

## Beilage 4 Operationsbericht

Name: [REDACTED] 1965 [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

allgemein

Abteilung: Neurochirurgie, [REDACTED]

OP - Datum: 21.08.2021

OP - Beginn: 13:45

OP - Dauer: 40 Min

**OP-Diagnose:** Schweres Schädelhirntrauma mit Kontusionsblutung frontal links

Multiple Frakturen an Neuro- und Viszerokranium, unter anderem Felsenbeinlängsfraktur rechts mit fraglicher Liquorrhoe bei primär Blutausfluss aus dem Ohr, frontale Fraktur links mit Einstrahlung in den Sinus frontalis ohne Dislokation, Verdacht auf Fraktur Sinus maxillaris rechts mit auch Verschattung, ansonsten Verdacht auf Lungenkontusion, DD Aspiration, V.a BWK-Impressionsfraktur DD alte Fraktur

**Operation:** ICP-Sondeneinlage rechts frontal, Wunddébridement und Wundversorgung links frontal

**Operateur:** Dr. med. [REDACTED]

**Assistent:** [REDACTED]

Anästhesie: Anästhesie am schon  
intubierten Patienten

AB Prophylaxe: Augmentin 2,2 g iv

Wundklasse: C (contaminated)

### Indikation

[REDACTED] war uns nach einem Töffunfall notfallmässig von der Rega intubiert zugewiesen worden. Der Patient sei wohl von einem Auto mit 80km/h seitlich gerammt worden. Er sei dann auf dem Boden aufgeschlagen, der Helm hätte sich gelöst und er habe auch sein linksseitiges Glasaugen verloren. Initial war ein GCS von 6 festgestellt worden. Es erfolgte die Intubation und Vorstellung am KSGR. CT-morphologisch zeigten sich die in der Diagnose beschriebenen Befunde. Es wurde die Indikation zur notfallmässigen ICP-Sondeneinlage rechtsfrontal sowie Wundversorgung links gestellt.

### Operation

Patient in Intubationsnarkose und Rückenlage. Oberkörper hochgelagert. Rasur im Bereich des Kocherpunktes rechts. Desinfektion ebendort sowie Desinfektion der sternförmig aufgeplatzten RQW links. Steriles Abdecken. Time-Out.

Hautstich per Stichinzision rechts am Kocherpunkt. Bohrlochtrepantation mit Handbohrer. Eindrehen des Bolts. Einbringen der Sonde. Initialer ICP 9. Unter dem Queckenstedt-Versuch zeigt sich ein Anstieg des ICP. Somit wird von einer korrekten Sondenlage ausgegangen.

Nun Wechseln nach linksfrontal. Hier zeigt sich eine multianguläre sternförmig aufgeplatzte RQW mit teilweise avital anmutendem Gewebe ohne höhergradige Verschmutzung. Die avitalen Anteile werden débridiert. Dann ausgiebiges Spülen. Dann tiefe Readaptation mit 2-0 Vicrylfäden, sofern im Musculus tendö occipito-frontalis vermutet wird. Entsprechende Readaptation. Dann oberflächliche Readaptation je nach Galeadicke mit 3-0 bzw. 4-0 Ethilon-Fäden, 4-0 insbesondere im Bereich der Augenbraue. Dann Desinfektion mit Betadine. Auflage von Jelonet. Steriler Wundverband. Insgesamt komplikationsloser Eingriff. Blutverlust 100ml.

#### Prozedere

Verlegung auf die Intensivstation. Oberkörper 15-30° hoch, systolischer Blutdruck 140mmHg. Keine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe. Physikalische Thromboembolieprophylaxe mit Strümpfen. Fadenentfernung nach 10-14 Tagen, je nach Wundverhältnissen. Sedation für 72 Stunden unter ICP-Kontrolle. Dann Entscheid je nach ICP, über Versuch der Sedationsreduktion. Je nach Situation gegebenenfalls zeitnahe CCT-Verlaufskontrolle. Weiterführen der antibiotischen Therapie mit Augmentin 3x 2.2g i.v. für 5 Tage. ORL- und MKG Verlaufskonsil mit Frage nach operativen Indikationen.

Dr. med. [REDACTED]

(elektronisches Visum)