

Zusammenfassung und Inhaltsverzeichnis EM:RAP German Edition

August 2017

Sprecher: Tobias Becker, Christian Hohenstein, Thomas Fleischmann

Schriftliche Zusammenfassung: Christoph Hüser

Inhalt:

- Wundmanagement Teil III: Das magische 6-Stunden-Zeitfenster und der verzögerte Wundverschluss ab Min 02:34
- Notfallthorakotomie in Deutschland ab Min 25:11
- Wundmanagement Teil IV: Klammern und Kleben ab Min 44:14
- Opiatverschreibung für ambulante Patienten in der ZNA ab Min 50:46
- Paper Chase: Distale TVT im Unterschenkel - der CACTUS-Trial ab Min 15:36

Wundmanagement Teil III: Das magische 6-Stunden-Zeitfenster und der verzögerte

Wundverschluss

mit Christian, ab Min 02:34

Zusammenfassung:

- Wahrscheinlich ist es in Ordnung Wunden auch nach mehr als sechs Stunden zu verschließen
- Risikofaktoren für Infektion sind wohl weniger das Zeitfenster, als Diabetes Mellitus, ein höherer Grad an Wundkontamination, Wundlänge >5cm und Wunden der unteren Extremität
- Kurzzeitiger Wasserkontakt beim Duschen ist wahrscheinlich nach 2-3 Tagen möglich

Das 6-Stunden-Zeitfenster zur primären Wundnaht:

- Nach neueren Daten gibt es wohl keinen Zusammenhang zwischen Infektionsrate und Zeitpunkt der Wundnaht, weshalb ein primärer Verschluss auch nach mehr als sechs Stunden möglich scheint:

Quinn, JV et al. Traumatic lacerations: what are the risks for infection and has the 'golden period' of laceration care disappeared? EmergMed J. 2014 Feb;31(2):96-100

Wundverband:

- Es könnte von Vorteil sein die Wunde an den ersten zwei bis drei Tagen nach Wundnaht z.B. mit Vaseline feucht zu halten
- Sonst die Wunde trocken und steril verbinden sowie Verband täglich z.B. durch den Patienten wechseln lassen

Wann darf die Wunde wieder nass werden:

- Nach 48 Stunden ist kurzer Wasserkontakt zum Beispiel beim Duschen wohl kein Problem, längerer Wasserkontakt z.B. beim Schwimmen sollte aber über einen längeren Zeitraum vermieden werden

Verzögerter Primärer Wundverschluss:

- Vorgehen: Wunde initial nur säubern und debridieren aber nicht verschließen, offen lassen über drei bis vier Tage, wenn sie sich nicht infiziert, wird sie nach 3-4 Tagen verschlossen und heilt dann wohl noch primär

- Diese Technik kann z.B. bei Wunden mit hohem Infektrisiko angewendet werden (eventuell Hundebissen)

Entfernung von Nahtmaterial:

- Fadenentfernung empfiehlt sich so früh wie möglich, da das Nahtmaterial selbst z.B. Infektion und Narbenbildung bedingen kann
- Faustregeln zur Dauer des Fadenverbleibs:
 - 5 Tage im Gesicht
 - 10 Tage an Extremitäten und Rumpf
 - 14 Tage an Hautflächen über Gelenken oder sonstigen Stellen mit hoher Belastung

Paper Chase: Distale TVT im Unterschenkel - der CACTUS-Trial mit Tobias und Christian, ab Min 15:36

Righini M et al.

Anticoagulant therapy for symptomatic calf deep vein thrombosis (CACTUS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial.

Lancet Haematol 2016;3:e556–62. doi:10.1016/S2352-3026(16)30131-4.

Fragestellung: Verringert die therapeutische Antikoagulation die proximale Ausbreitung oder gar Lungenembolie bei Patienten mit symptomatischer distaler Unterschenkelvenenthrombose?

Design:

- Randomisierte Studie in 21 Zentren
- Eingeschlossen: Niedrigrisiko-Patienten mit erster symptomatischer distaler tiefer Venenthrombose
- Intervention: Fraxiparin 1x/d s.c.vs. Kochsalz
- 90 Tage Beobachtungszeitraum
- Endpunkt: Ausbreitung nach proximal, kontralateral oder Lungenembolie

Ergebnisse:

- 259 Patienten eingeschlossen bei einer Studiendauer von 2008-2014
- Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, primärer Endpunkt wurde in 3% (Fraxiparin) vs. 5% (Placebo)erreicht
- Kein Patient an LE verstorben
- Blutungskomplikationen gab es nur bei den antikoagulierten Patienten, 5 von 122 antikoagulierten Patienten hatten Blutungen, davon war eine schwer

Folgerung:

- Überlegenheit der Antikoagulation konnte nicht gezeigt werden, aber ein erhöhtes Blutungsrisiko

Notfallthorakotomie in Deutschland

mit Thomas, ab Min 25:11

Indikation:

- Perforierende Thoraxverletzung und erst kürzlich (etwa fünf bis zehn Minuten) eingetretener Kreislaufstillstand bei liegenden Thoraxdrainagenbds.
- Bisherige Daten zeigen Überleben mit gutem neurologischem Outcome in etwa 15-20% bei enger Indikationsstellung

Procedere:

- Einseitiger oder beidseitiger Zugang:
Hemithorakotomie im vierten ICR einseitig links oder Clamshell-Thorakotomie
- Lebensrettender Vorteil im Vergleich zur alleinigen Einlage von Thoraxdrainagen ist vor allem die Möglichkeit die Entlastung der Perikardtamponade bei der Thorakotomie
 - Traumatische Perikardtamponaden können durch Punktion meist nicht suffizient gemangaged werden
- Die Evidenz von Vorteil für Clamping der Aorta oder Hilar-Twist ist wohl eher gering

Bedenken:

- Ist keine endgültige Therapie, sondern Überbrückungsmaßnahme bis zur endgültigen Weiterversorgung durch die Herz-Thorax-Chirurgen im OP
- Daher sollte vorher mit den Kollegen im Haus besprochen werden, wie sie dazu stehen und ein gemeinsames Procedere besprochen sein

Wundmanagement Teil IV: Klammern und Kleben

mit Christian, ab Min 44:14

Klammern:

- Bietet wahrscheinlich vor allem Zeitersparnis
- Wunden, die sich anbieten:
 - An behaarter Kopfhaut (eventuell auch Rumpf)
 - Glatt begrenzte und lineare Wunden

Gewebekleber:

- Es gibt verschiedene Kleber mit kurz- oder langkettigen Molekülen
- Langkettige halten mehr Belastung aus und brauchen länger (30-45s) bis sie getrocknet sind und die nächste Schicht aufgetragen werden kann
- Ist eine gute Option für kleinere Wunden mit wenig Spannung, die sich gut adaptieren lassen

Opiatverschreibung für ambulante Patienten in der ZNA

mit Thomas, ab Min 50:46

Zusammenfassung:

- Verschreibung von Opioiden für Patienten die aus der ZNA nach Hause entlassen werden sollte eher bewusst und vielleicht auch restriktiv erfolgen
- Das generelle Nicht-Verschreiben von Opioiden erleichtert eventuell den Umgang mit Opioid-Seekern

Abhängigkeitsgefahr:

- In den USA erhält etwa jeder sechste Patient Opiode verschrieben, was vielleicht auch zur Abhängigkeitswelle in den USA beigetragen hat
- Wichtig ist daher, dass auch eine initial indizierte Opioid-Therapie, durch die weiterversorgenden ambulanten Kollegen wieder beendet wird, sobald keine Indikation mehr vorliegt

Tipps für die sichere Anwendung von Opioiden in der ZNA:

- Andere Methoden zur Schmerzerleichterung ausreizen (neben NSAR, Metamizol und Paracetamol z.B. auch Lagerung oder Injektion von Lokalanästhetika in Trigger-Punkte)
- Schmerzen zunächst durch Opioidgabe in der Notaufnahme kontrollieren, Verschreibung kritisch hinterfragen und maximal für ein bis zwei Tage bis zur Vorstellung beim Hausarzt
- Keine retardierten Opioidpräparate aus der Notaufnahme hinaus verschreiben (Suchtpotenzial bei diesen erhöht)
- Vermeidung von Kombinationspräparaten
- Oxycodon hat stärker euphorisierende Wirkung als Morphin, daher vielleicht eher Morphin bevorzugen