

Empfehlungen zur Behandlung des akuten Schlaganfalls

Akuter Schlaganfall: 112 → Notfalltransport in Krankenhaus mit Neurologischer Stroke Unit

Klinisch V.a. akuter Schlaganfall, relevantes neurologisches Defizit

0-4,5h

Ausschluss Blutung! LVO?
(immer CTA/MRA wenn relevantes Defizit)

Keine ICB

4,5-9h

Ausschluss Blutung!
Infarktgröße? Risikogewebe? LVO?
(CTA/CTP oder MRT)

Keine ICB,
Infarktgröße <1/3 MCA bzw. <50-70 ml,
Risikogewebe

Unbekanntes Zeitfenster,
„wake-up stroke“

Ausschluss Blutung! Infarktgröße? DWI-FLAIR-Mismatch? Risikogewebe? LVO?
(CTA/CTP oder MRT, MRT bevorzugt bei leichtem bis moderatem Defizit)

Keine ICB,
Infarktgröße <1/3 MCA bzw. <50-70 ml,
DWI-FLAIR-Mismatch oder Risikogewebe

iv-Thrombolyse (Alteplase)

(Evidenz / Empfehlungsstärke: Ia, A für 0-4,5h; Ib, A für 4,5-9h; Ib, A für unbekanntes Zeitfenster)*

0-6h:
LVO, ASPECTS 6-10

>6h oder unbekanntes Zeitfenster:
LVO, ASPECTS 6-10, Risikogewebe oder „klinisches Mismatch“

Mechanische Thrombektomie

(Evidenz / Empfehlungsstärke: Ia, A für 0-6h wie für 6-24h und unbekanntes Zeitfenster)*

Bei Kontraindikationen gegen iv-tPA primär Thrombektomie. Bei ASPECTS <6 Studieneinschluss, ansonsten Einzelfallentscheidung.
Bei Basilaris-Verschluss immer Thrombektomie anstreben, kein striktes Zeitfenster, Ausschluss: Koma >6h.