



Die folgenden Empfehlungen zu OP-Indikationen in der Thoraxchirurgie basieren auf den unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Neuinfektion

Phase I.

Die Anzahl an Patienten mit COVID 19 ist überschaubar. Die Krankenhausressourcen sind nicht erschöpft, die Einrichtung verfügt noch über eine ausreichende Kapazität auf der Intensivstation und die COVID-Neu-Infektionskurve befindet sich **NICHT** in einer Eskalationsphase.

Die Operation ist auf Patienten zu beschränken, bei denen das Überleben wahrscheinlich beeinträchtigt wäre, wenn die Operation nicht innerhalb der nächsten drei Monate durchgeführt werden würde.

Fälle, die so schnell wie möglich operativ behandelt werden sollten

- Solides oder überwiegend solides (> 50%) Lungenkarzinom oder vermutetes Lungenkarzinom >2 cm, klinisch Lymphknoten negativ
- nodal positiver Lungenkrebs
- Lungenkarzinom nach neoadjuvanter Therapie
- Brustwandtumoren mit hohem malignen Potenzial, die durch eine alternative Therapie nicht behandelt werden können
- Staging zu Beginn der Behandlung (EBUS, VAMLA, Mediastinoskopie, diagnostische PET-Mehrbelegung der Pleura)
- dringender Verdacht oder Nachweis von Lungenmetastasen, die nicht geeignet sind für stereotaktische Bestrahlung oder Radiofrequenzablation
- symptomatische mediastinale Tumoren - Diagnose nicht für Nadelbiopsie geeignet
- symptomatischer maligner Pleuraerguss

Fälle, die zurückgestellt werden sollten

- Ground Glass Opacity [GGO] (<50% solide) oder solide Knoten oder Lungenkrebs <2 cm
- Indifferente oder „slow growing“ indolente Histologie (z. B. Karzinoid)
- Thymom (asymptomatisch) oder <5cm
- singuläre (Oligo-)Lungenmetastase - es sei denn, dies ist klinisch erforderlich, um eine Diagnose zu erwirken oder eine therapeutische Indikationen zu treffen (d. h. eine Operation wirkt sich auf die Behandlung aus)
- Patienten, bei denen eine Entwöhnung von der mechanischen Beatmung unwahrscheinlich ist oder bei denen ein längerer Aufenthalt auf der Intensivstation wahrscheinlich ist (d. h. besonders Hochrisikopatienten)
- Trachearesektion (außer aggressive Histologie)
- Bronchoskopie bei peripheren Tumoren
- Tracheotomie



Berücksichtigung alternativer Behandlungsansätze (unter der Annahme, dass die Ressourcen dies zulassen):

- wenn adjuvante Therapie in Frage käme, die Option neoadjuvante Therapie überprüfen (z. B. Chemotherapie bei 5-cm-Lungenkrebs).
- stereotaktische ablative Strahlentherapie (SABR)
- Ablation von Lungenmetastasen anstatt Resektion (z. B. Kryotherapie, Hochfrequenzablation)
- Debulking (endobronchialer Tumor) nur in Fällen, in denen eine alternative Therapie aufgrund des erhöhten Aerosolisierungsrisikos nicht in Frage kommt (z. B. Stridor nach obstruktiver Pneumonie, die nicht auf Antibiotika anspricht)
- Nicht-chirurgisches Staging bevorzugen (EBUS, Bildgebung, interventionelle Radiologie-Biopsie)
- Verlängerung der Chemotherapie (zusätzliche Zyklen) für Patienten, die einen geplanten neoadjuvanten Kurs absolvieren

Phase II.

Nur noch begrenzte Betten-Kapazität auf der Intensivstation und/oder an Beatmungsgeräten oder die COVID-Neu-Infektionskurve befindet sich in der Eskalation.

Die Operation ist auf Patienten beschränkt, bei denen das Überleben wahrscheinlich beeinträchtigt wäre, wenn die Operation nicht innerhalb der nächsten Tage durchgeführt wird.

Fälle, die so schnell wie möglich operativ behandelt werden sollten

- Tumorassoziierte Infektion - kompromittierend, aber nicht septisch (z. B. Debulking bei postobstruktiver Pneumonie)
- Pleuraempyem mit Sepsis
- Management von chirurgischen Komplikationen (Hämothorax, Empyem, infiziertes Netz) - bei einem hämodynamisch stabilen Patienten

Fälle, die zurückgestellt werden sollten:

- Alle Thorax-Eingriffe, die normalerweise als Routine- / Wahlverfahren geplant sind

Alternative Behandlungsansätze EMPFOHLEN (unter der Annahme, dass die Ressourcen dies zulassen):

- immer TRIAGIERUNG
- Verlegung des Patienten in ein Krankenhaus, das sich in Phase I befindet
- wenn eine adjuvante Therapie in Frage kommt, geben Sie eine neoadjuvante Therapie
- Stereotaktische ablative Strahlentherapie (SABR)
- Ablation (z. B. Kryotherapie, Hochfrequenzablation)
- überdenken Sie anstatt Neoadjuvans eine definitive Chemo-Bestrahlung und beobachten Sie den Patienten auf „nur lokales Versagen“ (ggf. Residualresektion).



Phase III.

Die Krankenhausressourcen sind alle für COVID - 19-Patienten zur Verfügung gestellt, daher keine Beatmungs- oder Intensivkapazitäten, erschöpfte OP-Versorgung.

Die Operationen sind auf Patienten beschränkt, bei denen das Überleben wahrscheinlich beeinträchtigt ist, wenn die Operation nicht innerhalb der nächsten Stunden durchgeführt wird.

Fälle, die so schnell wie möglich operativ behandelt werden sollten

- gefährdeter Atemweg
- tumorassoziierte Sepsis
- Pleuraempyem mit Sepsis
- Management von chirurgischen Komplikationen - instabiler Patient (aktive Blutung, die nicht für ein konservatives Management geeignet ist, Dehiszenz der Atemwege, Anastomoseninsuffizienz mit Sepsis)

ALLE anderen Fälle verschieben

Alternative Behandlung empfohlen

- immer TRIAGIERUNG
- Verlegung des Patienten in ein Krankenhaus, das sich in Phase I befindet

06.04.2020

Der Vorstand

Literatur beim Verfasser