

21144

OTTO-VON-GUERICKE-UNIVERSITÄT MAGDEBURG

Medizinische Fakultät

Universitätsklinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie

Direktor Prof. Dr. med. Dr. Th. Hachenberg



Universitätsklinikum • Leipziger Str. 44 • D-39120 Magdeburg

MEDI-Care Versorgungsteam

Hr. Dr. Lucht

Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber

Friedrich-List-Straße 1A

38820 Halberstadt

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen,
wir berichten Ihnen über unseren gemeinsamen Patienten Herrn Arsen KURIDZE, geboren am 22.07.1965, der sich vom 06.04.2020 bis zum 23.04.2020 im Universitätsklinikum Magdeburg in Behandlung befand.

Diagnosen und Eingriffe**Hauptdiagnose**

Fenstersturz in suizidaler Absicht am 01.04.2020 mit

- Rippenserienfraktur Th4 - 12 rechts, Th4 - 12 links
- Fraktur der rechten Querfortsätze LWK 1-5
- Fraktur der Domfortsätze LWK 4-5
- Fraktur des Os Sacrum

Nebendiagnosen

Psychose mit bekanntem fremd- und autoaggressivem Verhalten

Verlaufsdiagnosen

Lungenarterienembolie auf Segmentebene im linken Oberlappen

Delir

Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II

Therapien

07.04.20: Diagnostische Thorakoskopie links, Osteosynthese Rippe 5-7 links mit 3x 16-Loch Rippenfixationsplatten

Studienteilnahme

Keine

Anamnese

Der Patient wurde am 06.04.20 vom AMEOS-Klinikum Halberstadt übernommen, nachdem er am 01.04.20 aus ca. 8 m Höhe in suizidaler Absicht aus einem Fenster gesprungen war. Aufgrund der Thoraxinstabilität durch die vorliegenden Rippenfrakturen erfolgte die Übernahme zur thoraxchirurgischen Versorgung.

Status praesens bei Aufnahme

Patient ist intubiert, beatmet, analgosediert. Pupillen beidseits eng, isokor und lichtreagibel. Emphysem beidseits bei zwei liegenden Thoraxsaugdrainagen. Keine Eigenbewegung.

21144

Verlauf

Die Osteosynthese der Rippen 5-7 links erfolgte am 07.04. problemlos. Postoperativ war das Weaning protrahiert, gelang jedoch primär erfolgreich am 11.04.20. Mit forcierter physiotherapeutisch unterstützter Atemtherapie und initial opiatbasierter Analgesie gelang es, einen guten Gasaustausch zu etablieren. Die Opiattherapie ist inzwischen ausschleichend beendet worden, zur Analgesie erhält Herr Kuridze Ibuprofen im Schema.

Bereits nach Extubation zeigte der Patient eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe, die zunächst mit Clonidin behandelt wurde. Im Rahmen der weiteren Stabilisierung demarkierte sich zunehmend ein Delir, das wir mit Haloperidol behandeln konnten. Phasenweise war auch eine Fixierung notwendig. Wir weiteten die konservativ-reorientierenden Maßnahmen wie Mobilisierung und Aufrechterhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus aus. Zusätzlich ordinierten wir Risperidon zur Nacht.

Nach psychiatrischer Vorstellung konnte eine akute Suizidalität zuletzt ausgeschlossen werden, es wurde jedoch eine weiterführende psychiatrische Mitbehandlung dringend als notwendig erachtet. Die Übernahme in das Klinikum Blankenburg konnte allerdings aufgrund der fehlenden Kostenübernahme nicht umgesetzt werden. Sollte es jedoch zu einer erneuten akuten psychiatrischen Erkrankung wie Psychose oder Suizidversuch kommen, wäre eine Behandlung dort möglich.

Bei bestehender Lungenembolie begannen wir mit der therapeutischen Antikoagulation mit Heparin. Unter dieser zeigte sich eine laborchemisch nachgewiesene Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ 2 (HIT 2), sodass wir nach überlappender intravenöser Behandlung mit Argatroban aktuell ein orales Schema mit Apixaban etablieren konnten. Eine langstreckig bestehende Sinustachykardie wurde mit Betablocker frequenzkontrolliert.

Die Wundverhältnisse sind zeitgerecht, das Nahtmaterial wurde bereits entfernt. Eine Entfernung des Osteosynthesematerials ist regulär nicht vorgesehen, nur bei Komplikationen oder Beschwerden kann eine Entfernung in Betracht gezogen werden. Die Fortsatzfrakturen der LWS und die Os sacrum-Fraktur sollen konservativ ausheilen, es werden wie unten aufgeführt weitere Röntgen-Kontrollen empfohlen.

Psychiatrisch zeigte sich Herr Kuridze zuletzt unauffällig, die Mitarbeit bei der Physiotherapie war tagesabhängig schwankend. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung war in den letzten Tagen ebenfalls nicht gegeben. Herr Kuridze konnte einzelne Schritte mit Hilfe gehen, eine selbstständige Mobilisierung über längere Strecken war jedoch nicht möglich. Aufgrund der Schwere der Verletzung ist eine weitere physiotherapeutische Mitbetreuung (Atemtherapie, Krankengymnastik, Muskelaufbau) unabdingbar. Zusätzlich sollte eine pflegerische Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst für die tägliche Versorgung der Wunden (2xTag) und die Alltagshygiene sichergestellt sein.

Der Kostaufbau ist abgeschlossen, der Patient nimmt selbstständig Nahrung zu sich. Bei dünnflüssigem Stuhlgang konnte eine Infektion durch typische Durchfallerreger ausgeschlossen werden. Eine Infektion durch SARS-CoV 2 wurde molekulargenetisch ebenfalls ausgeschlossen.

Traumatologisch empfehlen wir folgendes Procedere:

- Vollbelastung möglich
- Ambulante physiotherapeutische Mitbehandlung (Atemtherapie, Krankengymnastik)
- Pflegedienst zur Wundversorgung und Alltagshygiene, bis Eigenmobilität ausreichend wieder hergestellt ist
- Röntgenkontrollen des Beckens nach 6 Wochen sowie nach 3, 6, 12 Monaten
- Röntgenkontrollen der LWS nach 4 Wochen sowie nach 3, 6, 12 Monaten
- Bei Beschwerden oder Problemen in der Nachbehandlung jederzeit Wiedervorstellung über

21144

unsere unfallchirurgische Ambulanz

Internistisch empfehlen wir folgendes Procedere:

- Fortsetzung der Antikoagulation mit Apixaban über 3-6 Monate, dann erneute Risikostratifizierung bzgl. Beendigung der Behandlung oder verlängerte Erhaltungstherapie

Psychiatrisch empfehlen wir folgendes Procedere:

- Psychiatrische Mitbehandlung dringend notwendig, um das Risiko eines erneuten Suizidversuches zu verringern

BefundeCT Thorax vom 06.04.2020

Kleine Embolie in einer Segmentarterie des Oberlappens links dorsobasal. Bekannte Pneumothoraces bds., rechts ca. 1 cm breit und links ca. 3 cm und ausgedehntes Weichteilemphysem weitgehend idem zur VU. Einliegende Thoraxsaugdrainage links dorsal und rechts im kleinen Lappenspalt einliegend bei Projektion der Spitze dorsal. Rippenfrakturen bds. rechts 4. Bis 10. Rippe lateral und 6. bis 8. Dorsal. Links 5. bis 8. Rippe lateral sowie 8. bis 10. Dorsal. Einliegender ZVK, Tubus und Magensonde ohne Fehllage. Die midargestellten Oberbauchorgane sind unauffällig.

CT Thorax/Abdomen vom 13.04.2020

Zur Voruntersuchung nur noch minimaler residueller Pneumothorax links bei zwei einliegenden TSD links, sowie einer TSD rechts. Eine rechte Drainage liegt apikal und regelrecht. Die weiteren Drainagen liegen im Lungenparenchym. Weiterhin in der Lunge einige fleckförmige Verdichtungen rechts im Oberlappen, sowie Konsolidationen links im Unterlappen mit Bronchoaerogrammen. Geringe Pleuraergüsse bds, rechts teilweise gefangen. Rückläufiges Thoraxwandemphysem mit Umverteilung in die Bauchwand. Weichteilödem linksthorakal. Keine Lufteinschlüsse. An den Rippen teilweise Gaseinschlüsse im umgebenen Fettgewebe intrathorakal. Am Beginn der V. cava einliegender ZVK. Keine freie Luft, keine freie Flüssigkeit. Abdominal weite Dickdarmschlingen insbesondere im Rektum. Hier etwas Stuhl. Die Oberbauchorgane sind soweit nativ beurteilbar unauffällig. Einliegender DK. Bekannte Rippenfrakturen. Costa V-VII sind linksseitig osteosynthetisch versorgt.

Beurteilung: Pulmonale Infiltrate wie oben beschrieben. Bds. liegt jeweils eine TSD im Lungenparenchym. Links kleiner Restpneumothorax. Weichteilödem linksthorakal ohne Lufteinschlüsse. Abdominell kein Ileus.

Thoraxübersichtsaufnahme im Liegen vom 14.04.2020

Nach Entfernung einer der beiden Thoraxsaugdrainagen links kein Pneumothorax. Die verbliebene Drainage links und der Jugulariskatheter von rechts liegen weiter korrekt. Herz nicht vergrößert, keine Stauung, kein wesentlicher Erguss. Etwas zunehmende Dystelektasen beidseits basal. Mit 3 Platten stabilisierte Rippenfrakturen links lateral.

Thoraxübersichtsaufnahme im Liegen vom 15.04.2020

Rechter Randwinkel nicht komplett miterfasst. Gegenüber der Voraufnahme wurde die Thoraxsaugdrainage links entfernt. Soweit im Liegen eingeschränkt beurteilbar, kein Hinweis auf Pneumothorax. Übrige Therapiehilfen idem. Kardiopulmonaler Befund idem.

LWS in zwei Ebenen vom 21.04.2020

Bei Adipositas und seitlich angestellter Aufnahme nur reduzierte Bildqualität in diesem Strahlengang. Im ap-Strahlengang Beeinträchtigung der Beurteilbarkeit durch ausgeprägten Meteorismus. Leichte rechtskonvexe Skoliose der LWS. Degenerative Veränderungen im Bandscheibenraum L3/4

21144

Beckenübersichtsaufnahme sowie Inlet und Outlet Aufnahme vom 21.04.2020

Im Seitenvergleich ist das Iliosakralgelenk rechts etwas erweitert. Weitgehend undislozierte Abrissfraktur vom Os sacrum rechts kraniolateral sowie Absprengung des Querfortsatzes von L5 rechts

Mikrobiologie vom 07.04.2020

Material: Nasenabstrich
Kultur auf MRSA: NEGATIV
Material: Rachenabstrich
Kultur auf MRSA: NEGATIV

Mikrobiologie vom 19.04.2020

Material Stuhl
Clostridium difficile: Glutamat-Dehydrogenase-Nachweis (CLIA) positiv
Toxin b (DNA) negativ
Binäres Toxin (DNA) negativ
027 (DNA) negativ

Adenovirus (DNA) negativ
Astrovirus (RNA) negativ
Norovirus G1 (RNA) negativ
Norovirus G2 (RNA) negativ
Rotavirus (RNA) negativ
Sapovirus (RNA) negativ

Mikrobiologie vom 20.04.2020

Material: Analabstrich
Kultur auf multiresistente gramnegative Stäbchen (MRGN): NEGATIV
Kultur auf VRE: NEGATIV

Mikrobiologie vom 21.04.2020

Material: Nasen-/Rachenabstrich
PCR auf SARS-CoV2: NEGATIV

Kumulativlabor vom 23.04.2020

In Kopie anbei

Medikamente

Medikament		0 Uhr	6-8 Uhr	12-14Uhr	16-18Uhr	20-22 Uhr
Apixaban	oral	mg 0	5	0	0	5
Ibuprofen	oral	mg 0	400	400	0	400
Metoprololsuccinat	oral	mg 0	47,5	0	0	47,5
Risperidon	oral	mg 0	0	0	0	0,5

Wir bedanken uns für die prompte Übernahme des Patienten. Für evtl. Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich telefonisch gerne unter den Rufnummern (0391) 67-13338/21474 zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. J. Kugler
Stationsarzt

23.04.2020 07:59