

Gedächtnisprotokoll EDAIC Part II 17.06.2017 Göttingen

Vorab mal eine kleine Relativierung von dem Eindruck den man gewinnt, wenn man sich viele Protokolle durchliest. Ja, es sind vier wirklich intensive Prüfungen auf einem sehr hohen Niveau. Aber! Der Eindruck der zum Teil entsteht, dass wenn man sinngemäß nicht mindestens die Strukturformel von Remifentanil aufzeichnen kann braucht man nicht anzutreten ist völlig überzogen. Es ist alles machbar. Die meisten Themen sind aus den Vorprotokollen bekannt. Und vor allem – man darf auch „Das weiß ich nicht!“ sagen. Auch mit dieser Aussage ist noch ein „exceptionally good“ möglich... Zudem sind die Prüfer wirklich sehr nett, hilfsbereit und es herrscht insgesamt eine sehr angenehme Atmosphäre. Also – gut vorbereiten, Altprotokolle gut durcharbeiten und hingehen!

Buchempfehlungen gibt es ja bereits zu Hauf. Ich denke Cross/Plunkett und kapitelweise der kleine Silbernagl sind die wichtigsten.

Viva 1

Eingangsfrage:

Gesunder Patient wird in Narkose mit 12l/min AMV ventiliert. Welche Konsequenzen ergeben sich auf Partialdrücke (Alveole, Blut), Kreislauf und Blutwerte?

-> Resp. Alkalose, Veränderungen Alveolargaszusammensetzung, ändert die Hyperventilation was am pO₂? Alveolargasgleichung, Sauerstoffbindungskurve. Wie entsteht die Alkalose?

Wie wirken Niere und Leber in der Regulation des Säure-Base-Haushalt? Welche Transporter in der Niere sind beteiligt und wo sind sie lokalisiert?

Welche genetischen Veränderungen könnten den Anästhesisten interessieren? Offen gestellte Frage, sodass ich CYP-2D6 und Codein gewählt habe. Prüfer wollte auf MH hinaus, sodass wir dann beides durchgekaut haben. MH Schwerpunkte: auf welchem Chromosom liegt der Defekt? Vererbungsweg? Diagnostik?

Pat. mit Z.n. ausgedehnter Leberresektion kommt auf Ihre ITS. Welche Laborparameter bestimmen Sie? Welche Werte interessieren Sie in der BGA. Schwenk durch Leberphysiologie und entspr. Laborparameter...

Kann man etwas injizieren, woraus man aus der Metabolisierung auf die Leberleistung schließen kann? -> Indozyan grün

Bronchoskopie. Generelles Vorgehen, was sehen Sie? Anatomie Lunge? Besonderheiten rechter Oberlappen? DLT, welchen wofür?

PONV. Ganz grob, Risikofaktoren, Apfel-Score, Prophylaxe, Therapie.

Viva 2

Eingangsfrage:

Beschreiben Sie die pharmakokinetischen Vorgänge nach Applikation von Propofol und Morphin.

-> Große Runde Pharmakokinetik. Kompartimentmodelle, Kinetiken 0./1. Ordnung, Bolus, intermittierende Gabe und TIVA

Lungenvolumina, welche gibt es, wie kann man die messen? Was ist Closing capacity, wodurch wird sie beeinflusst?

Wie misst man den Flow am Narkosegerät? -> Rotameter, Hagen-Poiseuille-Gesetz

Was wissen Sie über Lachgas? Wirkung, Nebenwirkung, Second-gas-Effekt, Konzentrationseffekt, Blut-Gas-Verteilungs-Koeffizient. Relativ ausführlich.

Was wissen Sie über inhalatives NO? Wie ist der Wirkmechanismus auf Zellebene? Welcher second messenger?

Was wissen Sie über Erythropoetin? Kann man das therapeutisch geben? Wie schnell wirkt das? Nicht ausgesprochen detailliert.

Viva 3

Eingangsfrage: Sie übernehmen eine Patientin nach endobronchialer Laserresektion eines Rezidiv-Tumors auf Ihre Intensivstation. Intraoperativ ist es zu einer Bradykardie mit Kreislaufstillstand gekommen. Die Patientin wurde erfolgreich reanimiert, hat Adrenalin erhalten und ist nun katecholaminpflichtig. Beschreiben Sie ihr weiteres Vorgehen.

-> Initiales Assessment auf ITS, ABCDE, Rö-Th, Echo, Kühlung ja/nein, Differentialdiagnostik, Postreanimationstherapie. Rö-Th zeigt Mediastinalemphysem und Spannungspneumothorax, was machen Sie? Beschreiben Anlage Thoraxdrainage.

Kreißsaal, ITN-Sectio, Patientin lässt sich nicht konventionell intubieren. Weiteres Vorgehen. -> Ausführliche Besprechung difficult airway management mit allem was es so gibt.

Rö-Thorax: Sturz aus 8m auf Bahngleise (Rippen-Serien-Fx, einliegende Thoraxdrainage, Rest-Pneu, Weichteilemphysem)

DLT. Indikationen, bei welchen zwei Indikationen rechtsläufig? Sonstige Indikationen für rechtsläufig? (Blutung, Infektion auf einer Seite)

Viva 4

Eingangsfrage:

Patient zur Prämedikationsvisite von den Gefäßchirurgen geschickt. Geplante OP: Versorgung eines abdominalen Aortenaneurysmas. Der Patient gibt an keine bekannten Vorerkrankungen zu haben, keine Dauermedikation. Der Blutdruck ist 180/90 mmHg, es besteht eine deutliche linksventrikuläre Hypertrophie. Wie würden Sie sich zur Abwägung sofortige versus verzögerte Versorgung äußern?

Ausführlicher Ritt durch Prämedikation kardialer Risikopatienten. ASA, LEE. Einteilung von Eingriffen in Niedrig-Mittel-Hochrisiko. Welche Fragen im Vorgespräch? Welche Zusatzuntersuchungen? Was fragen sie den Chirurgen (OP-Art, Durchmesser BAA, Lokalisation,...)? Was würde man prä-OP noch machen (Antihypertensive Therapie,

Betablocker, Statine – wie lange braucht das jeweils bis es einen pos. Effekt gibt? Kann man darauf warten?)

Dann ausführlich perioperatives Management, PDK ja/nein, wie einleiten? Welches Monitoring? Welche kritischen OP-Phasen gibt es...

Danach EKG: Trifaszikulärer Block (AV-Block I, RSB und LAHB), klinisch asymptomatisch, geplant für elektiven urologischen Eingriff. Schrittmacherindikation? Procedere, wenn Kardiologe bei bislang asymptom. Pat. zunächst keine SM-Indikation sieht?

Was fällt Ihnen zu Polyzythaemia vera ein? -> grob was ist das, was macht man generell therapeutisch? Gibt es perioperative Besonderheiten (erhöhtes thrombembolisches Risiko, wohl hohes Risiko für akzidentielle Milzverletzungen auch bei Bagatelltraumen). Insgesamt aber eher oberflächlich gehalten.

Regionalanästhesien des Rumpfes – welche kennen Sie? TAP-Block (Wofür steht die Abkürzung, Anatomie, welche Nerven, Durchführung, bds. möglich?). Blockade für Leistenhernien-OP.