

Lebensbedrohliche Intoxikation mit Lokalanästhetika (inkl. Reanimation) ?

JA

NEIN

Rescue Strategie bei therapierefraktärem Kreislaufversagen bei einigen Intoxikation
z.B. mit Amitriptylin, Bupropion, Clozapin, Diphenhydramin oder Flecainid

NEIN

**Keine Indikation für
Lipidemulsion!**

JA

Lipidemulsion (zusätzlich zur Standardtherapie bspw. Vasopressoren) !

1.5 mL/kg (Faustregel: 100 mL beim Erwachsenen) Lipidemulsion 20% Bolus über 2-3 min

anschließend: Perfusor mit etwa 0.25 mL/kg/min (15 mL/kg/h) i.v.
vereinfacht: 250 mL über 20 min i.v. (Lauftrate 750 mL/h)

ausreichende Wirkung bzw. Stabilisierung erreicht?

NEIN

JA

**erneute Bolusgabe
(max. 3x)
oder
Steigerung auf
0.5 mL/kg/min**

**Gabe mind. 10 min bis
über Stabilisierung fortführen,
dann langsame Reduktion**

- **Stop-Zeitpunkt nicht klar definiert**
- oft wird ein Beenden nach einem Infusionszeitraum von 20-30 min vorgeschlagen bzw. bei Erreichen der **Maximaldosis** von etwa **12.5 mL/kg/d**



Toxineinnahme per os
erwäge angepasstes Schema
(geringe Evidenz) mit längerer
Gabe niedriger Lipid-Dosen:

- z.B. 3 min lang:
0.25 mL/kg/min
(15 mL/kg/h)
- dann bei Ansprechen
Reduktion auf:
0.025 mL/kg/min
(1,5 mL/kg/h); hier Gabe bis
6.5 h vorgeschlagen

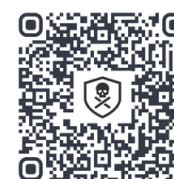
Initialdosis

Weitere Gaben



- **Insgesamt Vereinfachte Darstellung!**
- Sehr schwache Evidenz bei relevanten Nebenwirkungen. Außer bei Lokalanästhetika-Intoxikationen, immer als ultima ratio (Rescue-Strategie!)
- In Deutschland ist uns keine Lipidemulsion bekannt, die für dein Einsatz bei Intoxikationen zugelassen ist. Der Einsatz erfolgt also immer off-label!
- Die beste Erfahrung besteht für Intralipid®, daher wird teils vorgeschlagen diese vorzuhalten.
- Triglycerid-Monitoring erwägen, in Einzelfällen wurden Konzentrationen von circa 1% (1000 mg/dL, 11.3 mmol/L) mit Therapieansprechen assoziiert, wobei Konzentrationen >15 mmol/L (1327.5 mg/dL) vermutlich vermieden werden sollten.
- **CAVE** Clogging von Dialyse- oder ECMO-Filtern möglich.

Weitere Infos:



ToxInfo.de