Die prophylaktische Halslymphknotenausräumung «en bloc»

K.

Wissel

Ohrenklinik, Basel

Auf Grund von Beobachtungen an einem Krankengut von 403 Fällen von malignen Tumoren im ORL-Gebiet, deren Halslymph-knotenmetastasen teilweise mit Röntgenbestrahlung und (oder) einfacher Lymphknotenexstirpation, teilweise durch eine totale Halsausräumung en bloc, evtl. kombiniert mit vorangehender oder nachfolgender Röntgenbestrahlung, behandelt wurden, werden folgende Schlüsse gezogen:

Bei nachweisbaren Halslymphknotenmetastasen ist die seit-liche Halsausräumung en bloc – gegebenenfalls kombiniert mit Vor- oder Nachbestrahlung ■ – die Methode der Wahl.

In Fällen ohne nachweisbare Halslymphknotenmetastasen ist die prophylaktische Halsausräumung angezeigt bei Sitz des Pri-märtumors im Hypopharynx, Mesopharynx, Epipharynx und in-nerhalb der Mundhöhle, da diese Lokalisationsformen durch eine ausgesprochene Metastasierungstendenz gekennzeichnet sind; außerdem beim Vorliegen eines Larynxkarzinoms – mit Aus-nahme des einseitigen, umschriebenen Stimmbandkrebses –, da Spätmetastasen bei dieser Tumorform relativ häufig auftreten.

Die prophylaktische Halsausräumung bedingt gegenüber der Röntgenbestrahlung kein erhöhtes Risiko im Hinblick auf eine beträchtliche körperliche Behinderung infolge operativer Nervenschädigung (Accessoriuslähmung, Plexusschmerzen).

4. Für die Durchführung der prophylaktischen Halsausräumung unter den oben erwähnten Bedingungen spricht die Tat-sache, daß in keinem unserer 30 Fälle ein Rezidiv von Halslymph-Autoreferate

449

knotenmetastasen nachgewiesen werden konnte, ferneΓ die Tat-sache, daß in 2 Fällen bei makroskopisch negativem Befund histo-logisch Metastasen festgestellt wuΓden. Schließlich ist hervorzu-heben, daß in dieser Gruppe bei 75% eine Überlebensdauer von mehr als 2 JahΓen beobachtet werden konnte, gegenübeΓ 22–50% in den übrigen Gruppen.

Diskussion.

Επnanni empfiehlt, daß die en bloc-Ausräumung systematisch durchgeführt wird, da sonst doch wieder Recidive auftreten.

Zur operativen Behandlung der Facialislähmung.

C. R. PFALTZ, Ohrenklinik, Basel.

In der vorliegenden Arbeit wird die Frage der operativen Behandlung der traumatischen und idiopathischen Facialislähmung diskutiert. Auf Grund eigener Beobachtungen wird festgestellt: 1. Die traumatische Früh-lähmung erfordert eine sofortige Entla-stungsoperation. 2. Im Falle einer traumatischen Spätlähmung kann mit der Dekompression zugewartet werden, in der Regel je-doch nicht länger als 4 Wochen. Die Dekompression des Nerven scheint die Rückkehr der Innervation zu beschleunigen. 3. Die operative Behandlung der idiopathischen Facialisparalyse

ist an-gezeigt, wenn die Ausfallserscheinungen nach Ablauf von 2 Mona-ten stationär bleiben, oder wenn es sich um rezidivierende Läh-mungen handelt.

Diskussion.

Dubs: Würden Sie die Frühoperation immer empfehlen, auch bei Felsen-beinquerfraktur?

Pfaltz: Wir haben bis jetzt keine Querfraktur mit Facialislähmung zu ver-sorgen gehabt, doch würden wir auch in einem solchen Falle früh eingreifen.

Tschamper: Legen Sie den ganzen Canalis Fallopii frei?

Pfaltz: Wir legen zuerst die Frakturfragmente frei und verfolgen den Nerven dann. Bei sog. idiopathischer Lähmung gehen wir von einer Mastoidek-tomie aus und verfolgen den Nerven bis zu einer sichtbaren Nervenschwellung. In diesem Fall lassen wir die Pauke unberührt wenn wir das ödem vorher fest-stellen.