W. Reith

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie,
 Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Schütteltrauma und Babysyndrom

Liebe Leserinnen und Leser,

Pressenachrichten und Erfahrungen aus jüngst publik gewordenen Kindesmisshandlungsfällen zeigen die Bedeutung einer sicheren Diagnose und die Probleme bei Versäumnissen.

Oft ist der klinische Befund nicht sofort erkennbar, ob eine Misshandlung vorliegt oder nicht. Das Schütteltrauma ist eine Sonderform des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindesalter. In Deutschland geht man von jährlich 100–200 Fällen aus. Das Schütteltrauma des Säuglings oder „shaken baby syndrome“ hat die höchste Sterblichkeits- und höchste Rate an bleibenden Schädigungen und Behinderungen bei misshandelten Kindern. Unter dem „shaken baby syndrome“ wird die Kombination subduraler Hämatome und oft ausgeprägter retinaler Blutungen mit schweren und prognostisch ungünstigen diffusen Hirnschäden durch schweres Schütteln eines Säuglings verstanden. Das Spektrum klinischer Symptome umfasst Irritabilität, Trinkschwäche, Schläfrigkeit, Apathie, zerebrale Krampfanfälle, Atemstörungen, Temperaturregulationsstörung und Erbrechen durch Hirndruck. Die Letalität beträgt bis zu 30%, und bis zu 70% der Überlebenden erleiden Langzeitschäden. Über 2/3 der Überlebenden erleiden mehr oder weniger schwere neurologische Folgeschäden in Form von Entwicklungsstörungen, schweren Seh-, Hör- und Sprachausfällen bis hin zu bleibenden Behinderungen oder Tod.

Ursächlich für diese diffusen Hirnschädigungen und Blutungen ist ein schweres kraniales Akzelerations-Dezelerations-Trauma mit einer ausgeprägten

rotatorischen Komponente, das durch das heftige Schütteln eines Säuglings oder Kleinkindes aufgrund der noch fehlenden Kopfkontrolle ausgelöst wird.

Radiologische Zusatzuntersuchungen sind von großer Bedeutung für die Evaluation, Verlaufskontrolle und Dokumentation.

Bei Verdacht auf ein „shaken baby syndrome“ sollte möglichst innerhalb weniger Tage und erneut nach 1–2 Monaten zur Verlaufskontrolle eine Untersuchung erfolgen, entweder durch eine CCT oder besser eine MRT-Untersuchung des Kopfs. Außerdem sollte bei allen Säuglingen mit Misshandlungsverdacht ein Röntgenknochenscreening durchgeführt werden. Da retinale Blutungen bei 50–100 % der Patienten nachgewiesen werden können, sollte bei Verdacht auf jeden Fall sofort eine augenärztliche Untersuchung und Dokumentation erfolgen.

Gutachterliche Erfahrungen und wissenschaftliche Literatur lehren, dass die Diagnose Schütteltraumasyndrom häufig nicht gestellt wird, oder dass, wenn sie gestellt wird, nicht adäquat gehandelt wird. Gründe hierfür sind oft mangelndes Fachwissen oder diagnostische Unsicherheit. Die Situation wird häufig durch ein vehement-aggressives Leugnen der Eltern, die mit einem Misshandlungsvorwurf konfrontiert wurden, verkompliziert. Viele der tödlich verlaufenden Fälle zeigen Hinweise auf eine frühere Misshandlung, was die Bedeutung einer zuverlässigen Diagnose bzw. eines adäquaten Handelns verdeutlicht.

Eine Klinikeinweisung beim „shaken baby syndrome“ ist nicht nur aus medizinischer Indikation, sondern auch zur Vermeidung weiterer Misshandlungen ange-

zeigt. Die Frage, ob und wann die Strafverfolgungsbehörden einzuschalten sind, ist nicht verbindlich zu beantworten und muss in jedem einzelnen Fall sorgfältig geprüft werden.

Falls nach erfolgter Rechtsgüterabwicklung der Eindruck besteht, dass eine erhebliche, nicht abwendbare Gefahr für Leib und Leben des Kindes besteht, rechtfertigt §34 des Strafgesetzbuches den Bruch der Schweigepflicht. Falls entschieden wird, das Kind nach seiner Entlassung in der Familie zu belassen, sind engmaschige medizinische Kontrollen, auch von Geschwisterkindern, sowie eine enge Zusammenarbeit den Eltern mit dem Jugendamt unabdingbare Voraussetzungen.

Ihr

Prof. Dr. Wolfgang Reith