

Praktikabilität abzulehnen oder in Frage zu stellen. Entweder sind die Drainagen zu dünn (24), oder es entstehen durch die Verbindungsstellen zwischen Drainage und Absaug-schlauch lokale Engstellen, die zur vorzeitigen Verstopfung führen. Die Verwendung der mitgelieferten grill-spießartigen Mandrains kann gerade beim Ungeübten zu Perforationsver-letzungen intrathorakal oder in-traabdominell führen. Oft ist auch die initial fehlende Wiederausdehnung der Lungen nur auf eine zu dünne und mit Fibrin verstopfte Drainage zurückzuführen. Der Er-satz dieser ineffektiven Drainage durch eine dicklumige Drainage klärt das Problem. Es sollten des-wegen nur Drainagen der Mindestgrö-ße Charrière 22 verwendet werden. Es ist aber auf die Wandstärke zu achten, zu dünnwandige Drainagen kollabieren unter Sog frühzeitig.

Die Drainage kann in Lokal-anästhesie entweder bei sicher frei-em Pleuraraum unter Verwendung eines Trokar oder nach einer Stich-inzision mit Hilfe einer Kornzange nach vorheriger digitaler Austastung eingeführt werden. Dabei ist meist eine stärkere Drainage möglich als bei der Verwendung eines Trokars.

Die Kombination des Eingriffes mit einer zusätzlichen Thorakosko-pie bringt manchmal eine wesent-liche Zusatzinformation, etwa bei einer Histiocytois X oder beim Nach-weis kleinzystischer oder bullöser Veränderungen. Für den Patienten bedeutet diese zusätzliche Maßnah-me keine weitere Belastung (14, 15).

Therapieerfolge mit der thora-koskopischen Fibrinklebung zum Fi-stelverschluss (23) und zur gleichzei-tigen Pleurodese sind ebenfalls be-kannt geworden, desgleichen bei der Verwendung von Reverin® oder 40prozentiger Glukoselösung. Ob-solet ist die Verwendung von Tal-kumpuder zur Pleurodese. Die en-doskopische Verwendung von Ge-webekleber wie Histacryl® ist eben-so zweifelhaft und problematisch in der Handhabung. Die lokale Reiz-wirkung des Schlauches stimuliert die lokale Fibrinausschwitzung an der Pleuraoberfläche, die wiederum die lokale Verklebungstendenz för-dert.

## Thorakotomie

Die Thorakotomie kann entwe-der von einem kleinen axillären Schnitt (21) aus oder als kleine late-rale Thorakotomie (13, 15, 17) (2, 22) durchgeführt werden. Der selte-ne Fall der großbullösen lokalisiert-ten Blasenbildung beidseitig kann auch über einen transsternalen Zu-gang angegangen werden. Die loka-lisierten rupturierten Spitzenblasen werden über eine Klemme abgetra-gen und an der Basis übernäht, großbullöse Veränderungen werden ebenfalls abgetragen, wobei die ver-bleibenden Ränder zur Pleuralisie-rung des Defektes verwendet wer-den. Die oft perlschnurartigen „Mi-ni“-Zysten am Lappenrand werden nur ligiert oder koaguliert. Über die gleichzeitige parietale Pleurektomie gibt es differente Meinungen (3, 11, 15, 22, 30).

Bei der alleinigen Spitzenblase des Jugendlichen kann man auf eine zusätzliche parietale Pleurektomie verzichten. Beim Nachweis zahlrei-cher, unterschiedlich großer Zysten oder einer diffusen Erkrankung der Lunge empfiehlt sich wegen eines möglichen Pneumothoraxrezidivs die parietale Pleurektomie mit Be-grenzung der Pleuraentfernung auf die oberen zwei Drittel der parietalen Pleura zur Erhaltung der Beweg-lichkeit des Zwerchfells.

Gewissermaßen als Kompromiß hat sich die parietale, punktförmige Elektrokoagulation oder die mecha-nische „Aufrauhung“ der parietalen Pleura mit einem Tupper oder einem Plastikschwamm zur Auslösung einer Fibrinsekretion an der Oberflä-che der Pleura bewährt. Sowohl für die alleinige Drainagetherapie als auch für die Thorakotomie gilt, daß die Drainagen vier bis fünf Tage un-ter Sog belassen, danach 24 Stunden abgeklemmt werden und erst nach einer erneuten Röntgenkontrolle bei nachgewiesener voller Ausdehnung der Lunge entfernt werden sollen.

Nach der Wiederausdehnung der Lunge sollen für zwei Monate schwere körperliche Tätigkeit und belastende sportliche Übungen, die mit einer plötzlichen intrathorakalen starken Druckerhöhung verbunden

sind, unterlassen werden. Der al-leinige Spontanpneumothorax bei im übrigen gesunder Lunge hinter-läßt keine, insbesondere erwerbs-mindernden Folgen. Eine über län-gere Zeit zu dokumentierende Re- striktion ist Folge einer vorbestehen- den Erkrankung der Lunge, zum Beispiel einer Fibrose und nicht Fol-ge des Lokalbefundes, der auslösen- de Ursache für das Entstehen eines idiopathischen Spontanpneumotho- rax gewesen war.

Die in Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf das Literaturver- zeichnis im Sonderdruck, zu bezie- hen über den Verfasser.

### Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med.  
Dietmar Zeidler  
Städtische Krankenanstalten  
Lungenklinik  
Ostmerheimer Straße 200  
5000 Köln 91

## NOTIZ

### Hörsturz-Therapie

Zu dem Referat in Heft 47 vom 19. November 1987 hat uns Dr. Gut-mann eine Anregung übermittelt, die wir ohne eigene Stellungnahme interessierten Kollegen zur Verfü-gung stellen wollen:

Nach meinen Erfahrungen be-steht in weitaus den meisten Fällen von Hörsturz eine gleichzeitige bio-mechanisch-funktionelle Störung im oberen HWS-Bereich. Bei frühzeiti-ger, manualdiagnostisch und röntgo-logisch abgesicherter, gezielter ma-nueller Behandlung habe ich immer wieder eine sofortige und entschei-dende Besserung erlebt. Eine ent-sprechende Untersuchung und Be-handlung sollte daher in jedem Falle sofort, spätestens nach 10 bis 14 Ta-gen durch einen auf diesem Gebiet erfahrenen ärztlichen Therapeuten als begleitende Maßnahme zur Infu-sionstherapie durchgeführt werden.

Dr. med. G. Gutmann  
Chirotherapie  
Rennweg 7  
4772 Bad Sassendorf