

Das Liegetrauma als Kasuistik - Die Betrachtung eines wenig erforschten und unterschätzen Syndroms



Ein RTW wird zum Einsatzstichwort „Hilflose Person hinter Tür“ alarmiert. Nach der Türöffnung findet das Team eine kritische Patientin mit einem Last-Seen-Well-Intervall von 14 Tagen vor. Die kachektische Patientin ist wach bei einem GCS von 10 sowie einem Herdblick nach oben links, SpO₂ liegt bei 84%, HF: 140bpm, Recap >2 Sekunden und die Temperatur beträgt 32,5°C. Trotz schonender Rettung entwickelt die Patientin durch das Umlagern selbstlimitierende ventrikuläre Tachykardien mit Herzfrequenzen um die 190bpm.

Im deutschen Rettungsdienst bezeichnet man Krankheitsbilder und Symptomkonstellationen wie diese häufig als Liegetrauma. Das Liegetrauma ist in der Literatur jedoch weder als eigenständiges Krankheitsbild noch als Symptomkonstellation näher definiert.

In einer Studie aus dem Jahr 2022 beschäftigten sich Hüser et al. deshalb mit genau diesem Krankheitsbild, um bei bisher fehlenden Versorgungsdaten für Patienten mit Liegetrauma Einflussfaktoren auf die Morbidität und Letalität zu ermitteln. Dazu betrachteten sie die im Zeitraum von 2018 - 2020 mit dem rettungsdienstlichen Stichwort „Liegetrauma“ in die Uniklinik Köln eingelieferten Patienten. Hüser et al. stellten dabei 40% primär neurologische Ursachen, 12% Intoxikationen und 10% häusliche Traumata als Ursache des Liegetraumas fest. Folgen des Liegetraumas werden im Rettungsdienst häufiger durch ein längeres Liegen ausgelösten muskulären Minderperfusion mit folgender Gewebsschädigung, die zu einer Rhabdomyolyse führt, zugeschrieben. Entgegen dieser Annahme wird die schwere Rhabdomyolyse in der Studie jedoch nur bei 21% der Patienten diagnostiziert. Als häufigste Folgen sind die Exsikkose (66%) und Infektionen (52%) wahrgenommen worden. Ähnlich oft wie die Rhabdomyolyse wurden bei Patienten akute Nierenfunktionsstörungen und schwere Hypothermien diagnostiziert. Hüser et al. arbeiten heraus, dass als Liegetrauma meist ein Patientenzustand beschrieben werden kann, bei dem infolge vielfacher Ursachen die eigenständige Mobilisation und ein selbstständiges Hilfefholen verhindert werden und dadurch weitere Gesundheitsschäden entstehen. Bei diesem Syndrom sind Gewebsschäden als Folge des Liegens keine notwendige Voraussetzung für das Vorliegen eines Liegetraumas. Patienten mit Liegetrauma sind häufig kritisch krank und jeder zweite Patient mit einem Liegetrauma verstarb nach den Daten der aktuellen Untersuchung während des stationären Aufenthaltes.

Aufgrund der hohen Morbidität und Mortalität empfehlen die Autoren der Studie eine Versorgung von Patienten mit Liegetrauma im Schockraum. Unabhängig von dieser Empfehlung und der fehlenden

Definition des Krankheitsbildes ist das Liegetrauma Teil der Non-Trauma-Schockraumkriterien des DGINA – Weißbuchs, dessen Alarmierung sich, ebenso wie eine Trauma-Schockraumindikation, bei den meisten Patienten ohnehin aus den Vitalwert-Konstellationen ergibt.

Bei der oben beschriebenen Patientin wurde das neurologische Defizit, die Hypothermie und die Exsikkose, die folgend zum hypovolämen Schock führten, präklinisch erkannt. Diese Krankheitsbilder sind einzeln sowie in Kombination lebensbedrohlich. Die Hypothermie und der hypovoläme Schock führen beide zu einer Minderperfusion des peripheren Gewebes und folglich zu einer Gewebshypoxie. Hierbei fallen aus dem anaeroben Stoffwechsel saure Stoffe wie z.B. Laktat an, was wiederum zu einer metabolischen Azidose und Mikrozirkulationsstörungen führt. Diese Mikrozirkulationsstörungen fördern die Thrombenbildung, Stase und die Ödembildung, sodass sich die Schockspirale immer weiter verstärkt.

Da es keine Leitlinie zur Behandlung des Liegetraumas gibt, wurde die oben genannte Patientin symptomorientiert mit 15L O₂, vorgewärmten Infusionen, 300mg Amiodaron in G5 und einem Noradrenalinperfusor stabilisiert. Hierbei wurde sich an den ERC-Leitlinien zur Hypothermie und instabilen Tachykardie sowie der S3-Leitlinie zur akuten Schlaganfalltherapie orientiert. Die Patientin wurde weitestgehend stabil im internistischen Schockraum an das Krankenhaus übergeben.

Abschließend betrachtet ist das Liegetrauma ein rettungsdienstlich sehr unterschiedlich wahrgenommenes, literarisch nicht definiertes und wissenschaftlich wenig erforschtes Syndrom, welches mit einer hohen Morbidität und Mortalität der Patienten einhergeht. Es wird eine starke Empfehlung für eine Schockraumalarmierung ausgesprochen, wobei die sonstige Therapie bei fehlenden Versorgungsstandards symptomorientiert erfolgt. Mitarbeitende in der präklinischen und klinischen Versorgung sollten sich der hohen Morbidität und Mortalität bewusst und auf Zustandsverschlechterungen vorbereitet sein.

Literaturverzeichnis:

Hüser, C., Hackl, M., Suárez, V., Gräff, I., Bernhard, M., Burst, V. & Adler, C. (2022). "Long lie trauma" patients: retrospective analysis of a patient cohort presenting to a university hospital emergency department. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(3), 220–227. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00912-w>

retten - Notfallsanitäter. (2023). <https://doi.org/10.1055/b-006-163295>

Wiederbelebung, D. R. F. (2022). *Reanimation 2021: Leitlinien kompakt*.

AMBOSS GmbH; Kapitel: Rhabdomyolyse und Crush-Syndrom

[<https://next.amboss.com/de/article/4O03sT?q=liegetrauma>; Kapitel zuletzt aktualisiert am: 28.08.2023]

AMBOSS GmbH; Kapitel: Hypothermie und Erfrierungen

[<https://next.amboss.com/de/article/kK0mgS?q=hypothermie>; Kapitel zuletzt aktualisiert am: 21.02.2024]