Das Verhalten des N. accessorius beim tuberkulösen Halslymphom

K.

Graf

Luzern

Die operative radikale Entfernung des Lymphokonglomerates ergibt die besten Heilungsergebnisse. Als Schattenseite der grundsätzlichen chirurgischen Behandlung ist die Verletzung des N. accessorius bekannt. Sie führt oft zu recht beträchtlichen Beschwerden. Bei 48 Patienten wurde systematisch schon vor der Operation die Funktion des N. accessorius geprüft und bei 23 eine mehr oder weniger ausgesprochene Parese gefunden. Eine nchtige Lähmung mit Atrophie des M. trapezius, verlagelter Scapula und Behinderung der seitlichen Elevation des Armes konnte bei 7 Patienten festgestellt werden. Zum Schutz vor spätern unberechtigten Klagen des Operierten wird empfohlen, die Funktion des XI. Hirnnerven auf der erkrankten Seite systematisch schon vor dem Eingriff zu prüfen.

Erscheint später in extenso in dieser Zeitschrift.

Diskussion.

Oppikofer: Ich finde den Hinweis auf die praeoperativen Lähmungen außerordentlich wichtig. Ich habe in meinen Fällen praeoperativ nie geprüft. In 54 Fällen hatte ich früher 6 Lähmungen. In neuern 100 Fällen nur noch 1 Lähmung + vorübergehende Paresen. Paresen können sich auch später noch einsteilen, gehen aber dann meist wieder zurück. Ich glaube nicht, daß die Davoser bei 200 operierten Fällen wirklich keine Paresen haben.

Weder: Es muß betont werden, daß Accessorius-Lähmungen keine Kunstfehler sind. Da müssen wir – auch als Gutachter – absolut eindeutig sein! Die praeoperativen Lähmungen waren auch für mich neu. Aus unserem Material von 350 operierten und 250 nachkontrollierten Fällen waren mir keine solchen zu Gesicht gekommen. Daß bei den praeoperativ Gelähmten auch Röntgenbestrahlung waren, zeigt, daß die Röntgenbestrahlung mit ihrer Gefahr ungünstiger Veranlassung nicht mehr angewandt werden sollte. Wir hatten unter unsern Fällen keine Rezidive, trotzdem wir nicht so radikal ausräumen und auch nicht so weit und systematisch den Nerven freilegen.

Lähmungen konnten wir in 2 Fällen feststellen. Die beschriebenen Lähmungen des N. mandibularis kommen sicher nicht von der Anästhesie.

Rüedi: Das Gebiet ist praktisch sehr wichtig. Auch ich bin der Ansicht, daß postop. Accessoriuslähmungen keinen Kunstfehler darstellen, und habe das schon seinerzeit im berückichtigten St. Galler Gulachten entgegen den Ansichten von Rupanner und Schuppisser aufrechterhalten. Der Patient ist damals mit der Summe von Fr. 60 000.– (!) entschädigt worden. Nach der Arbeit von Graf habe ich mich entschlossen, alle Fälle vorher dem Neurologen zu zeigen. Die Chirurgen sollten über unsere Ansicht aufgeklärt werden.

Escher hat sich kürzlich als Oberexperte äußern müssen: Lähmung nach Curettage einer Drüse mit Periadrenitis. Ein Vorgutachten von Otologen + Chirurgen behauptete, daß praeoperative

Lähmungen nie beobachtet werden. Ich dementierte das energisch, da ich selbst auch schon praeoperative Paresen gesehen habe. Meine Ansicht drang beim Versicherungsgericht durch, und der Chirurg wurde freigesprochen.

Die Röntgenbehandlung ist nicht so ganz wertlos in den Fällen, wo post-operativ die Keloidbildung gebremst werden muß, da vermag sie etwas zu leisten.

Denecke sah auch praeoperative Paresen bei Fällen, in denen früher curettiert worden ist. Der N. accessorius soll vorher freigelegt werden, und dann soll möglichst radikal alles, auch das Fettgewebe, ausgeräumt werden.

Schmidt ist erstaunt, daß diese Probleme immer noch so wichtig sind. In Graubünden ist das Rindvieh Tbc.-frei, und wir sehen nur noch selten solche Fälle.

Secretan: Ich mußte einen Fall von Accessoriuslähmung entschädigen, da ich den Patienten nicht auf die Möglichkeit einer solchen postoperativen Schädigung aufmerksam gemacht hatte.

Tuscher: Diese Reverse und Fragebogen vor der Behandlung sind ein Un-ding. Wir Ärzte sollten auf solche juristische Scherze wirklich nicht mehr hereinfallen. Fragebogen mit 30 Fragen vor einer einfachen Blinddarmoperation sind Unsinn, da sie von Laien nicht verstanden werden und in Wirklichkeit juristisch wertlos sind. Sie schaffen zudem psychologisch schlechte Ausgangssituationen für jeden Eingriff.

Oppikofer: Das berühmte St. Galler Gutachten forderte Freilegung des Nerven. Diese ist aber oft fast unmöglich, da das Lymphom oft darüber liegt. In einem Fall verursachte eine praeoperative Streptomycininjektion lokal eine Parese. Ich bin so radikal wie möglich und nehme auch makroskopisch normale Drüsen heraus. Bei histologischer Kontrolle sind manchmal auch die tuberkulös.

Graf: In den referierten Fällen handelte es sich um solche, die vorher chirurgisch nicht angegangen worden sind, doch haben alle gefistelt. Die Paresen untersuchten wir elektrisch und mit dem Elektromyogramm.

Den Nerven kann man meistens freilegen. Wir haben dies in allen 48 Fällen gemacht. Ich bin unbedingt für radikale Ausräumung.