

HS-5.3 Notfallmanagement einer ausgedehnten thorakalen Schrotschußverletzung

H. Rupprecht¹, U. Stadelmeier¹
¹Klinikum, Fürth

Ein 27 jähriger Mann wurde im Kofferraum eines Pkw in ein peripheres Krankenhaus mit Gesichtsverletzungen und einer großen Defektwunde am linken Thorax eingeliefert, die ihm mit einer abgesägten Schrotflinte beigebracht wurde. Nach Notintubation, Pleuradrainagenanlage und Kompressionsverband erfolgte die Hubschrauberverlegung in unsere Klinik. Trotz Transfusion von 3 Blutkonserven und mehreren Litern kristalliner Lösungen war das Opfer bei Ankunft instabil, so dass es sofort in den Op. verbracht wurde. Bei liegendem Drain entwickelte dennoch ein Spannungspneu auf der betroffenen Seite, der durch einen Monaldidrain sofort entlastet wurde. Bei der lateralen Thorakotomie war die Pleurahöhle mit Blut angefüllt. Als Ursache fand sich ein von Schrotkugeln durchsiebter Oberlappen, welcher die Lobektomie erforderte. Ein Durchschuss im Unterlappen wurde mit einer sog. Traktotomie versorgt, sowie ein Projektil aus der A. pulmonalis entfernt. Zusätzlich erfolgte noch eine prophylaktische Perikardiotomie zum Ausschluss einer Herzverletzung. Zu diesem Zeitpunkt lag bereits eine „tödliche Trias“ aus einer Hypothermie, Azidose sowie mit diffusen Gerinnungsstörungen vor. Diese konnten trotz 12 FFP und 18 Erythrozytenkonzentraten nicht beherrscht werden. Nur durch Tamponade der Pleurahöhle ließ sich das Ausbluten verhindern. Nach lockerer adaptierender Muskelnaht wurde noch die zerfetzte ventrale Thoraxwand debridiert, koaguliert und mit Tamponaden versorgt. Bereits am nächsten Tag konnten die Pleuratomponaden entfernt und der Thorax definitiv verschlossen werden. Die große Defektwunde bedurfte noch mehrerer Debridements und Vakuumschwammeylagen, wobei letztlich der Patient nach 4 Wochen im guten Zustand und reizloser Wunde entlassen werden konnte.

Bei penetrierenden Thoraxtraumen und Schockzustand erfolgt keine zeit - raubende Diagnostik (CT) mehr, sondern die unmittelbare Thorakotomie. Im Op. wird noch eine Sonografie (FAST) durchgeführt, besonders bei Schrot - schussverletzungen mit möglichen „Querschlägern“ in das Abdomen. Auch bei offensichtlicher Unversehrtheit des Perikards ist dieses stets zu eröffnen. Trotz einer liegenden Thoraxdrainage kann sich ein Spannungspneu entwickeln, v.a. bei massiven Blutungen, welche den Drain verlegen können. Im Zweifel muss eine zweite, großlumige Drainage zusätzlich eingebracht werden.