

## HS-8.4 Das schwerverletzte Kind. Realität des Traumamanagements im Vergleich zum Erwachsenen.

E. Wellenhöfer<sup>1</sup>, F. Hilber<sup>1</sup>, F. Ackermann<sup>1</sup>, M. Nerlich<sup>1</sup>, A. Ernstberger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Regensburg

Zielsetzung: Das Management des polytraumatisierten Kindes stellt uns vor Herausforderungen. Algorithmen helfen uns bei der Versorgung. Wie ist die präklinische und klinische Versorgungsrealität des kindlichen Traumas im Vergleich zum Erwachsenen an einem Überregionalen TraumaZentrum (ÜTZ)? Methodik: Es wurde eine retrospektive Datenanalyse anhand der Daten des TraumaRegisters TR und traumazentrumsspezifischer Daten durchgeführt.

Eingeschlossen wurden Pat., die vom 01.09.2007 -31.12.2013 an einem ÜTZ therapiert wurden. Ausschlusskriterien: sekundäre Zuverlegung und Weiterverlegung. Einteilung: Erwachsene [E  $\geq$  18 J.], Kinder [K < 18 J.], Polytrauma [POLY (ISS  $\geq$  16)], Nicht-Polytrauma [NP (ISS<16)] und Unterteilung der Kinder in vier Subgruppen.

Ergebniss: Einschluss von 755 Patienten [630 E und 125 K (0-5 J. n=19, 6-9 J. n=27, 10-13 J. n=23, 14-17 J. n=56)]. ISS  $\geq$  16 (p=0,004) bei 419 (66,5%) aus E und 66 (52,8%) aus K. Präklinisch intubiert wurden in E-POLY 63,2%, in K-POLY 86,4% (p<0,001). Unterschiede bei den präklinischen Maßnahmen fanden sich zwischen K-NP und E-NP für RR-Messung und EKG (p<0,05). Die präklinische Zeit ist ähnlich (E-NP 82min +/-28, K-NP 77min +/-25, p=0,125; E-POLY, K-POLY je 82min +/-25. Eine CT erhielten bei E-NP 96,2%, K-NP 69,5% (p<0,001); bei E-POLY 93,6%, K-POLY 89,4% (p=0,304). Bei den weiteren Maßnahmen (u.a. Arterien-, ZVK-, TD-Anlage) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen K/E-POLY/NP.

Für K zeigte überall kürzere Schockraumzeit ohne Signifikanz. Bezüglich Intubations-, Intensiv-, und Aufenthaltsdauer zeigten sich kürzere Zeiten für K vs. E (p<0,041), welche in den Subgruppen K/E -POLY/NP nur für die Gesamtliegedauer Signifikanz aufwies (p<0,025). Kein signifikanter Unterschied bei Letalität (K-NP 0%, E-NP 1,4%; K-POLY 25,8%, E-POLY 18,4%). Die SMR bezüglich RISC II betrug für K-NP 0 und für E-NP 0,74, für K-POLY 0,91 und für E-POLY 0,77.

Schlussfolgerung: K-NP wurden weniger präklin. techn. überwacht und weniger CT durchgeführt. Bei kürzerer Gesamtliegedauer wurden K-POLY eher intubiert als E-POLY. Die SMR <1 mit RISC II zeigt, dass Leitlinien und Algorithmen greifen. Die Versorgung des polytraumatisierten Kindes steht der des Erwachsenen nicht nach. Der Unterschied der SMR K/E-POLY sollte dennoch Grund für weitere Untersuchungen sein.