Unfallchirurg 2014 · 117:94–94
DOI 10.1007/s00113-013-2486-y
Online publiziert: 14. Februar 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Wilhelmi

Klinik für Unfallchirurgie, Medizinische Hochschule Hannover

Gerinnungsmanagement beim Polytrauma

Das aktuelle Leitthema dieser Ausgabe ist das Gerinnungsmanagement beim polytraumatisierten Patienten – ein hochaktuelles Thema von klinischer und ökonomischer Relevanz.

Weltweit sterben ca. 5 Mio. Menschen an den Folgen eines schweren Traumas. Die Ursache der Letalität ist in 40% der Fälle ein sog. Verbluten. Diffuse und nicht komprimierbare Blutungen im Zuge der Erstversorgung können maßgeblich zum Verblutungstod in der ersten Stunde beitragen. Trotz vieler klinischer Studien bleibt die Therapie der traumatisch bedingten Koagulopathie und v. a. auch die frühe Identifikation dieser massiv blutenden Patienten eine Herausforderung. Erst in den letzten Jahren wurde überhaupt klar, dass die traumatisch induzierte Koagulopathie nicht nur Folge von Dilution, Azidose und Hypothermie ist, sondern ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt [1].

» Die traumatisch induzierte Koagulopathie stellt ein eigenständiges Krankheitsbild dar

Aktuell weiß man, dass ein sofortiges aggressives Blutungsmanagement mit Beginn an der Unfallstelle von großer Bedeutung ist. Das präklinische Management ist primär auf die „damage control resuscitation“ fokussiert. Das beinhaltet die restriktive Volumengabe, eine permissive Hypotension, der Ausgleich der Azidose und das Wärmemanagement.

Zudem ist eine unmittelbare Diagnose der zugrundeliegenden Gerinnungsstörung unumgänglich. Die sog. „Point-of-care-Diagnostik“ (POC-) durch viskoelastische Tests (z. B. Rotem, TEG) ge-

winnt immer mehr an Bedeutung und bildet in einigen Traumazentren die Basis für eine frühe zielgerichtete hämostatische Therapie mit Tranexamsäure, Plasma und Gerinnungsfaktorkonzentraten. Diese Art von Therapieregime konnte zu Überlebensvorteilen bei Traumapatienten beitragen [2]. Mittlerweile findet sich in den aktuellen Leitlinien eine G01c-Empfehlung zur POC-Diagnostik. In vielen Kliniken ist jedoch kein POC möglich, so dass dort das Gerinnungsmanagement alternativ erfolgen sollte.

In den folgenden fünf Übersichtsarbeiten finden Sie eine Zusammenfassung der wichtigsten Eckpunkte zur Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der traumatisch induzierten Koagulopathie (TIC). Diese reicht von der Erstversorgung an der Unfallstelle, über den Schockraum bis hin zur Operation. Auch für Kliniken ohne Möglichkeit einer POC-Diagnostik werden Alternativen dargestellt und die jeweiligen Vor- und Nachteile beleuchtet. Wir hoffen Ihnen mit den vorliegenden Beiträgen einen kompakten Eindruck aktueller Entwicklungen im Gerinnungsmanagement traumatisierter Patienten geben zu können und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre.

M. Wilhelmi

Korrespondenzadresse

Dr. M. Wilhelmi

Klinik für Unfallchirurgie,
Medizinische Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1,
30625 Hannover
wilhelmi.michaela@mh-
hannover.de

Interessenkonflikt. M. Wilhelmi weist auf folgende Beziehung hin: Vortragshonorare und Reisekostenerstattung von CSL Behring.

Literatur

1. Brohi K, Cohen MJ, Ganter MT et al (2007) Acute traumatic coagulopathy: initiated by hypoperfusion: modulated through the protein C pathway? *Ann Surg* 245(5):812–818
2. Maegele M, Spinella P, Schöchl H (2012) The acute coagulopathy of trauma: Mechanism and tools for risk stratification. *Shock* 38(5):450–458