

Wenn bei intrakraniellen Blutungen ein Ventrikeleinbruch vorliegt (Abb. 55.1a), müssen im Einzelfall physiologische Verkalkungen des Plexus choroideus (123) in den Seitenventrikeln (133) und im III. Ventrikel (134) sowie Verkalkungen der Habenulae und der Epiphyse (148) gegenüber frischen, hyperdensen Blutkoageln (8) abgegrenzt werden. Beachten Sie das perifokale Ödem (180) um die Kontusionsblutung (Abb. 55.1a).

In Rückenlage wird gelegentlich eine Spiegelbildung durch sedi-

mentierte Blutungsanteile in den Hinterhörnern der Seitenventrikel beobachtet (Abb. 55.2a). Ist die Zisterna ambiens verschmälert (Abb. 55.2b), besteht die Gefahr einer inneren Hernierung. In diesem Fall ist der III. Ventrikel komplett durch Blutkoagel verstopft (→ in Abb. 55.2a,b), so dass die Seitenventrikel eine maximale Dilatation mit Liquoraustritt in das paraventrikuläre Marklager (⇨) aufweisen. Derselbe Patient hat zusätzliche Einblutungen in die äußeren Liquorräume (↖, ↗) im Sinne einer SAB erlitten.



Abb. 55.1a

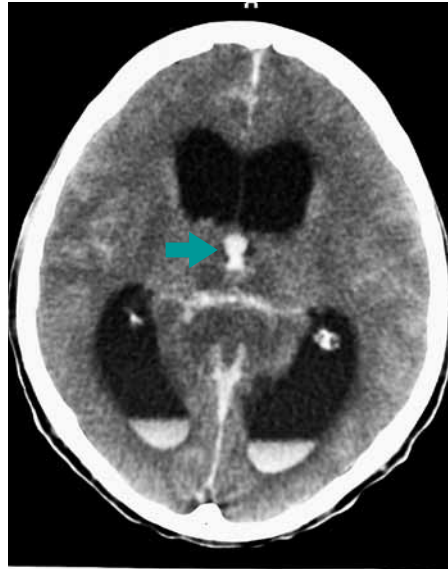


Abb. 55.2a



Abb. 55.3a

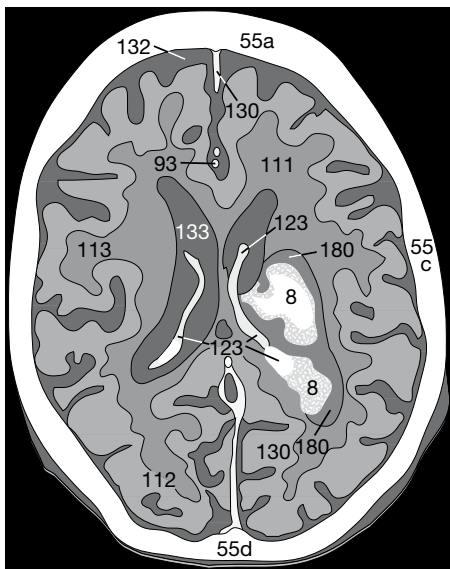


Abb. 55.1b



Abb. 55.2b

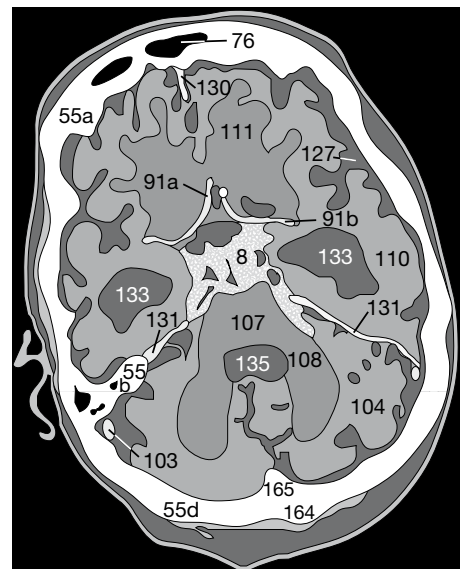


Abb. 55.3b

Subarachnoidalblutung

Im Beispiel der Abb. 55.3a hat eine Subarachnoidalblutung (SAB) (8) zu einem Hydrocephalus internus geführt, der leicht an der Verplumpung der Temporalhörner (133) zu erkennen ist. In solchen Fällen ist es wichtig, genau auf die Weite des äußeren SAR zu achten: Verstrichene Hirnfurchen sprächen gegebenenfalls für ein diffuses Hirnödem. In diesem Beispiel liegt jedoch eine normale Weite der Fissura Sylvii (127) und der übrigen Sulci vor, ein akutes Ödem ist daher (noch) nicht vorhanden.