Prof. Dr. med. Karl-Georg Kanz
Chirurgische Notaufnahme
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München

Leichtes Schädelhirntrauma

53 ... bei Erwachsenen

56 ... bei Säuglingen und Kindern

Leichtes Schädelhirntrauma in Zeiten der Antikoagulation

Plättchenhemmer aus der PEZ-Box

— Bei meinem ersten Nachtdienst als junger Assistenzarzt vor mehr als 30 Jahren in der Chirurgischen Universitätsklinik an der Nußbaumstraße erklärte mir der Pfleger Günther Butschek kurz und bündig das Vorgehen bei Kopfverletzungen: „Nach der Naht der Kopfplatzwunde wird immer der Schädel geröntgt. Bei einer Fraktur wird der Patient stationär aufgenommen, ebenso wenn er bewusstlos war oder sich an den Unfall nicht mehr erinnert. Wenn der Patient nicht bewusstlos war, liegt kein Schädelhirntrauma, sondern nur eine Schädelprellung vor und er wird nach Hause entlassen.“

20 Jahre später, auf der Jahrestagung 2004 der American Association for the Surgery of Trauma (AAST), stellten Felicia A. Ivascu et al. einen Algorithmus für das Vorgehen bei marcumarierten Patienten mit Kopfverletzungen vor: Bei unauffälliger kranialer Computertomografie (CCT) sollte obligatorisch eine stationäre Überwachung erfolgen, bei positiver CCT sofort zwei FFP (gefrorenes Frischplasma) und Vitamin K gegeben werden. Während der anschließenden Diskussion wurde der damals neue Thrombozytenhemmer Plavix thematisiert und Dr. Michael I. Foreman aus Dallas, Texas, lieferte den folgenden Diskussionsbeitrag: „Patienten unter Marcumar wissen immerhin, dass sie Rattengift nehmen und etwas unterommen werden muss, wenn sie einen Unfall erleiden. Unglücklicherweise verteilen unsere internistischen Kollegen inzwischen Plavix in großen PEZ-Boxen, und die Mehrzahl unserer Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmern wissen nicht, dass sie im Falle einer Verletzung ein erhöhtes Blutungsrisiko haben.“

2009 publizierten Marc Tauber et al. aus Salzburg eine Serie von 100 konsekutiven Patienten über 65 Jahren, die unter der Therapie mit ASS 100 mg ein leichtes Schädelhirntrauma mit einer Glasgow Coma Scale (GCS) von 15 Punkten erlitten. Die Patienten wurden nach unauffäl-

liger CCT stationär aufgenommen und erhielten nach 12–24 h eine Kontroll-CCT. Bei vier von diesen 100 Patienten wurde eine sekundäre intrakranielle Blutung festgestellt, ein Patient verstarb, ein Patient musste wegen subduraler Blutung notfallmäßig operiert werden und bei zwei Patienten wurden ausgedehnte intrazerebrale Blutungen diagnostiziert.

Im Bereich des englischen National Health Service (NHS) wurde bis 2014 entsprechend der Leitlinie CG56/2007 des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bei leichtem Schädelhirntrauma unter Gerinnungshemmung oder -störung eine CCT nur bei Bewusstseinsverlust empfohlen. Inzwischen wird in der Leitlinie GC176/2014 bei Gerinnungshemmung oder -störung auch ohne Amnesie eine CCT innerhalb von 8 h, jedoch keine stationäre Überwachung gefordert.

Am Klinikum rechts der Isar fertigen wir bei allen Patienten mit Kopfverletzungen mit Gerinnungshemmung oder -störung auch ohne kurzzeitigen Bewusstseinsverlust oder Amnesie innerhalb der ersten Stunde eine CCT an und überwachen bei unauffälligem CCT diese Patienten auf der Normalstation für 48 Stunden.

Die folgenden Beiträge von Peter Biberthaler vom Klinikum rechts der Isar und Bernd A. Leidel von der Charité diskutieren das Management des „leichten Schädelhirntraumas“ bei Erwachsenen und bei Kindern. Übrigens: vor 30 Jahren gab es doch auch schon Patienten, die unter Aspirin auf den Kopf gefallen sind ... ■

**Falsche Sorglosigkeit
beim Umgang mit
Plättchenhemmern.**