

Narkose bei AHC-Patienten



- Prinzipiell gibt es nur *Einzelfallberichte* und *persönliche Erfahrungen*

(T.W. Parris-Piper: Caesarean section under general anaesthetic in a woman with alternating hemiplegia of childhood, International Journal of Obstetric Anaesthesia (2002) 11, 317-320)

[https://www.obstetanaesthesia.com/article/S0959-289X\(02\)90986-6/fulltext?code=yijoa-site](https://www.obstetanaesthesia.com/article/S0959-289X(02)90986-6/fulltext?code=yijoa-site)

Orientierend an der früher nicht ausgeschlossenen Möglichkeit einer mitochondrialen Zytopathie bzw. Kalziumkanalopathie mit nicht abschätzbarer eventueller Auslösung einer Malignen Hyperthermie wurden **Triggerfreie Anästhesien** ohne Suxamethonium und volatile Agentien soweit uns bekannt vorgezogen und gut vertragen! Uns sind bisher bei dieser Handhabung keine Komplikationen bekannt geworden. Im obengenannten Artikel (Einzelfallbericht) wird von der Auslösung einer Attacke nach Narkose mit Sevoflurane berichtet, was bei der gleichen Patientin nach einer triggerfreien Allgemeinanästhesie *nicht* beobachtet werden konnte. Allerdings kann nicht beurteilt werden, ob die Verwendung des volatilen Anästhetikums oder der perioperative Stress (ggf. auch ungenügende Schmerztherapie?) oder der Zufall für den unterschiedlichen Verlauf postoperativ verantwortlich gemacht werden kann.

- Aus eigenen Erfahrungen kann berichtet werden, dass TIVAs mit Propofol und Remifentanyl problemlos vertragen wurden. Auch Einleitungen mit entsprechenden Dosen an Rocuronium waren komplikationslos. TOF vor Ausleitung sollte obligat sein. PONV-Prophylaxe mit Ondansetron wird gut vertragen, ebenso Dexamethason.
- Postoperative Schmerztherapie sofern nötig mit PCA-Pumpen (Piritramid oder Morphin) oder PDA wurde vertragen. Ebenfalls die üblichen NSAR, sofern keine spezifischen Allergien bei den Patienten bekannt sind. Wundinfiltrationen durch die chirurgischen Kollegen mit Lokalanästhetika sind zu empfehlen.
- Generell bleibt zu betonen, dass der *perioperative Stress* Attacken der Grunderkrankung triggern kann, ebenso wie beispielsweise Blutdruckabfälle nach Blutungen/Volumendefiziten oder lagerungsbedingt oder durch PDA...
- Da aktuell die Pathophysiologie des genetischen Defektes der ATP1A3-ATPase und die Konsequenzen davon noch nicht vollends verstanden werden, sollten o.g. bisher vertragene und bewährte Verfahren weiter angewandt werden.