

HS-8.2 Massives Überrolltrauma bei einem dreijährigen Kind

H. Rupprecht¹

¹Klinikum, Fürth

Ein dreijähriges Mädchen wurde von einem Kleinbus (800 kg schwer) überrollt. Bei Aufnahme im Schockraum war es noch ansprechbar und klagte über Bauchschmerzen und hustete Blut. Da das Kind trotz sonografischen Nachweises von freier abdomineller Flüssigkeit kreislaufstabil war, wurde eine CT durchgeführt. Innerhalb von wenigen Minuten trübte die Patientin ein, so dass umgehend intubiert werden musste. Bei akuter Kreislaufdekomensation sofortiger Transport in den Op., wobei es kaum mehr beatmet werden konnte. Bei aufgehobenen Atemgeräuschen beidseits wurden Thoraxdrains eingelegt, die sofort die Beatmung erleichterten. Auf den „nachgelieferten“ CT-Aufnahmen ließen sich beidseits Pneumothoraces mit multiplen Rippenfrakturen und eine Leberruptur erkennen. Die Medianlaparotomie zeigte ein blutgefülltes Abdomen sowie Rupturen in mehreren Lebersegmenten, die primär eine Tamponade erforderten. Trotz laufender Volumenzufuhr ließ sich der Kreislauf nicht stabilisieren. Erst durch die Punktion der Vena cava mit einem großlumigen Abbocath und die Infusion von 1 Liter Ringerlösung „im Schuß“, konnte den Blutdruck kurzfristig normalisieren. Plötzlich erneuter Druckabfall verbunden mit einer ausgeprägten Bradykardie und Sättigungsabfall. Umgehende transdiaphragmale Eröffnung des Perikards, wobei sich „explosionsartig“ Luft entleerte (Pneumoperikard) und die Kreislaufparameter sich augenblicklich verbesserten. Wegen des Schocks und der bereits vorliegenden Hypothermie, wurde die Leber nur tamponiert sowie ein Bauchraum-VAC wegen eines ausgeprägten Darmödems angelegt (Cave: Kompartmentsyndrom!). Am nächsten Tag wurden die Tamponaden bereits entfernt, Sickerblutungen mit einem Fibrinvlies (Tachosil) versiegelt, noch für 2 Tage die Vakuumtherapie fortgeführt und das Abdomen am 3. postop. Tag definitiv verschlossen. Nach insgesamt 3 Wochen wurde das Kind ohne Folgeschäden nach Hause entlassen. Bei einem derartigen Verletzungsmuster, das in seltenen Fällen nur von einem Kind überlebt werden kann (besondere Elastizität des Thorax), muss bei einem „unerklärbaren“ Druckabfall, v.a. in Kombination mit einer akuten Bradykardie und O₂-Sättigungsabfall, entweder an einen „Spannungspneu“ od. an eine Perikardtampnade, gedacht werden. Während einer Laparotomie kann der Herzbeutel einfach transdiaphragmal („oberhalb“ des Lig. triangulare) inzidiert werden; ggf. können –falls noch keine Pleuradrains liegen– beide Zwerchfelle zentral eröffnet und die Pleurahöhle abgesaugt werden.