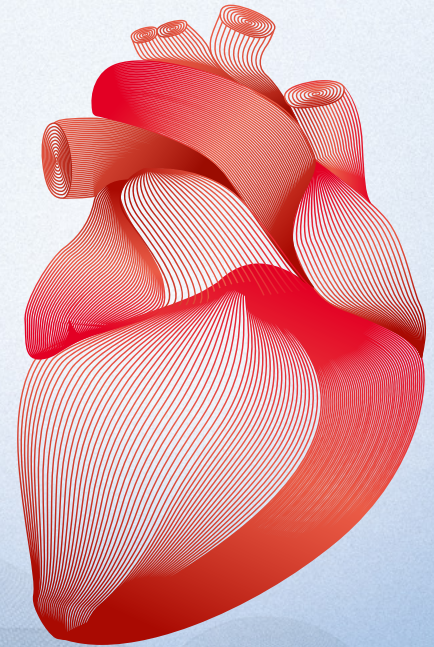


CytoSorb-Therapie

Entscheidungshilfe bei
kardiochirurgischen Patienten



Postoperative Initiierung

Postoperative Aufnahme auf der Intensivstation



CytoSorb Einsatz innerhalb von 24h für beste Ergebnisse

Postoperative hämodynamische Instabilität

Vasopressor
NA > 0,3 µg/kg/min
Kapillarleck
z.B. ELWI > 10 ml/kg

Differenzierte Volumen-/
Katecholamin-Therapie
Erw. hämodyn. Monitoring

Laktat weiter
erhöht/steigend

Organunterstützung
(Beatmung, CRRT)

IL-6 (> 500 pg/ml)
PCT (> 3µg/l)
falls gemessen

CytoSorb?
(Früher Einsatz in Erwartung
fortschreitender Verschlechterung)

Rasche Stabilisierung

Vasopressorbedarf rasch sinkend/
nicht mehr gegeben
Keine weitere überproportionale
Flüssigkeitstherapie erforderlich
Laktatwerte normalisieren sich

Erholung

Refraktärer septischer / vasoplegischer Schock

Keine hämodynamische Stabilisierung
zu erreichen bzw. sogar weitere klinische
Verschlechterung
Extrakorporaler Kreislauf indiziert/
verfügbar (CRRT, Hämoperfusion, ECMO)

**Start
CytoSorb**



Postoperative Fortführung

Zeit seit Beginn der CytoSorb-Therapie



Beginn der hämodynamischen Stabilisierung

Noradrenalin Dosis/Laktat ↓↓
Therapieüberwachung

Anhaltende Instabilität

Abnahme der NA Dosis um weniger
als 20% in den letzten 12h
Neuen Adsorber erwägen



Ausreichende Stabilisierung

Abnahme der NA Dosis um mehr
als 90% vom Ausgangswert

**Beendigung der
CytoSorb-Therapie**

Unzureichende Stabilisierung

Abnahme der NA Dosis um weniger
als 90% vom Ausgangswert und
Laktat > 2,0 mmol/l
Neuen Adsorber erwägen



**Erneute
Evaluierung
alle 12-24h**

Unveränderte (hämodynamische) Instabilität trotz zwei Adsorbieren in 24h

**Beendigung der
CytoSorb-Therapie
erwägen**

Adäquate Fokuskontrolle?

Risiko: MODS / Mortalität

Therapeutisches Ziel: Schockumkehr

Die Grafik basiert auf klinischen Daten und Erfahrungen, die mit CytoSorb 300 erhoben wurden, und ist daher nicht auf andere Blutreinigungstechnologien übertragbar.

➤ Intraoperative Initiierung

Ziel: Verringerung der Entzündungsreaktion

Die intraoperative Anwendung der CytoSorb-Therapie sollte in Erwägung gezogen werden, wenn einer oder mehr der folgenden Aspekte gegeben ist:

- | | |
|--|---|
| ➤ Komplexe Interventionen mit erwartet langer CPB-Zeit (>120 min)
- Kombinationseingriff
- Wiederholungseingriff | ? |
| ➤ Akute, infektiöse Endokarditis mit operativem Klappenersatz | ? |
| ➤ OP mit Herztransplantation | ? |
| ➤ Aortenchirurgie mit längerer HCA (hypothermic circulatory arrest) Zeit (> 20 Min) | ? |
| ➤ Hohe Patientenkomorbidität und/oder präexistente, ausgeprägte Leber-/ Nierendysfunktion | ? |
| ➤ Erhöhtes Risiko für hyperinflammationsbedingte, intra- wie postoperative Komplikationen | ? |

CytoSorbents Europe GmbH

Müggelseedamm 131
12587 Berlin | Deutschland
T +49 30 65 49 91 45
F +49 30 65 49 91 46
support@cytosorbents.com

CytoSorbents Switzerland GmbH

c/o MGM GmbH
Wielandstrasse 5 | 4153 Reinach BL | Schweiz
T +41 61 71 37 37 8
F +41 61 71 37 37 9
support@cytosorbents.com

Diese Entscheidungshilfe hat einen unverbindlichen Charakter und kann die individuelle Therapieentscheidung des behandelnden Arztes nicht ersetzen. Der behandelnde Arzt ist in jedem Fall für die Festlegung und Durchführung geeigneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für jeden individuellen Patienten verantwortlich.

Die zu CytoSorb erhobenen, klinischen und präklinischen Daten und Ergebnisse sind nicht auf andere Produkte übertragbar. CytoSorb sollte nur von Personal eingesetzt werden, welches ordnungsgemäß im Bereich der Anwendung von extrakorporalen Therapien geschult ist.

CytoSorb ist in den USA nicht kommerziell erhältlich. CytoSorb und CytoSorbents sind Marken der CytoSorbents Corporation, USA.
© Copyright 2019, CytoSorbents Europe GmbH.
Alle Rechte vorbehalten. B1082R02DE2019