

Chirurgische Versorgung eines polytraumatisierten XXL-Patienten aus Sicht der Viszeralchirurgie

Prof. Dr. Guido Schumacher, Klinik für Chirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

Das Polytrauma ist ein Krankheitsbild, welches einen besonderen Stellenwert in der Diagnostik und der Versorgung einnimmt, denn oft haben die Betroffenen lebensgefährliche Verletzungen erlitten. Schnelles und sicheres Handeln in enger Abstimmung mit unterschiedlichen Fachdisziplinen und Berufsgruppen ist Voraussetzung für den Erfolg. Übersehen von Details oder sogar nur eine falsche Reihenfolge der Maßnahmen kann zu einem letalen Ausgang führen. Eine besondere Herausforderungen stellen dabei Patienten mit starkem Übergewicht dar. Die Physiologie der Patienten, aber auch der Umgang mit Lagerung, Diagnostik und Therapie ist wesentlich erschwert.

Die Mortalität liegt mit 20% beim abdominellen Trauma recht hoch und bedarf besonderer Aufmerksamkeit. In der Entstehung unterscheiden wir beim stumpfen Bauchtrauma das Kompressionstrauma mit Entstehung von Hämatomen und Hohlorganperforationen vom Dezelerationstrauma mit Abrissen von Aufhängestrukturen wie der Leber oder Beschädigung der Gefäße. Kombinierte Verletzungen sind nicht selten. In der Häufigkeit werden Leber vor Milz vor Darm verletzt. Beim penetrierenden Trauma sehen wir Stichwunden, Schusswunden und Pfählungsverletzungen. Auch hier kommen Kombinationen vor. Hier ist in der Häufigkeit Dünndarm vor Leber vor Kolon vor Gefäßen betroffen. Die Information des Unfallhergangs ist demnach äußerst wichtig.

Die Diagnostik muss schnell und nach einem Schema ablaufen. Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation gehören trotz moderner Apparate obligat dazu. Der Ultraschall hat eine besondere Bedeutung wegen der raschen Verfügbarkeit. Mit dem FAST (Focused Abdominal Sonogram for Trauma) lassen sich fast alle wesentlichen Pathologien wie Hinweise auf Blutung, Luft oder Organverletzungen orientierend erkennen. Bei adipösen Patienten sinkt die Sensitivität. Die weiteren Massnahmen, insbesondere die Frage der OP-Indikation folgen einem Algorithmus.

Bei XXL-Patienten bestehen eine Vielzahl von Unterschieden, die die Behandlung erschweren. Andere Verletzungen bei geringeren Traumen treten auf. Äußere Zeichen wie Vermehrung des Bauchumfangs oder andere können maskiert werden. Thoraxverletzungen und Beckenfrakturen treten häufiger auf, Kopf- und Leberverletzungen weniger häufig. Verzögerungen aller Maßnahmen treten durch erschwerten Transport und Lagerung auf. Die endotracheale Intubation und das Legen venöser Zugänge sind stark erschwert. Der intraabdominelle Druck ist höher und kann zu einem abdominellen Kompartmentsyndrom führen. Das Lungenvolumen ist meist kleiner. Meist besteht eine arterielle Hypertension, wodurch wenig Volumengabe toleriert wird. Für die Behandlung muss ein Krankenhaus vorbereitet sein. OP-Tische für Schwerlasten und Transportliegen müssen vorhanden sein.

Zusammenfassend ist die Versorgung eines Polytraumas im Falle der Adipositas in allen Aspekten besonders schwer. Ineinandergreifende Massnahmen, die z.T. gleichzeitig durchgeführt werden sind unabdingbar. Die enge Kooperation aller Beteiligten ist Voraussetzung für den Erfolg. Diese beginnt bereits am Unfallort mit Verständigung des Krankenhauses über die Art und Schweregrad der Verletzung. Dennoch bleibt trotz aller Vorsicht und Qualität ein Teil der Versorgung frustan, was die Letalität begründet.