

Die Gefahr einer Übertragung ist besonders hoch, wenn die verwendeten Nadeln großkalibrig sind, sie tief eindringen, wenn außen Blut vorliegt und das Blut aus der Spitze in die Wunde gedrückt wird. Ebenso erhöht eine hohe Viruslast des Patienten die Gefahr einer Infektion. Eine Schleimhautexposition ist zwar weniger riskant, jedoch haben sich auch schon Menschen durch Blutspritzer in das Auge infiziert.

Was also ist zu tun, wenn man sich eine Nadelstichverletzung zugezogen hat und der

Indexpatient HIV-positiv ist? Zunächst sollte die Umgebung der Einstichstelle möglichst schnell gedrückt werden, sodass das Blut zurückfließt. Danach desinfizierende Lösungen aufgetragen. Bei Schleimhautexposition sollte die Stelle möglichst schnell gewaschen werden, z.B. mit einer Seife oder irgendwelchen Flüssigkeiten, die greifbar sind. In beiden Fällen muss schnell entschieden werden, ob eine Postexpositionsprophylaxe durchgeführt wird, die aus einer der Standardtherapien eingenommen über vier

Wochen besteht. „Sie ist am erfolgreichsten, wenn sie innerhalb von zwei Stunden begonnen wird, spätestens jedoch nach 24 Stunden“, erklärte Baumann. Zur Not kann sie auch noch nach zwei oder drei Tagen angewendet werden. „Nach drei Tagen hat man dann allerdings keine Chance mehr.“

nz

Baumann U. Aktuelle Fragen zu Nadelstichverletzungen und risikoreichem Sexualverhalten von Jugendlichen

Kindesmisshandlung oder Gerinnungsstörung?

Bei Hämatomen unklarer Genese können beim Kinderarzt Zweifel aufkommen: Steckt eine Gerinnungsstörung dahinter oder ist das Kind womöglich misshandelt worden? PD Dr. Ralf Knöfler aus Dresden empfiehlt bei Verdacht auf eine Misshandlung zunächst einmal die Einweisung in die Klinik. Dann sollte gemeinsam mit einem Rechtsmediziner beurteilt werden, ob die Erklärungen der Eltern für die Verletzungen des Kindes mit dem klinischen Bild vereinbar sind.

Bei Blutungen, die sich nicht eindeutig erklären lassen, ist auf jeden Fall eine erweiterte Gerinnungsdiagnostik angesagt. Auch seltene Gerinnungsstörungen müssen mit ab-



© photos.com

geklärt werden. Hämostaseologen berichteten schon von Fällen, vor allem an kleineren Kliniken, bei denen im Vorfeld angeblich eine Gerinnungsstörung ausgeschlossen wurde. Bei genauerem Nachfragen stellt sich jedoch heraus, dass lediglich die Bestimmung der PPT, Quick und des Blutbildes veranlasst worden war. Knöfler empfiehlt deshalb dringend, dass Kinder mit unklaren Blutungen in einem Gerinnungszentrum vorgestellt werden. Denn für einige Tests, z.B. zur Thrombozytenfunktionsdiagnostik, können die Proben nicht verschickt werden, da nur mit frischem Material gearbeitet werden kann.

nz

Knöfler, Ralf. Kindesmisshandlung oder Gerinnungsstörung – Was liegt vor?

Schädel-Hirn-Trauma: Worauf es am Unfallort ankommt

Alles andere als ein Kinderspiel ist die Akutversorgung kleiner Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma. Jede verstrichene Minute geht auf Kosten der Prognose, gleichzeitig dürfen keine Fehler gemacht werden. Worauf ist laut Leitlinie zu achten?

Kinderköpfe sind gefährdet: Etwa 70.000 unter 16-Jährige erleiden pro Jahr in Deutschland ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), 350 von ihnen sterben daran. „Ein wesentlich höherer Prozentsatz aber bringt schwere chronische Schäden mit nach Hause“, beschrieb Dr. Michael Sasse aus Hannover das vielleicht noch größere Problem. 25% der Kinder haben bleibende Paresen, bis zu 30% leiden unter posttraumatischer Epilepsie, die Rehabilitationsphase ist lang. Der Altersgipfel für das SHT liegt bei den Fünf- bis Neunjährigen. „Kinder

in diesem Alter finden sich im Straßenverkehr nicht ausreichend zurecht“, warnte Sasse. Die Mortalitätsrate – beim schweren SHT liegt sie bei 14% – kann durch raschen Therapiebeginn um 50% gesenkt werden.

Zögern am Unfallort wäre also fatal. „Natürlich sind zunächst ABC-Maßnahmen zu ergreifen“, beschrieb Sasse den ersten Schritt der Akutversorgung nach aktueller S2-Leitlinie. Ganz wichtig: „Einen Abfall von Sauerstoff verträgt das Gehirn in dieser Situation absolut nicht.“ Die arterielle Sauerstoffsättigung sollte daher nicht unter 90% sinken. Auch der Kohlendioxid-Partialdruck sollte normal sein, genauso wie der arterielle Blutdruck. Unverzichtbar ist die Erhebung der „Glasgow Coma Scale“ (GCS). Weiterhin gilt es, Blutungen zu stillen, nach Begleitver-

letzungen zu suchen und die Halswirbelsäule für den Transport zu stabilisieren: „Beim schweren Unfall haben 10% der Kinder HWS-Verletzungen“, so der leitende Oberarzt der pädiatrischen Intensivstation der MHH. Wichtig ist auch die Anamnese, bei der nach möglichen weiteren Erkrankungen und Gründen für die Bewusstseinsstrübung geforscht werden sollte.

Das nicht nur möglichst sofortige, sondern vor allem offene Gespräch mit den Eltern lag Sasse am Schluss noch besonders am Herzen. „Die Eltern müssen klipp und klar und möglicherweise mehrfach darüber aufgeklärt werden, dass ihr Kind sterben oder schwerstbehindert sein kann.“ Denn: „Die Prognose eines Schädel-Hirn-Traumas ist kaum abschätzbar!“

Birte Seiffert

Sasse M. Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern und Jugendlichen – praktische Vorgehen anhand der neuen S2-Leitlinie