

Unfallchirurg 2020 · 123:944–953
<https://doi.org/10.1007/s00113-020-00915-2>
Online publiziert: 12. November 2020
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion
W. Mutschler, München



A. Weißleder^{1,2} · M. Kulla¹ · T. Annecke^{3,4} · A. Beese⁵ · P. Lang^{6,7} · D. Beinkofer² · R. Lefering^{6,7} · H. Trentzsch⁸ · C. Jost¹ · D. Treffer¹ · das TraumaRegister DGU^{®9}

¹Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ulm, Deutschland

²Klinik XX Gynäkologie, Bundeswehrkrankenhaus Westerstede, Westerstede, Deutschland

³Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Köln, Deutschland

⁴Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum der Universität Witten/Herdecke – Krankenhaus Köln-Merheim, Köln, Deutschland

⁵Praxis für Frauenheilkunde & Geburtshilfe Jena, Jena, Deutschland

⁶Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie, Sporttraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ulm, Deutschland

⁷Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke am Campus Köln-Merheim, Köln-Merheim, Deutschland

⁸Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, LMU München, München, Deutschland

⁹Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (Sektion NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Berlin, Deutschland

Akutbehandlung schwangerer Patientinnen nach schwerem Trauma – eine retrospektive Multicenteranalyse

Hintergrund

Traumata sind die führende, nichtgeburthilfliche Todesursache bei Frauen in der Schwangerschaft [14]. Auch für den Fetus kann eine Verletzung immanente Folgen haben. So steigt das Risiko für einen Abort, einen vorzeitigen Blasensprung, eine Uterusruptur, eine vorzeitige Plazentalösung und eine notwendige Sectio caesarea bis hin zur Totgeburt an [22, 24, 29, 30]. Für die prähospitalen sowie innerklinische Traumaversorgung existieren etablierte Versorgungsalgorithmen. Jedoch wären z. T. schwangerschaftsbedingte Modifikationen erforderlich. Hierzu gehört beispielsweise die Anlage einer Thoraxdrainage nach Bülow, da hier, aufgrund des schwangerschaftsbedingten Zwerchfellhochstands, die Inzision zwei Interkostalräume höher erfolgen soll. Weiterhin sollten Frauen ab der 20. Schwangerschaftswoche in Linksseitenlage (mindestens 15–20°) gelagert werden oder

eine manuelle Uterusverlagerung nach links durchgeführt werden, um einen adäquaten venösen Rückfluss zum Herzen zu gewährleisten. Durch die Seltenheit des Traumas in der Schwangerschaft sind Notfallmediziner in besonderer Weise gefordert.

» Für die schwangerschaftsbedingte Traumaversorgung sind Modifikationen erforderlich

Epidemiologische Daten sind für Deutschland, Österreich und die Schweiz derzeit nicht vorhanden.

Fragestellung

Unklar ist die Inzidenz von schwangeren Traumapatientinnen, welche in deutschen, österreichischen und schweizer Traumazentren behandelt werden. Weiterhin ist das Outcome, im Vergleich zu nichtschwangeren Frauen im gebärfähigen

Alter, bisher nicht beschrieben. Zusätzlich sollen Unterschiede im prähospitalen, innerklinischen sowie intensivmedizinischen Setting aufgedeckt werden.

Das primäre Studienziel ist es daher, erstmalig die Daten zu Häufigkeit und Outcome von schwangeren Traumapatientinnen im Vergleich zu nichtschwangeren Frauen für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz auf der Basis des TraumaRegister DGU[®] (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, TR-DGU) auszuwerten.

Weiterhin sollen Unterschiede zu Traumamechanismen und -schwere erfasst werden. Zusätzlich wurden aufgrund des Vorliegens einer Schwangerschaft mögliche Auswirkungen in der prähospitalen Versorgungsphase, bezugnehmend auf die Durchführung von Notfalltechniken wie Intubation oder die Anlage einer Thoraxdrainage, ermittelt. Innerklinisch war das Management im Schockraum, speziell die Durchführung der bildgebenden Ver-