

rax; entsprechend gibt es keine Überschneidung mit der S3-LL-Polytrauma.

Die Zielgruppe sind Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit primärem und sekundären Spontanpneumothorax und jene mit iatrogenem Pneumothorax.

Insbesondere soll die Leitlinie laut AWMF-Ankündigung zu folgenden Punkten Stellung beziehen:

- ▶ Angemessene radiologische Diagnostik des primären und sekundären Spontanpneumothorax bei Erst- und Zweitereignis in Abhängigkeit vom Lebensalter;
- ▶ Drainagenmanagement beim Erstereignis eines primären Spontanpneumothorax in Abhängigkeit der Pneumothoraxgröße;
- ▶ Operationsmanagement beim Rezidiv zur Vermeidung weiterer Rezidive;
- ▶ Spannungspneumothorax;
- ▶ Pneumothorax in besonderen Situationen: COPD;
- ▶ Schwangerschaft;
- ▶ Lymphangioliomyomatose.

Die Realität in der Versorgung von Patienten mit Pneumothorax entspricht zuweilen nicht dem gewünschten Standard, wie der Koordinator Dr. Jost Schnell von der Lungenklinik Köln-Merheim an einigen Beispielen erläuterte.

So erscheint der Einsatz der Computertomografie bei Patienten in einem Alter von 40 Jahren angesichts der niedrigen Rate von pneumologischen Nebenerkrankungen in diesem Alter als überzogen. Auch dürfte ein Teil der Einweisungen auf eine Intensivstation bei Patienten im Alter zwischen 10 und 40 Jahren

nicht indiziert sein, denn eine vitale Gefährdung liegt in diesem Altersbereich nur selten vor.

Die Anlage von Thoraxdrainagen erfolgt überwiegend großlumig, empfohlen werden aber kleinlumige Drainagen (< 14 Charrière).

### Rezidivrate verringern

Dr. Stephan Eggeling vom Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin berichtete, wie die Rezidivrate klein gehalten werden kann. Beim instabilen Spontanpneumothorax mit Atemnot ist zunächst eine Drainage angebracht. Wird der Patient dann klinisch stabil, erfolgt die Aufklärung über das Rezidivrisiko. Falls indiziert, erfolgt eine Überweisung zur Chirurgie, ansonsten eine Drainage-Behandlung. Wird der konservative Weg gewählt, sollte der Drainage-Sog drei Tage dauern und dann über das weitere Prozedere entschieden werden.

Bei den Operationstechniken ist nach Eggeling zwischen der thorakoskopischen Lungenspitzenresektion, der parietalen Pleurektomie oder der alleinigen Pleurektomie zu wählen. Welche der beiden Methoden favorisiert wird, ist derzeit Gegenstand einer großen deutschlandweiten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gesponserten klinischen Studie mit dem Akronym WOPP („Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy [WRPP] versus parietal pleurectomy [PP] for the treatment of recurrent primary pneumothorax“). Die Resultate von WOPP sind nicht vor Ende 2019 zu erwarten.

Dr. med. Jochen Aumiller

## Pneumothorax bei Frauen – kennen Sie die Ursache?

Ein Pneumothorax bei Frauen ist zwar selten. Derartige Fälle haben aber eine auffällige Konstante, sie treten im zeitlichen Zusammenhang mit der Regelblutung auf, bis zu 72 Stunden vorher oder danach. Selten wird die richtige Diagnose beim ersten Pneumothorax gestellt. In der Regel finden sich auch Unregelmäßigkeiten am Diaphragma oder an der Brustwand, eine zweite Konstante.

Haben Sie die Lösung? Es handelt sich um den katamenialen Pneumothorax. Der Name stammt aus dem Griechischen: kata = zugehörig zu; men = Monat, auch Menstruations-Pneumothorax genannt.



Bei der Patientin zeigen sich kleine multiple Zwerchfelldefekte mit dunklem Rand. Nur selten kommen Ärzte hier auf die richtige Diagnose.

Die angesprochenen „Unregelmäßigkeiten“ entpuppten sich als verstreute Endometrioseherde, also einer Endometriose extragenit. Auf den Meetings der Thoraxchirurgen finden sich in den Postersessions einschlägige Falldarstellungen, wie auch in München.

Eine Augsburger Gruppe berichtete über vier Patientinnen im Alter zwischen 38 und 48 Jahren. Alle Patientinnen klagten am Ende der Regelblutung über thorakale Schmerzen und Atemnot. Der Pneumothorax lag zweimal rechts und zweimal links, bei zwei Patientinnen war es ein Rezidiv.

Alle wurden thorakoskopisch operiert, drei Patientinnen hatten kleine multiple Zwerchfelldefekte mit dunklem Rand (Schokodenzysten). Die Versorgung bestand aus einer Zwerchfellnaht und subtotaler Pleurektomie. Bei einer anderen Patientin fanden die Operateure eine veritable Zwerchfellhernie ohne Bruchsack: Teile des Querkolons und des Omentums waren in den Thorax verlagert. Reposition und Verschluss des Defekts brachten die Abhilfe.

Eine Dortmunder Gruppe diskutierte den Fall einer 40-jährigen Patientin mit katamenialen Rezidivpneumothorax. In der videoassistierten Thorakoskopie (VATS) zeigten sich zahlreiche Zwerchfelldefekte. Sie wurden mit einem Vipro-Netz verschlossen, zudem erfolgte eine Talkumpulver-Pleurodesse. Als langfristige Rezidivprophylaxe ist eine unterstützende hormonelle Therapie auf jeden Fall sinnvoll.

Die Pathogenese des katamenialen Pneumothorax ist noch ein Rätsel. Ein Erklärungsversuch der Dortmunder Gruppe: „Die Luft kann entweder durch die Tuben und die Bauchhöhle durch diaphragmale Defekte in die Pleurahöhle aufsteigen oder der Pneumothorax durch die Abstoßung oberflächlicher pulmonaler Herde entstehen. Die menstruationsabhängige Abstoßung der Endometrioseherde führt dann zu Schmerzen, zur Blutung und/oder zum Pneumothorax.“

Konsequenz für den Operateur: Zwerchfell inspizieren.

JA