

Kompressionssyndrome der oberen Thoraxapertur

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Kompressionssyndrom der oberen Thoraxapertur ist kein „Kolibri“, sondern eine zweifellos wichtige Differenzialdiagnose bei der Abklärung unklarer neurologischer Beschwerden, belastungsabhängiger Muskelschmerzen und spontaner Phlebothrombosen an der oberen Extremität. Dennoch wird die Diagnose eines „Thoracic-outlet-/inlet-Syndroms (TOS/TIS)“ vergleichsweise spät und eventuell auch zu selten gestellt. Das liegt an dem häufig schleichenden Beginn der Symptomatik mit z. B. atypischen, intermittierenden Schulterschmerzen bei Affektion des Plexus brachialis und natürlich auch daran, dass die zunächst befragten Hausärzte und Allgemeinmediziner mit diesem Krankheitsbild eher selten konfrontiert sind. All dies führt zu einer Verzögerung der Diagnose und damit zu einer Situation, in welcher – insbesondere beim neurogenen TOS – dann auch die Resektion der 1. Rippe keine durchgreifende Besserung der Beschwerden bewirken kann. Zur Einordnung der Beschwerden ist es deshalb wichtig, prä- und postoperativ bei allen TOS/TIS-Patienten eine fachneurologische Untersuchung durchzuführen zu lassen.

» Alle TOS-/TIS-Patienten sollten fachneurologisch untersucht werden

Halsrippen als mögliche Verursacher einer Kompression im Bereich der oberen Thoraxapertur wurden anatomisch erstmals vor mehr als 250 Jahren beschrieben. 1861 und 1910 folgten dann die

Erstbeschreibungen einer Halsrippenresektion und einer Resektion der 1. Rippe. Seit den 1950er-Jahren hat sich dann zunehmend der Begriff des Thoracic-outlet-Syndroms (TOS) durchgesetzt, der seither alle sonstigen Terminologien (kostoklavikuläres Syndrom, Scalenus-Syndrom etc.) zusammenfasst.

Üblicherweise werden TOS und TIS eher mit dem weiblichen Geschlecht und eher mit 20- bis maximal 50-jährigen Patienten in Verbindung gebracht. Zumindest die Zahlen des Statistischen Bundesamtes können diese Einschätzungen jedoch nicht bestätigen. So wurde bspw. im Jahr 2011 die Hauptdiagnose „Thoracic-outlet-Syndrom“ (G54.0) in Deutschland bei 888 Männern und 808 Frauen gestellt. Der Altersgipfel lag dabei zwischen 40 und 60 Jahren (Abb. 1).

Offensichtlich werden nur etwa 50% aller mit einer Hauptdiagnose G54.0 kodierten Patienten operativ behandelt. Im Einzelnen befanden sich 467 Männer und 462 Frauen mit der Hauptdiagnose eines TOS in 2011 in stationärer chirurgischer

Behandlung. Interessanterweise verteilen sich diese 929 Patienten zu jeweils 15 bis 20% auf ungeteilte chirurgische Abteilungen und auf gefäß-, thorax-, viszeral- und neurochirurgische Fachabteilungen. 5 bis 10% aller Patienten werden in Abteilungen für plastische Chirurgie und Orthopädie behandelt (tiefegegliederte Diagnosedaten des Statistischen Bundesamt 2011). Diese eher diffuse Verteilung zeigt deutlich, dass das Kompressionssyndrom der oberen Thoraxapertur offensichtlich bei keinem Fach so richtig zu Hause ist.

In der vorliegenden Ausgabe der *Gefäßchirurgie* finden Sie nun vier sehr differenzierte Übersichtsbeiträge zum vaskulären/arteriellen TOS (Bürger), zum venösen TIS (Mumme), zum neurogenen TOS (König) und zur Frage, welcher der heute üblichen Zugangswege zur 1. Rippe (transaxillär oder supraklavikulär) in der Literatur am besten belegt ist (P. Balzer). Alle Autoren haben die aktuelle Literatur aufgearbeitet und bewertet. Sie treten damit in die Nachfolge von J. Gruss aus Kassel, der über viele Jahre nationale

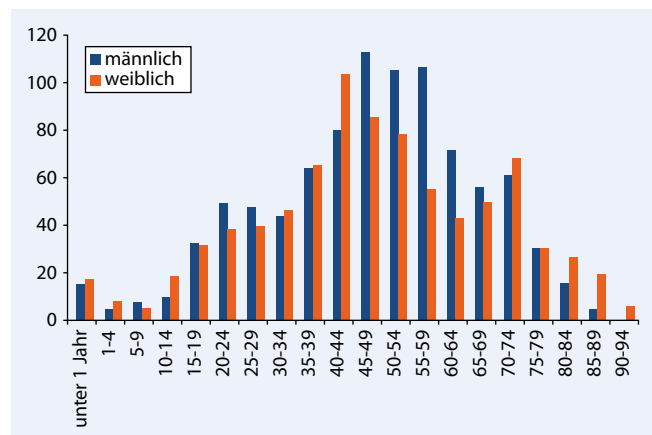


Abb. 1 ▶ Altersgipfel beim „Thoracic-outlet-Syndrom“ (G54.0)

und internationale Standards in der Diagnostik und Therapie des Kompressionsyndroms der oberen Thoraxapertur gesetzt hat und seine Erfahrungen bereits 1997 in der *Gefäßchirurgie* publiziert hat.

Ich bedanke mich bei allen Autoren sehr herzlich und wünsche allen Leser(inn)en eine interessante Lektüre.

Mit den besten Grüßen
Ihr



Hans-Henning Eckstein

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. H.H. Eckstein
Klinik und Poliklinik für
Vaskuläre und Endovaskuläre
Chirurgie, Klinikum rechts der
Isar, Technische Universität
München
Ismaninger Straße 22,
81675 München
heckstein@web.de

Medizin-Management-Preis 2013 ausgeschrieben

Unter der Schirmherrschaft des Bundesforschungsministers a. D., Herrn Professor Dr. Heinz Riesenhuber, wurde der Medizin-Management-Preis 2013 ausgeschrieben. Der Preis zeichnet Innovationen aus, die durch neue Wege des Steuerns, Führens und Leitens in der Gesundheitsbranche Ergebnisse verbessern.

Als Preisträger in Frage kommen Projekte und Konzepte jeglicher Segmente des Medizinmarktes:

- Forschung
- Verfahren
- Versorgungs- und Kooperationsformen
- Qualitätssicherung und Produktion
- Informationstechnologie (IT)
- Kommunikation
- Human Resources

Der jährlich vergebene Preis ist mit 2.000 Euro dotiert. Bewerbungsschluss ist der 31. Mai 2013. Die Teilnahme am Wettbewerb ist kostenfrei.

Die Preisverleihung findet am 6. September 2013 in Berlin statt.

Rückblick: Im vergangenen Jahr ging der Medizin-Management-Preis an das Forensische Online-Konsil „Forensikon“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Dieses ermöglicht Ärzten, bei Verdachtsfällen von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung fragliche Befunde zeitnah und ohne Umweg über Behörden durch Rechtsmediziner beurteilen zu lassen.

Ausführliche Informationen zum Preis, dem Bewerbungsverfahren und den prämierten Innovationen der vergangenen Jahre unter:
www.medizin-management-preis.de

**Quelle: Medizin-Management-Verband e.V.,
www.medizin-management-verband.de**

Renale Denervation senkt Bluthochdruck

Patienten, deren Bluthochdruck selbst durch die Kombination mehrerer Medikamente nicht ausreichend gesenkt werden kann, profitieren am Universitätsklinikum Heidelberg von einem schonenden Kathetervorverfahren, der „Renalen Denervation“. Das zeigen erste Ergebnisse einer Studie des Universitätsklinikums: Vor allem der systolische Blutdruckwert fällt deutlich ab und bessert sich noch weiter im Verlauf des ersten Jahres nach der Behandlung.

Die Studienteilnehmer werden zwei Jahre lang in regelmäßigen Intervallen nachuntersucht, die ersten Untersuchungen nach sechs Monaten sind inzwischen abgeschlossen. Im Durchschnitt sank der systolische Wert in dieser Zeit um 19 mmHg. Bei ungefähr der Hälfte der Patienten liegen bereits die Einjahres-Ergebnisse vor: Der Blutdruck sank durchschnittlich um 28 mmHg. Der Effekt setzt zwar erst nach einigen Wochen ein, hält dann aber an. Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass bereits geringe Senkungen des Blutdrucks um 2 mmHg das Risiko, an Herzinfarkt oder Schlaganfall zu sterben, um sieben bzw. zehn Prozent verringert.

Bei der „Renalen Denervation“ werden über einen Katheter Nervenfasern in den Nierenarterien verödet; diese Nervenfasern sind überaktiv und tragen wesentlich zu einem dauerhaft erhöhten Blutdruck bei. In Frage kommt die Behandlung für Patienten mit einem systolischen Blutdruckwert ab 160, bei Diabetikern ab 150 mmHg, der auch mit drei oder mehr Blutdruckmitteln nicht ausreichend gesenkt werden kann. Sie tragen ein besonders hohes Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt oder Herzschwäche.

**Quelle: Universitätsklinikum Heidelberg,
www.klinikum.uni-heidelberg.de**