Kopfplatzwunde

VON M. GEßLEIN

Verletzungen im Kopfbereich finden sich häufig bei Traumapatienten. Bei älteren Menschen stehen meist internistische Ursachen, bei jüngeren Patienten Freizeitunfälle im Vordergrund. Kopfplatzwunden entstehen durch direkte, stumpfe Gewalteinwirkung. Im Kopfbereich ist das subkutane Fettgewebe wenig ausgeprägt, die Haut liegt unmittelbar dem Knochen auf. Durch die verminderte Elastizitätsgrenze des Gewebes kann die Haut im Zentrum der Krafteinwirkung aufplatzen.

Klinische Symptome

Die Wundränder sind häufig unregelmäßig begrenzt bzw. regelrecht „zerfetzt“ und stark verschmutzt. Die Blutung kann mäßig bis stark ausgeprägt sein. Besonders Verletzungen der äußerst gut durchbluteten „Kopfschwarte“ führen zu beeindruckenden Blutungen, die aufgrund der sensiblen Innervation auch starke Schmerzen verursachen. Auf neurologische Begleitsymptome durch das Schädel-Hirn-Trauma sollte besonders geachtet werden.

Diagnostik

- Gezielte Anamnese zum Unfallhergang und zur Stärke der einwirkenden Gewalt.
- Neurologische Untersuchung auf Hinweise für Schädel-Hirn-Trauma (Amnesie? Pupillenreaktion?).
- Klinische Untersuchung der benachbarten Strukturen (Schädelknochen, Nasennebenhöhlen, Ohren, Augen).
- Orientierende Inspektion der Wunde auf Mitverletzung tiefer gelegener Strukturen (sichtbare Fraktur? Austritt von Liquor?).
- Bei klinischen Anzeichen für Fraktur entsprechende Röntgendiagnostik einleiten (HWS nicht vergessen!).

Erstmaßnahmen am Unfallort

- Flache Lagerung mit leicht erhöhtem Oberkörper, da mit einer vegetativen Begleitsymptomatik wie Schwindel, Übelkeit und Kreislaufreaktionen gerechnet werden muss.
- Eine initiale Blutstillung kann mit mehreren sterilen Kompressen erfolgen, die auf die Wunde gepresst werden. Evtl. Fixierung mit einem geeigneten Kopfverband.
- Durch Kühlung der Wunde lassen sich Schwellung und Schmerzsymptomatik im Wundbereich reduzieren. Hierzu eignen sich sog. Kühlgel-Kissen. Je geringer die Schwellung, desto leichter lässt sich die Wunde später verschließen.

Wundversorgung

- Platzwunden sind häufig verschmutzt. Vor dem Wundverschluss ist daher eine ausgiebige Wundreinigung mit Entfernung aller Fremdkörper durchzuführen. Zur Desinfektion sollte ein Antiseptikum (z. B. Octenisept®, Lavasept®) verwendet werden.
- Nach Unterspritzen der Wundränder mit einem Lokalanästhetikum (z. B. mit Cabostesin®) folgt die vorsichtige Untersuchung auf Begleitverletzungen. Falls notwendig Blutstillung mittels Umstechung bzw. Ligatur.
- Die Ausschneiden kontusionierter Wundränder nach Friedrich ist im Bereich der Kopfbehhaarung sinnvoll. Im Gesicht muss dagegen so viel Gewebe wie möglich erhalten werden.
- Wunden, die nicht älter als sechs Stunden sind, können primär verschlossen werden. Zur Verfügung stehen:
 - Chirurgische Wundnaht mit resorbierbarem oder nicht resorbierbarem Fadenmaterial (Einzelknopf-, Intrakutannaht).
 - Wundklebung mit Fibrinkleber (z. B. Dermabond®).
 - Wundrandadaptation mit Steri Strips (z. B. Leukostrip®).
- In jedem Fall sollte der Wundverschluss spannungsfrei erfolgen. Die besten kosmetischen Ergebnisse lassen sich bei korrekter Adaptation der Hautspaltlinien erzielen. Nicht resorbierbare Fäden sind nach ca. zehn Tagen zu entfernen.
- Besteht kein ausreichender Tetanus-Impfschutz (letzte Auffrischung > 5 Jahre), muss eine erneute Immunisierung mit einem Toxoidimpfstoff erfolgen (z. B. Tetanol® 0,5 ml i. m.). Bei Exposition ohne ausreichenden Impfschutz evtl. Simultanimpfung mit Tetanus-Antitoxin (z. B. Tetagam® 250 I.E.).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. M. Geßlein, Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie, Klinikum Nürnberg-Süd, Breslauer Str. 201, D-90471 Nürnberg, E-Mail: Markus.gesslein@klinikum-nuernberg.de