

Eine gute Indikationsstellung ist delikat

Operative Therapie bei Pleuraempyem: die Klinik ist entscheidend

Prof. Dr. med. Markus Furrer

Ärztlicher Direktor, Chefarzt und Departementsleiter Chirurgie, Kantonsspital Graubünden, Chur



Markus Furrer

In ihrem Übersichtsartikel in der aktuellen Ausgabe des *Swiss Medical Forum* fassen Diezi et al. [1] die Indikationen für eine operative Therapie beim (metapneumonischen) Pleuraempyem aus thoraxchirurgischer Sicht sehr schön zusammen und gehen natürlich auch auf die entsprechenden operativen Techniken ein.

Empyem ist nicht gleich Empyem

Der Überbegriff «Pleuraempyem» ist ja eigentlich unglücklich gewählt, weil er historisch ist und für die Therapieplanung – vor allem bei den Spätstadien – oft irreführend ist. Wer meint, «Empyem» bedeute auch hier in den meisten Fällen «Eiter in einer präformierten Körperhöhle» – und der selbstverständliche Grundsatz «ubi pus, ibi evacua» sei deshalb anzuwenden – liegt eben falsch. Im Übergang vom exsudativen (bei sogenannten «kompliziertem Erguss») ins fibrinopurulente Stadium sind zu diesem Zeitpunkt tatsächlich Eiterbildungen möglich – und da gelten selbstverständlich diese genannten alten Grundsätze. Beim späten fibrinopurulenten Stadium, bei dem oft eine glasklare pleurale Flüssigkeit abpunktiert werden kann und innerlich schon dicke Fibrinbeläge die Lunge überziehen, verhält es sich schon anders – im Übersichtsartikel sind dazu sehr schöne und repräsentative Bilder eingefügt. Insbesondere aber beim späten Stadium mit zentimeterdicken und soliden Schwarten und dadurch völlig gefangener Lunge ist der Begriff «Empyem» in seiner ursprünglichen Bedeutung dann eigentlich schlicht falsch.

Wie kaum bei einem anderen Krankheitsbild hängt deshalb die grundsätzliche Indikationsstellung für eine operative Therapie des Pleuraempyems entscheidend von dessen Stadium und dem zu erwartenden operativen Trauma des bevorstehenden Eingriffes ab. Selbstverständlich gilt es natürlich auf der anderen Seite dieser Indikation zur operativen Behandlung immer den Spontanverlauf unter konservativer Therapie gegenüberzustellen. Unbestritten bleibt das oberste Behandlungsziel, eine möglichst vollständige Ausdehnung der Lunge zu erreichen. Dies ist eben oft nur in den frühen Stadien mit einer Drainage allein zu erreichen. Hier

wird im vorliegenden Artikel zu Recht argumentiert, dass eine verzögerte chirurgische Behandlung zu einer chronischen Restriktion führen kann – und damit eine spätere invasivere Operation droht.

Wie die Autoren ja ausführlich darlegen, handelt es sich beim Patientenkollektiv mit Pleuraempyemen um sehr kranke und oft auch alte Patienten mit kompromittierter Immunabwehr. Die Frage stellt sich deshalb in der klinischen Beurteilung meist, ob der reduzierte Allgemeinzustand allein durch das nun entstandene Pleuraempyem bedingt ist und dieses deshalb möglichst rasch und konsequent behandelt werden muss oder ob die zugrunde liegende konsumierende Krankheit die Entstehung eines Pleuraempyems zwar begünstigt hat, letzteres aber – zum Beispiel unter antibiotischer Therapie – sehr wohl kontrolliert werden kann.

Zurückhaltendere Indikationsstellung bei älteren Patienten

Während bei jungen Patienten mit kurzem Krankheitsverlauf und grosser pleuraler Ergusskomponente im klassischen Falle eines metapneumonischen Empyems selbstverständlich nicht gezögert werden sollte, möglichst rasch eine thorakoskopische Lavage, eventuell mit Frühdekortikation, vorzunehmen, muss hingegen die Indikation bei älteren Patienten und verschlepptem Pneumonieverlauf zurückhaltender gestellt werden. Dies einerseits vor allem darum, weil ein minimalinvasives thorakoskopisches Verfahren in diesen Fällen mit pleuralen Verschwartungen kaum mehr erfolgversprechend ist und deshalb oft eine offene Dekortikation über eine Thorakotomie nötig wird. Auf diesen Aspekt wird zurecht im Artikel hingewiesen. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass deutliche persistierende Restergussbildungen in den Bildgebungen – nach fast immer erfolgten nicht erfolgreichen Drainageversuchen – in diesen Spätstadien toleriert werden dürfen, weil sie sich überraschend gut und oft vollständig nach Monaten auch wieder zurückbilden können. Dazu gibt es erstaunlich wenig Literatur, meist wird wie im vorliegenden Artikel vom invasiven Management der pleuralen Flüssigkeit ausgegangen,

sei es chirurgisch oder auch mittels intrapleuraler Fibrinolyse, und Vergleiche mit rein medikamentösen Behandlungen bei Spätstadien fehlen oft [2]. Voraussetzung für ein solch fortgesetztes konservatives Vorgehen mit einer Antibiotikatherapie über mindestens sechs Wochen ist allein die klinische Situation der Patienten: Die respiratorischen Reserven müssen Belastungen im Alltag erlauben und die behandelte Infektionskrankheit darf nicht weiter «konsumierend» sein: Müdigkeit und Appetitlosigkeit sind die führenden Symptome dazu.

Eine gute Indikationsstellung für eine operative Therapie beim Pleuraempyem ist delikater und die behandelnden Ärzte aller Disziplinen tun gut daran, in jedem Fall eine(n) erfahrene(n) Thoraxchirurgen/in von Anbeginn weg beizuziehen, wobei eben diese(r) sehr differenziert aufgrund des Stadiums der Krankheit, des Alters und

der Risikofaktoren der Patienten, insbesondere aber des klinischen Zustandes (der «Krankheitsschwere») entscheiden wird. Und er/sie wird im fortgeschrittenen Stadium eine konservative Therapie durchaus auch als längerfristig erfolgreiche Alternative bei Risikopatienten und tolerablem Allgemeinzustand in Betracht ziehen.

Disclosure statement

Der Autor keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Diezi A, Gambazzi F, Hillinger S. Der parapneumonische Erguss und das Pleuraempyem aus thoraxchirurgischer Sicht. *Schweiz Med Forum*. 2018;18(10):222–9.
- 2 Shen KR, Bribriescio A, Crabtree T, Denlinger C, Eby J, Eiken P, et al. The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;153(6):e129–e146.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Markus Furrer
Ärztlicher Direktor,
Chefarzt und Departements-
leiter Chirurgie
Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
CH-7000 Chur
markus.furrer[at]ksg.ch