



News

aus dem Lungenzentrum-Süd West



■ Tief durchatmen! Die Pollensaison läuft noch! Die Insektenstiche kommen!

Das Lungenzentrum Süd-West an den Fachkliniken Wangen bietet Beratung und Therapie bei Allergien, Asthma und Lungenerkrankungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Spezialisten des Lungenzentrums behandeln Patienten auch ambulant, wenn diese vom Facharzt überwiesen werden.

Ambulanzsekretariat für Erwachsene:

Telefon +49 (0)7522 797-1124

- Allgemeine Pneumologische Ambulanz
- Spezialambulanz für seltene Lungenerkrankungen
- Spezialambulanz für schweres Asthma
- Spezialambulanz für Allergologie
- Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie nach §116b SGB V
- Spezialambulanz für Tuberkulose nach §116b SGB V
- Spezialambulanz für Mukoviszidose nach §116b SGB V
- Spezialambulanz für schlafbezogene Atemstörungen
- Lungenfunktionslabor mit allen Möglichkeiten (NOMessung, nasales NO, unspezifische und spezifische Provokation, Laufbandbelastung, Diffusionsmessung, Atempumpenmessung, Spiroergometrie)

Ambulanzsekretariat für Kinder:

Telefon + 49 (0) 7522 797-1171

- Allergie-Ambulanz
- Asthma bronchiale
- Pneumologische Spezialdiagnosen
- Abklärung von Atemwegserkrankungen (z. B. rezidiv obstruktive Bronchitiden)
- Spezialambulanz für Mukoviszidose nach §116b SGB V
- Spezialambulanz für Tuberkulose nach §116b SGB V
- Ambulanz für Atemwegserkrankungen und pneumologische Spezialdiagnosen

In dieser Ausgabe

- Pneumologisch-allergologische Ambulanzen an den Fachkliniken Wangen
- Behandlung des primären Pneumothorax
- News aus den Kliniken
- Lesenswert
- Termine

Diagnostik für Kinder, Jugendliche und Erwachsene am Lungenzentrum Süd-West

- Allergielabor inkl. Pricktest
- Nasale Provokationstestungen
- Bakteriologisches und klinisch-chemisches Labor
- Lungenfunktionslabor mit allen Möglichkeiten (NO-Messung, nasales NO, unspezifische und spezifische Provokation, Laufbandbelastung, Diffusionsmessung, Atempumpenmessung)
- Ösophagus-24-Stunden-pH-Metrie
- Orale Provokationstestungen auf Nahrungsmittel
- Allergologische Testungen bei Medikamenten-unverträglichkeiten
- Allergologische Diagnostik bei Insektengift-allergien
- Röntgen und CT Thorax
- Flexible und starre Bronchoskopie einschließlich interventionelle Verfahren (Punktionen, EBUS, Laser, Ventile)
- Kardiopulmonale Polygraphie und Polysomnographie
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- EKG und Sonographie

■ Kurzzusammenfassung der neuen S3 Leitlinie – Therapie des primären Spontanpneumothorax

Patienten mit Pneumothorax werden von diversen Fachdisziplinen behandelt. Das therapeutische Vorgehen sollte Rezidivwahrscheinlichkeit, klinische Symptomatik, Lebensumstände und den Wunsch des Patienten berücksichtigen.

Von PD Dr. Robert Scheubel

Der Spontanpneumothorax ist ein relativ häufiges Krankheitsbild mit rund 10 000 Ereignissen pro Jahr in Deutschland. Hierbei stellt der primäre Spontanpneumothorax mit 85 Prozent der Fälle die größte Gruppe dar. Obwohl die überwiegend jungen und ansonsten gesunden Patienten unter 45 Jahren keine Lungenerkrankung aufweisen, lassen sich in 90 Prozent der Fälle subpleurale Bläschen und Bullae nachweisen. Die Erstbehandlung findet in den meisten Fällen nicht durch Pneumologen und Thoraxchirurgen, sondern in den interdisziplinären Notaufnahmen der Krankenhäuser durch Internisten, Anästhesisten und Allgemeinchirurgen statt.

Akuter Handlungsbedarf selten

Die Therapie des primären Spontanpneumothorax ist abhängig vom Ausmaß des Pneumothorax, der Rezidivwahrscheinlichkeit, der klinischen Symptomatik und nach ausreichender Aufklärung letztendlich vom Wunsch des Patienten. In den seltensten Fällen besteht beim primären Pneumothorax akuter Handlungsbedarf. Lediglich bei akuten Symptomen wie Atemnot, Vorliegen eines beidseitigen Pneumothorax oder einem Spannungspneumothorax sollte akut eine Thoraxdrainage angelegt werden. Im Normalfall sollte zunächst das Ausmaß des Pneumothorax mittels standardisierter Röntgen-Thorax p. a. Aufnahme in Inspiration im Stehen ermittelt werden. Die Formel nach Collins dient hierbei zur Differenzierung eines kleinen (< 20 Prozent Thoraxvolumen) und eines großen (> 20 Prozent Thoraxvolumen) Pneumothorax. Alternativ zur Röntgen-Thoraxaufnahme kann auch, bei ausreichender Qualifikation des Untersuchers, die thorakale Ultraschalluntersuchung eingesetzt werden. Nach Anamnese (Erstereignis oder Rezidiv) und Bildmorphologie (Größe des Pneumothorax, pleurale Auffälligkeiten) sollte eine Rezidivrisikoeinschätzung erfolgen. Die Rezidivrate nach Erstereignis wird bis zu 50 Prozent angegeben.

Patienten mit Erstereignis eines primären Pneumothorax und Vorliegen eines kleinen Pneumothorax (< 20 Prozent Thoraxvolumen) können ambulant und mittels Verlaufsbeobachtung behandelt werden. Diesbezüglich sollte eine Röntgen-Thorax Verlaufsbeobachtung p. a. nach 24 Stunden und anschließend wöchentlich bis zur vollständigen Resorption des Pneumothorax durchgeführt werden. Weist ein

Patient mit Erstereignis allerdings Symptome oder einen großen Pneumothorax (> 20 Prozent Thoraxvolumen) auf, wird die stationäre Aufnahme mit Intervention empfohlen. In diesem Falle ist die Anlage einer kleinumigen Thoraxdrainage (≤ 14 Chr.) oder die Durchführung einer Punktion mit Aspiration der intrathorakalen Luft als primäre Behandlung angezeigt.

Bei Patienten mit hohem Rezidivrisiko beziehungsweise persistierendem Pneumothorax, die inoperabel sind oder eine operative Therapie ablehnen, wird eine Pleurodesis (chemisch oder Blut) über die liegende Thoraxdrainage empfohlen. Diese sollte zur Reexpansion der Lunge an einen Sog bis zur vollständigen Entfaltung der Lunge angeschlossen werden. Digitale Systeme mit kontinuierlicher Messung und Erfassung von Luftleckagen ermöglichen hierbei ein modernes Drainagemanagement mit Verkürzung der Drainagezeit.

OP abhängig vom Rezidivrisiko

Die Indikation zur Operation wird abhängig vom Rezidivrisiko, den Lebensumständen, dem Patientenwunsch und dem Prozedurenrisiko gestellt. Prinzipiell wird die Indikation zur primären Operation bei Vorliegen eines Hämatothorax, persistierender Luftleckage (etwa fünf Tage) und unvollständiger Reexpansion unter Sogtherapie sowie bei einem Rezidivpneumothorax gesehen.

Dies gilt auch bei erhöhter berufs- oder hobbybedingter Gefährdung (z. B. Piloten, Taucher). Radiologische Veränderungen wie ein großer Pneumothorax/Totalatektase und ausgeprägte bullöse Veränderungen bieten eine gute Unterstützung in der Indikationsstellung zur Operation.

Zur operativen Versorgung des Pneumothorax hat sich die videoassistierte Thorakoskopie etabliert. Ein geringfügig erhöhtes Rezidivrisiko (1 vs. 4 Prozent) gegenüber der offenen Thorakotomie wird durch Vorteile wie geringere Blutungen, geringere Schmerzen und kürzerer Krankenhausaufenthalt relativiert. Operativ wird die partielle Pleurektomie oder Talkumpoudrage zur Senkung der Rezidivgefahr sowie eine zusätzliche atypische Resektion der Lungenspitze empfohlen.



PD Dr. med. Robert Scheubel



+++ LESENSWERT+++++

OPERATION KREBS

So stark entscheidet die Qualität der Krankenhäuser über Leben und Tod

Es ist eine stille Revolution: Durch beharrliche Qualitätssicherung konnten Ärzte die Prognose vieler Tumorpatienten deutlich verbessern. Entscheidend ist, die richtige Klinik zu finden.

Je nach Tumorart lassen sich 22 bis 95 Prozent der Patienten an oft kleineren Kliniken behandeln – die ihre Eignung niemals nachgewiesen haben.

Lesen Sie im „Stern“ den gesamten Artikel:

<https://www.stern.de/gesundheits/krankhaus/bei-krebs-entscheidet-die-qualitaet-der-krankhaeuser-ueber-leben-und-tod-7602484.html>

Termine

10. bis 11. Mai 2019, 25. bis 26. Mai 2019 und 07. Juni 2019, Berlin
Qualifikation Tabakentwöhnung

15. Mai 2019, Hotel Sonnenhof Kressbronn
„Innovative Therapien und Prävention für’s gesunde Altern“

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

Katharina Stefanik, GSK

Tel: 0163-360 5406, Fax: 08330-7529650

17. bis 18. Mai 2019, Berlin

Beginnerkurs Pneumologie und Thoraxchirurgie in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

14. bis 15. Juni 2019, Essen

Curriculum Palliative Care für Pneumologen

27.06.2019, Dürren Kißlegg

23. Treffen des Arbeitskreises der Lunge und des Mediastinums einschl. CUP

Thema: "Das oligometastasierte Bronchialkarzinom"

Mehr unter: <https://www.fachkliniken-wangen.de/569-veranstaltungen-und-fortbildungen-termine-zum-vormerken.html?id=17081>



Zertifiziertes Weaningzentrum

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.



WIR SIND ZERTIFIZIERT DURCH
CERT IQ ZERTIFIZIERUNGSDIENSTLEISTUNGEN GMBH
GESUNDHEIT | BILDUNG | SOZIALWESEN
Zertifizierung mit System!



Chefarzt Dr. med. Dominik Harzheim
Klinik für Pneumologie
Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
Telefon: +49 (0) 7522 797-1121
E-Mail: dominik.harzheim@wz-kliniken.de



Chefarzt Dr. med. Philipp Meyn
Klinik für Pneumologie
Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie,
Anästhesiologie, Zusatzbezeichnung
Notfallmedizin und Intensivmedizin
Telefon: +49 (0) 7522 797-1121
E-Mail: philipp.meyn@wz-kliniken.de



Chefarzt PD Dr. med. habil. Robert Scheubel
Klinik für Thoraxchirurgie
Facharzt für Herz- und Thoraxchirurgie
Telefon: +49 (0) 7522 797-1320
E-Mail: robert.scheubel@wz-kliniken.de
Internet: www.thoraxchirurgische-klinik-wangen.de



Chefarzt Dr. med. Armin Schneider
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Facharzt für Anästhesie und Pneumologie
Telefon: +49 (0) 7522 797-1537
E-Mail: armin.schneider@wz-kliniken.de



Leitender Arzt Dr. med. Bernhard Thurner
Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie, Allergologie
Telefon: +49 (0) 7522 797-1624
E-Mail: bernhard.thurner@wz-kliniken.de



Klinikdirektor José Rädler
Fachkliniken Wangen
Telefon: +49 (0) 7522 797-1101
E-Mail: jose.raedler@wz-kliniken.de