

Septische Thoraxchirurgie

Dr. Abidin Geles

Bei entzündlichen Erkr. der Lunge und Pleura

Selten auch bei Bronchitiden bzw. Pneumonien

□ Bronchiektasien

- Postentzündlich, anlagebedingt

- Pathologische Ausweitungen der Bronchien

- Schleimretention, Superinfektion

- Wenn lobär oder segmental - Resektion

 - Natürlich wenn ausreichende Funktion der Restlunge

 - Lebenslang spezielle Physiotherapien, sonst irgendwo anders Neuauftritt

□ Lungenabszeß

- Postpneumotische Veränderungen

- Oft Verbindung zum Bronchialsystem

 - Spiegelbildungen im Röntgen

- Oft putride Expektorat

- Oft Lappenresektion nötig
- Selten Abszeßregionresektion mit Verschluss des Drainagebronchus möglich
- Pleuraempyem
 - Eiteransammlung im Pleuraraum
 - Häufig Folge der Pneumonie (metapneumonisches Empyem): zuerst steriler Husten wird sekundär oder iatrogen durch Punktion (zB. kardialen Ergusses) besiedelt
 - ÄT: Pleuraler Durchbruch, Perforation des Ösophagus, Prozesse vom Bauchraum,
 - Septisch, Dyspnoe durch Lungenkompression, Schmerzen
 - Pleuradrainage (Stadium 1), Frühräumung der pyogenen Membran über Thorakothomie , nur die Drainage ist selten ausreichend (Stadium 2), Dermokortikation der viszeralen und parietalen Schwarte über Thorakothomie oder Thoraxfenster mit Thorakothomie und Ausräumung der Empyemhöhle (Stadium 3)

Empyem postoperativ

- Nach Pneumonektomie, Lobektomie, oder andere Lungeneingriffe mit Keimverschleppung oder innere Fisteln
- Thoraxfenster, Bronchusstumpffistel durch gestielte Muskellappen decken, Höhle säubern und nach 3-4 d unter Antibiotikatherapie und Drainage myoplastisch verschließen
- Bei Resistenz Pulmonal spezifische Pseudotumore (Tuberkulome) □ Exstirpation bzw. Keilresektion

- Pleuratuberkulose: □rezidivierende Ergüsse □ VATS für die Abklärung (nicht immer gramneg. Bakterien)

Mediastinitis

- Mediastinitis anterior: oft Heilungstörungen nach Sternotomien, gute Prognose
- Mediastinitis posterior: perforierende Prozesse von Mondboden, Pharynx, Hypopharynx oder Ösophagus; schlechte Prognose
- Schnell ausbreitend, schlecht wenn Retroperitoneum erreicht
- Rö: paramediastinale Luft (streifig), oft Pleuraerguss bzw. Pleuraempyem, Schluckakt-Rö: ersichtlich wenn Ösophagusperforation
- Laterale Thorakothomie (Eröffnung des ges. Mediastinalkompartiments), Ausschaltung der Infektquelle, Drainage, Hochantibiotikatherapie

Bei Fragen / Feedback bitte E-Mail an abidin.geles@gmail.com
DANKE