

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

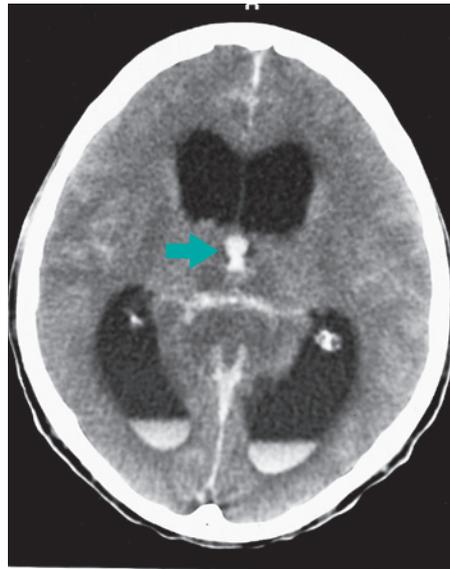


Abb. 55.2a

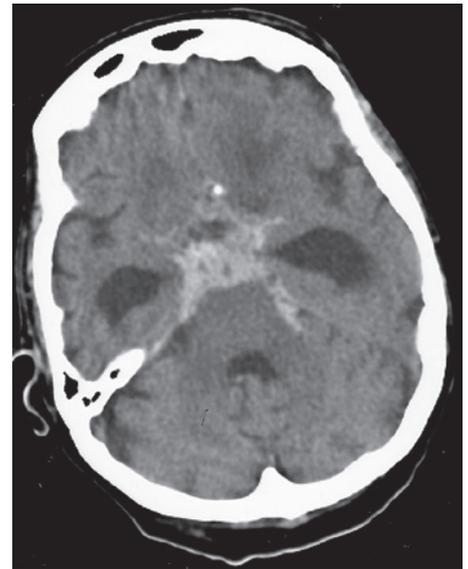


Abb. 55.3a

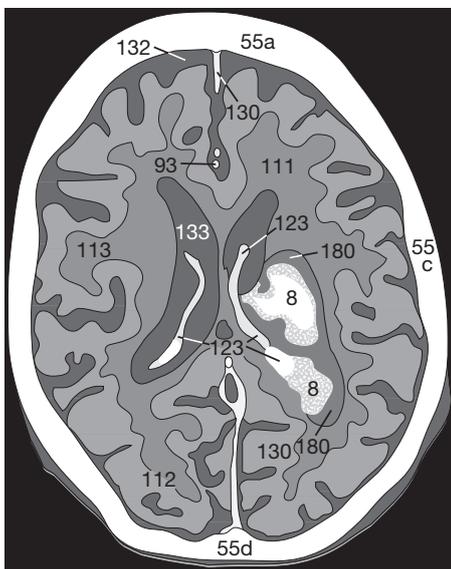


Abb. 55.1b

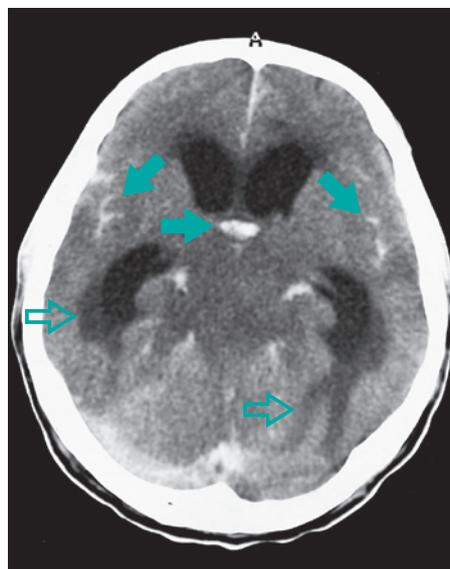


Abb. 55.2b

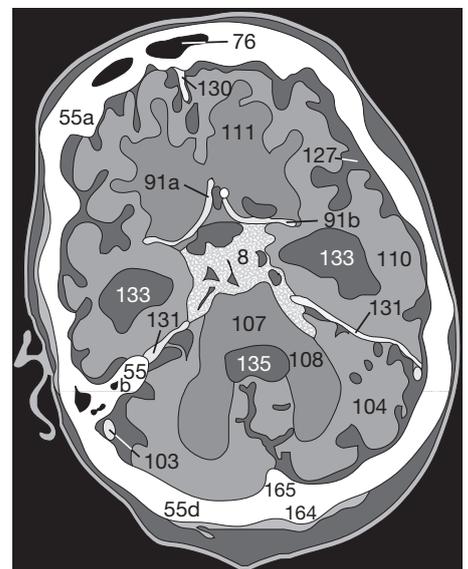


Abb. 55.3b

### 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 sprechen 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.