch zu einer kleineren hydrostatischen Druckdifferenz zwischen Gehirn und Vorhof führen sollte. Jedenfalls fanden Iwabuchi et al. bei keinem der untersuchten Kinder unter 6 Jahren negative Drücke im Confluens sinuum, im Weiteren berichten Grady et al. von subatmosphärischen Drücken nur bei einem Drittel der Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren [24,34].

Die sitzende Position wird in der pädiatrischen Neurochirurgie zwar insgesamt seltener angewendet als bei erwachsenen Patienten, gehört jedoch in einigen spezialisierten Zentren zum klinischen Standardrepertoire [31,32,78]. Prinzipiell

sind die gleichen Vor- und Nachteile im Verhältnis zu anderen Lagerungsformen vorhanden, besonderes Augenmerk bei der Lagerung und Fixierung ist auf die relative Instabilität der kindlichen Schädelknochen und Wirbelsäule zu richten. Durch den Einsatz von größen- und gewichtsadaptierten Kathetern und TEE-Sonden ist das neuroanästhesiologische Prozedere weitestgehend identisch mit demjenigen bei erwachsenen Patienten.

Schlusswort

Diese Leitlinie fasst nach sorgfältiger Recherche und Diskussion den aktuellen Wissensstand zum **perioperativen anästhesiologischen Management bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position** zusammen. Hierbei ist zu beachten, dass insgesamt nur sehr wenige wissenschaftliche Studien zum Thema vorliegen. Deshalb wurden teilweise auch Studien an allgemeinchirurgischen Patienten und tierexperimentelle Arbeiten als Evidenz zurate gezogen, wenn keine spezifischen Studien bei Patienten in (halb-)sitzender Position vorlagen. Nicht zuletzt deshalb lohnt es sich, die weitere wissenschaftliche Entwicklung zu verfolgen.

Danksagung

Für die kritische Durchsicht unserer Arbeit und inhaltliche Anregungen möchten wir uns bedanken bei

- den neurochirurgischen Partnern: Prof. Dr. Veit Rohde, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (Göttingen), Prof. Dr. Marcos Tatagiba (Tübingen), Priv.-Doz. Dr. Christoph Bock (Göttingen), Prof. Dr. Martin Schuhmann (Tübingen) und Dr. Georgios Naros (Tübingen)
- den Mitgliedern aus dem WAKNA: Priv.-Doz. Dr. Johannes Ehler (Jena), Dr. Sebastian Heiderich (Hannover), Dr. Kerstin Hoppe (Würzburg), Dr. Dirk Repkewitz (Linz), Prof. Dr. Lutz Schaffranietz (Delitzsch), Prof. Dr. Nils Schallner (Freiburg)
- Frau Ina Pappe sowie Frau Claudia Holt (beide Tübingen) für die Illustrationen

Literatur

1. Abbott TEF, Pearse RM, Archbold RA, Ahmad T, Niebrzegowska E, Wragg A, et al: A Prospective International Multi-centre Cohort Study of Intraoperative Heart Rate and Systolic Blood Pressure and Myocardial Injury After Noncardiac Surgery: Results of the VISION Study. *Anesth Analg* 2018;126(6):1936–1945
2. Al-Arif S, Elkayekh H, Omer M, Heissler HE, Scheinichen D, Palmaers T, et al: Analysis of risk factors for venous air embolism in the semisitting position and its impact on outcome in a consecutive series of 740 patients. *J Neurosurg* 2022;137:258–265
3. Anastasian ZH, Ramnath B, Komotar RJ, Bruce JN, Sisti MB, Gallo EJ, et al: Evoked Potential Monitoring Identifies Possible Neurological Injury During Positioning for Craniotomy. *Anesth Analg* 2009;109(3):817–821
4. Angle MR, Molloy DW, Penner B, et al: The cardiopulmonary and renal hemodynamic effects of norepinephrine in canine pulmonary embolism. *Chest* 1989;95(6):1333–1337
5. Artru AA: Venous air embolism in prone dogs positioned with the abdomen hanging freely: Percentage of gas retrieved and success rate of resuscitation. *Anesth Analg* 1992;75:715–719
6. Barak M, Katz Y: Microbubbles: pathophysiology and clinical implications. *Chest* 2005;128:2918–2932
7. Bowdle TA, Artru AA: Treatment of air embolism with a special pulmonary artery catheter introducer sheath in sitting dogs. *Anesthesiology* 1988;68(1):107–110
8. Buhre W, Weyland A, Buhre K, Kazmaier S, Mursch K, Schmidt M, et al: Effects of the sitting position on the distribution of blood volume in patients undergoing neurosurgical procedures. *Br J Anaesth* 2000;84(3):354–357
9. Campos NS, Bluth T, Hemmes SNT, Libroero J, Pozo N, Ferrando C, et al.; investigators for the PROVHILO study: Intraoperative positive end-expiratory pressure and postoperative pulmonary complications: a patient-meta-analysis of three randomised clinical trials. *Br J Anaesth* 2022;128(6):1040–1051
10. Castle-Kirsbaum M, Parkin WG, Goldschlager T, Lewis PM: Cardiac Output and Cerebral Blood Flow: A Systematic Review of Cardio-Cerebral Coupling. *J Neurosurg Anesthesiol* 2022;34(4):352–363
11. Colley PS, Artru AA: Bunegin-Albin catheter improves air retrieval and resuscitation from lethal venous air embolism in dogs. *Anesth Analg* 1987;66(10):991–994
12. Colley PS, Artru AA: Bunegin-Albin catheter improves air retrieval and resuscitation from lethal venous air embolism in upright dogs. *Anesth Analg* 1989;68(3):298–301
13. Daniëls C, Weytjens C, Cosyns B, Schoors D, De Sutter J, Paelinck B, et al: Second harmonic transthoracic echocardiography: the new reference screening method for the detection of patent foramen ovale. *Eur J Echocardiogr* 2004;5(6):449–452
14. Deinsberger W, Christophis P, Jödicke A, et al: Somatosensory evoked potential monitoring during positioning of the patient for posterior fossa surgery in the semisitting position. *Neurosurgery* 1998;43(1):36–40
15. Eckmann DM, Armstead SC, Mardini F: Surfactants reduce platelet-bubble and platelet-platelet binding induced by in vitro air embolism. *Anesthesiology* 2005;103(6):1204–1210
16. Feigl GC, Decker K, Wurms M, Krischek B, Ritz R, Unerl K, et al: Neurosurgical procedures in the semisitting position: evaluation of the risk of paradoxical venous air embolism in patients with a patent foramen ovale. *World Neurosurg* 2014;81(1):159–164
17. Fraser KS, Heckman GA, McKelvie RS, Harkness K, Middleton LE, Hughson RL: Cerebral hypoperfusion is exaggerated with an upright posture in heart failure: impact of depressed cardiac output. *JACC Heart Fail* 2015;3(2):168–175
18. Fritz G: Perioperative Management bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position. *Anästh Intensivmedizin* 2008;49:47–51
19. Frydrychowski AF, Winkowski PJ, Guminski W: Influence of acute jugular vein compression on the cerebral blood flow velocity, pial artery pulsation and width of subarachnoid space in humans. *PLoS One* 2012;7(10):e48245
20. Giebler R, Kollenberg B, Pohlen G, Peters J: Effect of positive end-expiratory pressure on the incidence of venous air embolism and on the cardiovascular response to the sitting position during neurosurgery. *Br J Anaesth* 1998;80(1):30–35
21. Gong J, Larsson R, Ekdahl KN, et al: Tubing loops as a model for cardiopulmonary bypass circuits: both the biomaterial and the blood-gas phase interfaces induce complement activation in an in vitro model. *J Clin Immunol* 1996;16(4):222–229
22. Goraksha S, Thakore B, Monteiro J: Sitting Position in Neurosurgery. *J Neuroanaesthesiol Crit Care* 2020;7:77–83
23. Gould DS, Gould B: Venous air embolism retrieval catheters cannot capture bubbles; an air lock is required. *Acta Anesthesiol Scand* 1996;40(2):272–274
24. Grady MS, Bedford RF, Park TS: Changes in superior sagittal sinus pressure in children with head elevation, jugular venous compression, and PEEP. *J Neurosurg* 1986;65(2):199–202
25. Gregory A, Stapelfeldt WH, Khanna AK, Smischney NJ, Boero IJ, Chen Q, et al: Intraoperative Hypotension Is Associated With Adverse Clinical Outcomes After Noncardiac Surgery. *Anesth Analg* 2021;132(6):1654–1665
26. Gronert GA, Messick JM, Cucciara RF, Michenfelder JD: Paradoxical air embolism from a patent foramen ovale. *Anesthesiology* 1979;50(6):548–549
27. Guarracino F, Bertini P: Perioperative hypotension: causes and remedies. *J Anesth Analg Crit Care* 2022;2(1):17
28. Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD: Incidence and size of patterns foramen ovale during the first 10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc* 1984;59(1):17–20
29. Hahn RT, Abraham T, Adams MS, Bruce CJ, Glas KE, Lang RM, et al: Guidelines for performing a comprehensive transesophageal echocardiographic examination: recommendations from the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. *J Am Soc Echocardiogr* 2013;26(9):921–964
30. Hanna PG, Gravenstein N, Pashayan AG: In vitro comparison of central venous catheters for aspiration of venous air embolism: effect of catheter type, catheter tip position, and cardiac inclination. *J Clin Anesth* 1991;3(4):290–294
31. Harrison EA, Mackersie A, McEwan A, Facer E: The sitting position for neurosurgery in children: a review of 16 years' experience. *Br J Anaesth* 2002;88(1):12–17
32. Hermann EJ, Majernik GH, Scheinichen D, Al-Arif S, Heissler HE, Palmaers T, et al: Resection of posterior fossa tumors in the semi-sitting position in children younger than 4 years of age. *Childs Nerv Syst* 2023; 39(1):159–167
33. Hilberath JN, Oakes DA, Shernan SK, Bulwer BE, D'Ambra MN, Eltzschig HK: Safety of transesophageal

Guidelines and Recommendations

Special Articles

- echocardiography. *Am Soc Echocardiogr* 2010;23(11):1115–1127
34. Iwabuchi T, Sobata E, Suzuki M, Suzuki S, Yamashita M: Dural sinus pressure as related to neurosurgical positions. *Neurosurgery* 1983;12(2):203–207
 35. Iwabuchi T, Sobata E, Ebina K, Tsubakisaka H, Takiguchi M: Dural sinus pressure: various aspects in human brain surgery in children and adults. *Am J Physiol* 1986;250(3 Pt 2):H389–H396
 36. Jackson SP, Darbousset R, Schoenwaelder SM: Thromboinflammation: challenges of therapeutically targeting coagulation and other host defense mechanisms. *Blood* 2019;133(9):906–918
 37. Jadik S, Wissing H, Friedrich K, Beck J, Seifert V, Raabe A: A standardized protocol for the prevention of clinically relevant venous air embolism during neurosurgical interventions in the semi-sitting position. *Neurosurgery* 2009;64(3):533–538; discussion 538–539
 38. Jaffe RA, Pinto FJ, Schnittger I: Aspects of mechanical ventilation affecting interatrial shunt flow during general anesthesia. *Anesth Analg* 1992;75(4):484–488
 39. Jo YY, Jung WS, Kim HS, et al: Prediction of hypotension in the beach chair position during shoulder arthroscopy using preoperative hemodynamic variables. *J Clin Monit Comput* 2014;28(2):173–178
 40. Kapoor T, Gutierrez G: Air embolism as a cause of the systemic inflammatory response syndrome: a case report. *Crit Care* 2003;7(5):R98–R100
 41. Kim SH, Lilot M, Sidhu KS, Rinehart J, Yu Z, Canales C, et al: Accuracy and precision of continuous noninvasive arterial pressure monitoring compared with invasive arterial pressure: a systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology* 2014;120(5):1080–1097
 42. Konrad FM, Mayer AS, Serna-Higuera LM, Hurth H, Tatagiba M, Reutershan J, et al: Occurrence and Severity of Venous Air Embolism During Neurosurgical Procedures: Semisitting Versus Supine Position. *World Neurosurg* 2022;163:e335–e340
 43. Lam AM, Vavilala MS: Macroglossia: compartment syndrome of the tongue?. *Anesthesiology* 2000;92(6):1382–1385
 44. Lehman LH, Saeed M, Talmor D, Mark R, Malhotra A: Methods of blood pressure measurement in the ICU. *Crit Care Med* 2013;41(1):34–40
 45. Lindroos AC, Niiya T, Silvasti-Lundell M, Randell T, Hernesniemi J, Niemi TT: Stroke volume-directed administration of hydroxyethyl starch or Ringer's acetate in sitting position during craniotomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013;57(6):729–736
 46. Lodrini S, Montolivo M, Pluchino F, Borroni V: Positive end-expiratory pressure in supine and sitting positions: its effects on intrathoracic and intracranial pressures. *Neurosurgery* 1989;24(6):873–877
 47. Losasso TJ, Muzzi DA, Cucchiara RF: Jugular venous compression helps to identify the source of venous air embolism during craniectomy in patients in the sitting position. *Anesthesiology* 1992;76(1):156–157
 48. Machetanz K, Leuze F, Mounts K, Trakolis L, Gugel I, Grimm F, et al: Occurrence and management of post-operative pneumocephalus using the semi-sitting position in vestibular schwannoma surgery. *Acta Neurochir* 2020;162(11):2629–2636
 49. Mammoto T, Hayashi Y, Ohnishi Y, Kuro M: Incidence of venous and paradoxical air embolism in neurosurgical patients in the sitting position: detection by transesophageal echocardiography. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998;42(6):643–647
 50. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, et al: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42(36):3599–3726
 51. McAllister RG: Macroglossia – a positional complication. *Anesthesiology* 1974;40(2):199–200
 52. Michels P, Bräuer A, Bauer M, Söhle M: Neurophysiologisches Monitoring bei operativen Eingriffen. *Anaesthesist* 2017;66:645–659
 53. Michels P, Meyer EC, Brandes IF, Bräuer A: Intraoperative vaskuläre Luftembolie. *Anaesthesist* 2021;70:361–375
 54. Mirski MA, Lele AV, Fitzsimmons L, Toung TJ: Diagnosis and treatment of vascular air embolism. *Anesthesiology* 2017;106(1):164–177
 55. Mongan PD, Hinman JA: Evaluation of a double-lumen multiorifice catheter for resuscitation of swine from lethal venous air embolism. *Anesthesiology* 1995;83(5):1104–1111
 56. Müller-Vahl H: Lagerungsbedingte Nervenschäden – Entstehung, klinisches Bild, Differenzialdiagnose und gutachterliche Bewertung. *Anästh Intensivmed* 2010;51:664–667
 57. Muth CM, Shank ES: Gas embolism. *N Engl J Med* 2000;342(7):476–482
 58. Na S, Kim CS, Kim JY, Cho SJ, Kim KJ: Rigid laryngoscope-assisted insertion of transesophageal echocardiography probe reduces oropharyngeal mucosal injury in anesthetized patients. *Anesthesiology* 2009;110(1):38–40
 59. Papadopoulos G, Kuhly P, Brock M, et al: Venous and paradoxical air embolism in the sitting position. A prospective study with transoesophageal echocardiography. *Acta Neurochir (Wien)* 1994;126(2–4):140–143
 60. Pearson AC, Labovitz AJ, Tatineni S, Gomez CR: Superiority of transesophageal echocardiography in detecting cardiac source of embolism in patients with cerebral ischemia of uncertain etiology. *J Am Coll Cardiol* 1991;17(1):66–72
 61. Perkins NA, Bedford RF: Hemodynamic consequences of peep in seated neurological patients – implications for paradoxical air embolism. *Anesth Analg* 1984;63(4):429–432
 62. Pin-on P, Schroeder D, Munis J: The hemodynamic management of 5177 neurosurgical and orthopedic patients who underwent surgery in the sitting or “beach chair” position without incidence of adverse neurologic events. *Anesth Analg* 2013;116(6):1317–1324
 63. Porter JM, Pidgeon C, Cunningham AJ: The sitting position in neurosurgery: a critical appraisal. *Br J Anaesth* 1999;82(1):117–127
 64. Pristipino C, Sievert H, D’Ascenzo F, Mas JL, Meier B, Scacciatella P, et al: European position paper on the management of patients with patent foramen ovale. General approach and left circulation thromboembolism. *Eur Heart J* 2019;40(38):3182–3195
 65. Schäfer ST, Neumann A, Lindemann J, et al: Venous air embolism induces both platelet dysfunction and thrombocytopenia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(6):736–741
 66. Schäfer B, Greim CA: Akute perioperative Rechtsherzinsuffizienz. *Anaesthesist* 2018;67:61–78
 67. Schafer ST, Sandalcioglu IE, Stegen B, et al: Venous air embolism during semi-sitting craniotomy evokes thrombocytopenia. *Anaesthesia* 2011;66(1):25–30
 68. Schaffranietz L: Die sitzende Position in der Neurochirurgie: Umfrageergebnisse der letzten 20 Jahre. Vortrag auf Deutscher Anästhesie Congress 2016, Leipzig
 69. Schmitt HJ, Hemmerling TM: Venous air emboli occur during release of positive end-expiratory pressure and repositioning after sitting position surgery. *Anesth Analg* 2002;94(2):400–403

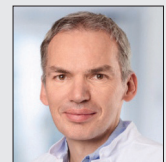
Special Articles

Guidelines and Recommendations

70. Schramm P, Tzanova I, Hagen F, Berres M, Closhen D, Pestel G, et al: Cerebral oxygen saturation and cardiac output during anaesthesia in sitting position for neurosurgical procedures: a prospective observational study. *B J Anaesth* 2016;117(4):482–488
71. Söhle M, Ellermann RK: Ungewöhnlicher Verblutungstod im Krankenhaus durch eine offene Steckverbindung im Infusionssystem. *Anästh Intensivmed* 2019; 60:544–545
72. Storm BS, Andreasen S, Hovland A, Nielsen EW: Gas embolism During Hysteroscopy Surgery? Three Cases and a Literature Review. *A A Case Rep* 2017;9(5):140–143
73. Storm BS, Christiansen D, Fure H, Ludviksen JK, Lau C, Lambris JD, et al: Air Bubbles Activate Complement and Trigger Hemostasis and C3-Dependent Cytokine Release Ex Vivo in Human Whole Blood. *J Immunol* 2021;207(1):2828–2840
74. Storm BS, Ludviksen JK, Christiansen D, Fure H, Pettersen K, Landsem A, et al: Venous Air Embolism Activates Complement C3 Without Corresponding C5 Activation and Trigger Thromboinflammation In Pigs. *Front Immunol* 2022;13:839632
75. Sukernik MR, Bennett-Guerrero E: The incidental finding of a patent foramen ovale during cardiac surgery: should it always be repaired? A core review. *Anesth Analg* 2007;105(3):602–610
76. Takahashi T, Yano K, Kimura T, Komatsu T, Shimada Y: Prevention of venous air embolism by jugular venous compression under superior sagittal sinus pressure monitoring in a brachycephalic patient during craniofacial reconstruction. *Paediatr Anaesth* 1997;7(3):259–260
77. Tanus-Santos JE, Gordo WM, Udelsmann A, Cittadino MH, Moreno H Jr: Nonselective endothelin-receptor antagonism attenuates hemodynamic changes after massive pulmonary air embolism in dogs. *Chest* 2000;118(1):175–117
78. Teping F, Linsler S, Zemlin M, Oertel J: The semisitting position in pediatric neurosurgery: pearls and pitfalls of a 10-year experience. *J Neurosurg Pediatr* 2021;28(6):724–733
79. Thanigaraj S, Valika A, Zajarias A, Lasala JM, Perez JE: Comparison of transthoracic versus transesophageal echocardiography for detection of right-to-left atrial shunting using agitated saline contrast. *Am J Cardiol* 2005;96(7):1007–1110
80. Toung T, Ngeow YK, Long DL, Rogers MC, Traystman RJ: Comparison of the effects of positive end-expiratory pressure and jugular venous compression on canine cerebral venous pressure. *Anesthesiology* 1984;61(2):169–172
81. Toung TJ, Miyabe M, Mcshane AJ, Rogers MC, Traystman RJ: Effect of PEEP and jugular venous compression on canine cerebral blood flow and oxygen consumption in the head elevated position. *Anesthesiology* 1988;68(1):53–58
82. Tsaousi GG, Karakoulas KA, Amaniti EN, Soultati ID, Zouka MD, Vasilakos DG: Correlation of central venous-arterial and mixed venous-arterial carbon dioxide tension gradient with cardiac output during neurosurgical procedures in the sitting position. *Eur J Anaesthesiol* 2010;27(10):882–889
83. Türe H, Harput MV, Bekiroglu N, Keskin Ö, Köner Ö, Türe U: Effect of the degree of head elevation on the incidence and severity of venous air embolism in cranial neurosurgical procedures with patients in the semisitting position. *J Neurosurg* 2018;128(5):1560–1569
84. Wachtendorf LJ, Azimaraghi O, Santer P, Linhardt FC, Blank M, Suleiman A, et al: Association Between Intraoperative Arterial Hypotension and Postoperative Delirium After Noncardiac Surgery: A Retrospective Multicenter Cohort Study. *Anesthes Analg* 2022;134(4):822–833
85. Weinberg L, Ying Li S, Louis M, Karp J, Poci N, Carp BS, et al: Reported definitions of intraoperative hypotension in adults undergoing non-cardiac surgery under general anaesthesia: a review. *BMC Anesthesiol* 2022;22(1):69
86. de Wit F, van Vliet AL, de Wilde RB, Jansen JR, Vuyk J, Aarts LP, et al: The effect of propofol on haemodynamics: cardiac output, venous return, mean systemic filling pressure, and vascular resistances. *Br J Anaesth.* 2016;116(6):784–789
87. Yahanda AT, Chicoine MR: Paralysis Caused by Spinal Cord Injury After Posterior Fossa Surgery: A Systematic Review. *World Neurosurg* 2020;139:151–157
88. Zasslow MA, Pearl RG, Larson CP, Silverberg G, Shuer LF: PEEP does not affect left atrial-right atrial pressure difference in neurosurgical patients. *Anesthesiology* 1988;66(5):760–763
89. Zentner J, Albrecht TA, Hassler WH: Prevention of an air embolism by moderate hypoventilation during surgery in the sitting position. *Neurosurg* 1991;28(5):705–708.

**Korrespondenz-
adresse**

**Dr. med.
Peter Michels,
DEAA MHA**



Klinik für Anästhesiologie
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen, Deutschland

Tel.: 0551 39-67701

Fax: 0551 39-67702

E-Mail:

pmichels@med.uni-goettingen.de

ORCID-ID: 0000-0002-6674-223X