

Fit für den Dienst

Checkliste – Das kindliche Polytrauma

Doctor medic Oana-Roxana Funke¹

¹ AUF DER BULT Kinder- und Jugendkrankenhaus Hannover

- **Empfehlung Protokoll Polytrauma Kind (bis 50 Kg):**
 - Gewichtsadaptierte CT-Parameter
 - Schädel nativ bis HWK2
 - Monophasische Akquisition Schädelbasis-HWK-Thorax-Abdomen-Becken in einer gemischten Phase nach 50 s Delay
 - KM i.v.:
 - 2 ml/kg bis 25 kg
 - 1,5 ml/kg bis 50 kg
 - Größere Kinder (> 50 kg): Split-Bolus-Kontrastmittelgabe
- **Unterschiede zum Erwachsenen:**
 - Physiologie: Kinder haben kleinere Blutgefäße und eine verstärkte Vasokonstriktion
 - Selbststillende Blutungen in Zusammenhang mit Verletzungen solider Viszeralorgane
 - > 97% konservative Therapie (z.B. nur 2% der Milzverletzungen Op-Indikation)
 - Anatomie: häufig Schädel-Hirn-Trauma
 - Der kleinkindliche große Kopf, schwache Nackenmuskulatur
 - Bei Säuglingen sind die Schädelnähte noch offen → Gewalteinwirkung direkt auf das Hirnparenchym.
 - Die Hirngefäße sind noch unreif ohne Strukturproteine, die Autoregulation wird früher versagen.
- **Stufendiagnostik bei stabilen Patient*innen, wenn kinderradiologische/pädiatrische Kompetenz, Kinderchirurgie und Kinderanästhesie vor Ort**
- **Der Ultraschall ist eine gute, diagnostische Methode im Kindesalter:**
 - für SHT < 1 Jahr (blinde Regionen, z.B. Hintere Schädelgrube)
 - gute Untersuchung für stumpfes Bauchtrauma
- **Weitere Tipps:**
 - Frage Suture oder Fraktur → VRT Rekonstruktion
 - Atlanto-axiale Rotationssubluxation → MPR 10mm Schichtdicke
 - https://register.awmf.org/assets/guidelines/006-120l_S2k_Polytraumaversorgung-im-Kindesalter_2021-02.pdf