Chirurg 2019 · 90:695–696
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0998-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

H.-S. Hofmann

Klinik und Poliklinik für Herz-, Thorax- und herznahe Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Intrathorakale Fisteln

Fisteln (von lateinisch „fistula“ – Pfeife, Röhre) stellen nicht natürlich vorbestehende, röhrenartige Verbindung zwischen einem inneren Hohlorgan und anderen Organen oder der Körperoberfläche dar. Sie können auf der Basis akuter/chronischer Entzündungen oder durch mechanische Einwirkung/Druck entstehen. Die Behandlung akuter Fisteln ist meist einfacher im Vergleich zu chronischen Fisteln, deren Therapie häufig schwierig und langwierig ist. In vielen Fällen ist sowohl bei akuten als auch chronischen Fisteln eine Intervention oder Operation unumgänglich, um einen endgültigen Verschluss der Fistel herbeizuführen.

» Intrathorakale Fisteln stellen abgesehen von kleinen Lungenparenchymfisteln eine erhebliche Komplikation dar

Bei den thorakalen Fisteln handelt es sich fast ausschließlich um innere Fisteln, also um eine pathologische Verbindung zwischen zwei thorakalen Hohlorganen. Als Organe kommen intrathorakal die Trachea/Bronchien, die Lunge, die Pleura, der Ösophagus und das Gefäßsystem infrage. Die Folgen dieser Fisteln reichen von gering (z. B. kleine Lungenparenchym-Pleura-Fistel) bis zu einer absoluten Notfallsituation (z. B. arteriotracheale Fistel). Somit gestaltet sich auch das Therapiespektrum von konservativ/beobachtend bis zur notfallmäßigen Operation. Die häufigsten intrathorakalen Fisteln sind die Lungenparenchymfisteln in den Pleuraraum nach thoraxchirurgischem Eingriff. In den allermeisten Fällen kommt es hierbei unter konservativer Behandlung zu

einem Spontanverschluss, Nebenwirkungen sind jedoch ein rezidivierender Pneumothorax und die Gefahr eines Pleuraempyems.

Schwieriger in der Versorgung sind Fisteln der größeren Atemwege (Trachea, Bronchien) mit der Pleura, da es hier kaum zu einer spontanen Abheilung kommt. In dem Beitrag von L.V. Klotz *et al.* geht es um die interventionelle Versorgung tracheo-/bronchopleuraler Fisteln, deren Hauptursache auch thoraxchirurgische Eingriffe gefolgt von pulmonalen Infektionen (z. B. Pneumonie, Lungenabszess) sind. Zum interventionellen Verschluss broncho- oder tracheopleuraler Fisteln können verschiedene Methoden zur Anwendung kommen, wobei die Implantation endobronchialer Ventile oder Stents hier einen erheblichen Stellenwert besitzt.

Einen Sonderfall stellen tracheo-/bronchopleurale Fisteln auf der Basis einer Anastomoseninsuffizienz nach bronchoplastischer Resektion (Manschetten-/Bifurkationsresektion) dar. Frau C. Ludwig berichtet anhand ihrer jahrelangen chirurgischen Erfahrungen auf diesem Gebiet sowohl über die Vermeidung solcher Fisteln als auch über die frühzeitig indizierte chirurgische Intervention. Grundstein der Therapie ist die Drainage der Pleurahöhle und die Antibiotikatherapie.

Die gleiche therapeutische Strategie steht am Anfang bei der Behandlung tracheo-/bronchoösophagealer Fisteln, diese können angeboren oder erworben sein. Therapieziel ist auch hier der zügige, komplette Fistelverschluss. Die endoskopische Therapie der Wahl ist ebenfalls die Stentimplantation. Je nach Lokalisation der Fistel und Vorliegen einer Stenose erfolgt entweder ein Stenting der Atemwege, des Ösophagus oder

ein Double-Stenting. Herr M. Schweigert berichtet über die Möglichkeiten der interventionellen Verfahren des Verschlusses tracheo-/bronchoösophagealer Fisteln.

Der operativen Versorgung dieser Fisteln widmet sich der Beitrag von Mann *et al.* Neben der Darstellung der operativen Möglichkeiten des Verschlusses tracheo-/bronchoösophagealer Fisteln stellen die Kollegen vor allem ihre eigenen Daten der letzten 10 Jahren vor. Die chirurgisch behandelten Patienten wurden hinsichtlich Fistelursache, Vorbehandlung, Operationsverfahren und Komplikationen analysiert und mit der verfügbaren Datenlage in der Literatur verglichen. Die Schlussfolgerung ist, dass die Primärbehandlung einer tracheo-/bronchoösophagealen Fistel, sofern technisch möglich, mittels interventioneller endoskopischer Therapie erfolgen sollte, jedoch bei endoskopischer Therapieversagen eine frühzeitige chirurgische Therapie anzustreben ist.

» Versorgung intrathorakaler Fisteln setzt interdisziplinäre Zusammenarbeit (Internisten, Chirurgen) voraus

Tracheoarterielle Fistel zwischen dem Truncus brachiocephalicus und der Trachea stellen eine sehr seltene, aber dafür lebensbedrohliche Komplikation meist beim Vorliegen eines Tracheostomas dar. Ried *et al.* berichten anhand eigener Fälle und der Literatur über die Diagnosestellung, die Sicherung der Atemwege und die sofortige Blutungskontrolle. Eine chirurgische Notfallversorgung ist aufgrund der Blickdiagnose ohne weitere

Diagnostik indiziert. Die Letalität dieser Erkrankung ist sehr hoch.

Intrathorakale Fisteln stellen abgesehen von kleinen Lungenparenchymfisteln eine erhebliche Komplikation dar, die ein ausgefeiltes, interventionelles oder chirurgisches Management benötigen. Diese Fisteln sollten in einem Zentrum mit hoher Expertise behandelt werden und setzen fast immer eine enge Absprache zwischen interventionell und chirurgisch tätigen Ärzten voraus, da in vielen Fällen der Verlauf schwierig und durch mehrere Eingriffe gekennzeichnet ist.

Ich bedanke mich bei allen Autoren für ihre hervorragenden Übersichtsarbeiten zum Thema der intrathorakalen Fisteln. Die Beiträge spiegeln die exzellente Expertise der Kollegen in der Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder wider. Ich hoffe, dass der interessierte Leser einen Eindruck über die teilweise schwierige, individualisierte Therapie dieser Patienten mit intrathorakalen Fisteln gewinnt.

Prof. Dr. Hans-Stefan Hofmann

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-S. Hofmann

Klinik und Poliklinik für Herz-, Thorax- und herznahe Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland
hans-stefan.hofmann@klinik.uni-regensburg.de

Interessenkonflikt. H.-S. Hofmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zertifizierung von Kontinenz- und Beckenbodenzentren

Fachgesellschaften starten gemeinsames Verfahren

Für eine bessere Qualität der Versorgung: Die fünf Träger der beiden bisher bestehenden Zertifizierungsverfahren für Kontinenz- und Beckenbodenzentren haben sich jüngst auf ein neues einheitliches System verständigt.

Seit dem 1. Juli 2019 erfolgt die Zertifizierung gemeinsam durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sowie die Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). „Wir Urologen sind sicher, dass das künftige gemeinsame Zertifizierungsverfahren die interdisziplinäre Kooperation der beteiligten Fachgebiete verbessern und damit die Behandlungsqualität für die Patienten deutschlandweit steigern wird“, sagt Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, DGU-Vorstandsmitglied und stellvertretende Vorsitzende der Zertifizierungskommission.

Zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren sind interdisziplinäre Einrichtungen, die schwerpunktmäßig Probleme der Harn- und Stuhlinkontinenz sowie funktionelle Störungen und Erkrankungen des Beckenbodens behandeln. Seit 2002 wurden die Zentren von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft zertifiziert. Parallel dazu wurde 2011 ein weiteres Zertifizierungsverfahren von DGGG, DGU, DGAV und DGK installiert. Seitdem nutzten die Zentren das eine oder andere der beiden konkurrierenden Verfahren oder durchliefen beide Zertifizierungssysteme. An ihre Stelle tritt nun das neue gemeinsame Verfahren, das von allen fünf Gesellschaften getragen wird. Mit der Vereinheitlichung wollen die Träger die Qualität der Struktur und Versorgung verbessern. Dafür wurden in das neue Zertifizierungssystem neben strukturellen Anforderungen, persönliche Qualifikationsmerkmale und vor allem auch die Abfrage der Ergebnisqualität integriert. „Gleichzeitig ermöglichen wir unseren Patientinnen und Patienten künftig eine eindeutige Orientierung bei der Suche nach einem flächendeckend einheitlich hochqualifizierten Behandlungsangebot“, sagt Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel.

Die Zertifikate der beiden bisherigen Zertifizierungsverfahren behalten Gültigkeit bis zu ihrem jeweiligen Ablauf; Zentren können aber bereits jetzt Anträge nach den neuen Bedingungen stellen. Auch Neu-Anträge zur Erstzertifizierung sind ab sofort möglich. „Wir hoffen auf eine schnelle und breite Etablierung des einheitlichen Verfahrens, mit dem wir nun allen qualifizierten Kliniken eine überzeugende und tragfähige Lösung anbieten können, um eine hohe Expertise bei der interdisziplinären Versorgung von Inkontinenz und Erkrankungen des Beckenbodens in ihren Einrichtungen nachzuweisen und für Patientinnen und Patienten sichtbar zu machen“, so DGU-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel.

Zuständig für die Organisation des neuen Zertifizierungsverfahrens ist die Deutsche Kontinenz Gesellschaft; die Durchführung obliegt dem akkreditierten Zertifizierungsunternehmen CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH, das auf seiner Website www.cert-iq.de über die neuen gemeinsamen Bedingungen informiert.

Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.