Die präfrontale Leukotomie und die Chordotomie zur Linderung der hartnäckigen Schmerzen bei fortgeschrittenem Kollumkarzinom

P.

Pedro

Kowalszyn

Córdoba, Argentinien

Nur 20% der Kranken mit fortschreitendem Kollumkarzinom bleiben frei von Schmerzen. Wenn das Grundleiden nicht geheilt werden kann, bleibt nur die Linderung der Schmerzen durch Medikamente, physikalische oder chirurgische Maßnahmen. An-dauernde und zunehmende Schmerzen, die durch Analgetika nicht beherrscht werden können und zu Anwendung von Opiaten zwin-gen, reduzieren die Körperkräfte und die seelische Widerstands-kraft. In dieser Lage ist an die chirurgische Schmerzausschaltung durch Chordotomie (Durchschneidung des Vorder-Seitenstranges) oder die gezielte präfrontale Leukotomie zu denken. Bei der Indika-tionsstellung müssen Schmerzen durch Strahlenschäden der Haut, durch entzündliche oder Strahlenreaktion des Rektums, der Blase, der Harnröhre (die mit konservativer Therapie beherrscht werden können) von echten Karzinomschmerzen unterschieden werden, die durch Invasion des Neoplasmas in die Parametrien, in das retroperitoneale Gewebe, in den lumbo-sakralen Nervenplexus, durch Knochenmetastasen im Becken und in der Wirbelsäule ent- stehen. Nur die letztgenannten Schmerzen können zur chirurgi-schen Schmerzausschaltung veranlassen. Wenn der Allgemeinzu-stand schlecht ist und nur eine kurze Überlebensdauer zu erwarten ist, sollte man von neurochirurgischen Operationen zur Schmerzausschaltung absehen. Schmerzen im Becken mit Ausstrahlung in die Hüfte und in das Bein werden durch einseitige oder beidseitige Chordotomie in Höhe D2-D4 ausgeschaltet. Sind die Schmerzen bis in den Thorax und die oberen Gliedmaßen ausgedehnt, ist bereits eine Gewöhnung an Morphinum eingetreten oder sind psychologische Störungen und Veränderungen vorhanden, so ist die frontale Leukotomie zu er-wägen. Diese Methode ist von einer Veränderung der Persönlich-
* Originaltitel: La leucotomía prefrontal y la cordotomía anterolateral en la paliación del dolor rebelde por carcinoma propagado del cuello del útero.

28

KOWALSYN

keit (Apathie, Indifferenz), die aber ein Leben in der Familie er-möglicht, begleitet. Der Patient verspürt nach der Leukotomie die Schmerzen, leidet aber nicht darunter.

Nach Chordotomie wird nicht selten (29%) vorübergehende Blasenatonie beobachtet. In 5% der Fälle tritt eine meist rasch verschwindende Parese der Beine ein. Selten ist Stuhlinkontinenz. Die Schmerzausschaltung wird in 80–90% erreicht, die Mortalität des Eingriffes liegt unter 5%.

Es werden 4 Fälle beschrieben, davon 3 Chordotomien, 1 Leukotomie. Bei der leukotomierten Kranken verschwand die starke Angst und die Schmerzempfindung; es trat eine bis zum Tode – nach 4 Monaten – andauernde Apathie ein.

Diese Eingriffe kommen nur als letzte Maßnahme in Frage und erfordern enge Zusammenarbeit zwischen dem Gynäkologen und dem Neurochirurgen. W. Baumgartner

Aus: Southern Medical Journal 57: 746–749 (1964); cit. Gynäk. Rdsch. 2: 28–29 (1965)

Gynäkologische Operationen und seelische Erkrankungen *

Fred O. Henker

III, M.D. Little Rock (Ark.)

Es wird anhand von psychiatrischen Anamnesen von 355 Frauen über die Zusammenhänge von seelischen Erkrankungen in Abhängigkeit von gynäkologischen Operationen berichtet. Die

häufigsten Diagnosen waren Psychoneurosen

besonders Angst- und depressive Reaktionen. Danach folgten Schizophrenie

Situationsneurosen

verschiedene Hirnsyndrome und affektive Psychosen. Während nach Patterson und Craig in den Vereinigten Staaten von Amerika die Frequenz der gynäkologischen Operationen nicht über 10% liegt

betrug sie in dem psychiatrischen Be-

* Originaltitel: Female Genital Surgery and Mental Illness.