

Das wissenschaftliche Programm des Anästhesie-Kongresses stand in diesem Jahr unter dem Leitgedanken „Forschung für die Praxis“. Damit sollte vor 2000 Teilnehmern betont werden, daß sich die deutsche Anästhesiologie als praktisch-klinisches Fach solchen Forschungsgegenständen zuwenden wird, die die klinische Praxis jedes einzelnen Anästhesisten verbessern helfen.

Prof. F. W. Ahnefeld (Ulm) betonte: „Während Anästhesie früher der Schmerzbeseitigung diene, ist ihre Hauptaufgabe heute die größtmögliche Ausschaltung der peri- und intra-operativen Risiken“. Dieser Aspekt erscheint um so wichtiger, als in großen Hospitälern bis zu 30 Prozent der Patienten als Risikofälle einzustufen sind.

Unter der Leitung von Prof. Jan Hildebrandt (Göttingen) wurden Fragen des Karzinom-Schmerzes beim Patienten erörtert. Es kam klar zum Ausdruck, daß Schmerz als Schutzfunktion für das Überleben des Individuums bei einem Patienten mit fortgeschrittenem Krebs den Sinn verliert. Der Krebskranke leidet nicht nur an einer zum Tode führenden Krankheit, sondern muß darüber hinaus häufig schwerste Schmerzen erdulden, die ihn daran hindern, die verbleibende Überlebenszeit sinnvoll zu nutzen. Dies ist nur möglich, wenn palliative Maßnahmen die Aktivität nicht unnötig einschränken, Medikamente vermieden werden, die unangenehme Nebenwirkungen, Müdigkeit und Apathie verursachen oder Patienten von Ärzten abhängig machen, und wenn die behandelnden Ärzte bereit sind, der Begegnung mit den Kranken und der Wahrheit des nahenden Todes nicht auszuweichen.

Die angemessene Beteiligung des Patienten an allen Entscheidungsprozessen trägt zur Stabilisierung der Beziehung bei. Da die Krebskrankheit dem Betroffenen nur wenig Zeit läßt, muß die Schmerz-

behandlung zudem schnell wirksam werden. Gezielte palliative somatische Behandlung (Strahlentherapie, Zytostatika und Hormone, neurochirurgische Maßnahmen und neurolytische Nervenblockaden) ist bei starken Schmerzen der rein analgetischen Therapie zunächst vorzuziehen. Dieses Vorgehen setzt jedoch ebenso Kenntnisse über die pathophysiologischen Zusammenhänge der Schmerzentscheidung, der Indikation und der Grenzen des jeweiligen Verfahrens voraus. Die Indikationen unterscheiden sich bei den einzelnen Tumoren oder der Lokalisation von Metastasen erheblich.

Der Schmerz hat in seiner Komplexität nicht nur somatische Ursachen, sondern wird auch durch emotionale und soziale Probleme ausgelöst und verstärkt, besonders bei Krebskranken. Deshalb reicht eine rein somatische Betrachtungsweise nicht aus. Die ärztliche Hilfe darf sich nicht nur auf Medikamente und medizinische Eingriffe beschränken. Abbau von Ängsten, Sympathie, Verständnis und konkrete Hilfe können zur besseren Bewältigung von Schmerzen und Leiden entscheidend beitragen.

Peri- und intraoperative Risiken

Kurzbericht vom Deutschen Anästhesie-Kongreß 1986 in Wiesbaden

Von einer Studie „Stationäre und ambulante Schmerztherapie bei Karzinompatienten“ berichteten M. Imhoff, D. Zech, und G. Fischer vom Institut für Anästhesiologie der Universität Köln. Sie behandelten 260 Karzinompatienten mit starken bis unerträglichen Schmerzen, davon 77 Patienten auf der von der Deutschen Krebshilfe gegründeten Station für Palliative Therapie, 86 Patienten konsiliarisch in anderen Kliniken, besonders HNO-, Kiefer- und Frauenklinik, und 97 Patienten ambulant, von denen 31 wegen ungenügender Schmerzlinderung oder wegen des progredienten Grundleidens später stationär aufgenommen wurden.

Bei mehr als 80 Prozent aller Patienten konnten die Schmerzen allein durch eine regelmäßige orale Medikamentengabe ausreichend behandelt werden, überwiegend durch die Kombination von Morphium mit einem peripher angreifenden Analgetikum. Bei ungenügender Schmerzlinderung und je nach Tumorklassifikation ging man zur periduralen Morphingabe über, sowohl intermittierend als auch kontinuierlich mittels eines subkutan verlegten Periduralkatheters mit Port-System.

Andere Therapieformen, wie etwa die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), die intrathekale Neurolyse oder neurochirurgische Verfahren (perkutane Chordotomie, offene Kommissurotomie), waren meist unbefriedigend oder wurden nur in Einzelfällen angewandt.

Die Schmerzbeseitigung war bei den Patienten der Palliativ-Station sehr viel erfolgreicher als bei den konsiliarisch oder ambulant behandelten. Während etwa zwei Drittel der erstgenannten nahezu beschwerdefrei wurden, konnte dies in den beiden letzten Gruppen nur bei ungefähr einem Drittel Patienten erreicht werden.

In einer weiteren Veranstaltung unter Leitung von Prof. Erich Rüg-

heimer (Erlangen) wurde die Aufwachphase diskutiert. Die Probleme der Aufwachphase resultieren aus dem direkten Einwirken von Anästhesie und Operation auf die verschiedenen Organsysteme (insbesondere Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel), den Narkosmittelnachwirkungen (Diffusionshypoxie, Fetanylrebound, Rekurrenzierung) sowie der intra- und postoperativen Hypothermie. Da die Häufigkeit kardiovaskulärer Komplikationen erheblich von den Vorerkrankungen bestimmt wird, beginnt die Behandlung dieser Risikopatienten präoperativ. Zwingend behandelt werden müssen die latente und manifeste Herzinsuffizienz, der Hochdruck und die koronare Herzkrankheit. Postoperativ treten besonders häufig Rhythmusstörungen, anaphylaktoide Reaktionen, Störungen der Kreislaufregulation und Hypotensionen auf.

Operativer Eingriff und Anästhesie, einschließlich Lagerung und maschineller Beatmung, verändern insbesondere nach Thorax-, Oberbauch- beziehungsweise Zweihöhleingriff die Atemtechnik und führen zu einer Verschlechterung der Ventilationsbedingungen. Die Verteilung des inspiratorischen Gasvolumens auf das Alveolarvolumen wird gestört.

Primäres Ziel der unmittelbar postoperativen Atemtherapie ist eine Normalisierung der operationsbedingt eingeschränkten FRC und VC und ein Offenhalten des Bronchialsystems zur Verbesserung der Ventilationsbedingungen in minderbelüfteten Alveolarbezirken. Es wurden Parameter und spezifische Indikation für den Einsatz ventilatorischer Therapie-maßnahmen zur Sicherstellung von Normoxämie und Normokapnie genannt: von der Sauerstoffgabe über atmungsstützende Verfahren bis hin zur kontrollierten Beatmung mit PEEP.

Dr. med. Hans-Peter Legal
Orleansplatz
8000 München 80

Der kranio-zervikale Übergang als Ort vielfältiger neurologischer Störungen

Zu dem Kongreßbericht von Professor Dr. med. Gerhard Exner in Heft 6/1986, Seiten 320 bis 322

Stellungnahme

Die im Ergebnisbericht der Tagung für Neurochirurgie 85 von Prof. Dr. G. Exner, Marburg, referierten pathologischen Befunde sind vergleichbar mit einem Fischzug mit dem „Netz“ modernster Untersuchungstechnik. Und doch entging aus der Sicht der Manuellen Medizin die Diagnose des Gros der „atypischen“ Leidenszustände, die vielen kleineren „Fische“. Auch diese sind durch gezielte manuelle Palpation, Radiologie, exakte Analyse der Beweglichkeit der Kopf/C1-C2-Beweglichkeit, der Atlasdislokationen usw. exakt erfassbar.

Und vor allem, falls nicht, wie im Report erwähnt, „chiropraktische Maßnahmen strengstens verboten“, sind diese kausal chirotherapeutisch behandelten Zustände meist weitgehend heilbar. Diese Diagnose lautet: akute beziehungsweise chronische Blockierung, oft Jahrzehnte persistierend, heilbar durch gezielte *Deblockierung*, mit Verschwinden der „atypischen (Zitat-)Kopfschmerzen, Bewegungsschmerzen, Schiefhals, Kribbelparästhesien, samt vielen anderen Symptomen wie Meniere, spastischer Blässe, abnormer Müdigkeit, vegetativer Dystonie usw.

Für Ärzte und – Patienten wäre die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Neurologie und Manueller Medizin von gewichtigem Interesse.

Dr. med. Martin. M. Schönberger
Chirotherapie, Allgemeinmedizin
Kirschenweg 5
8209 Stephanskirchen

Schlußwort

Die Mainzer Herbsttagung für Neurochirurgie befaßte sich gezielt mit den von mir referierten Themengruppen des kranio-zervikalen Überganges: Traumafolgen, Fehlbildungen und Systemerkrankungen, Entzündungen und Tumoren. Hier handelt es sich um seltenere, aber gravierende Krankheiten, die tatsächlich aus dem Gros der „kleinen Fische“ herausfiltriert werden müssen, nicht mit dem „Schleppnetz“, sondern gezielt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß eine gute manuelle Untersuchungstechnik zum diagnostischen Grundrüstzeug gehört. Es unterliegt aber auch keinem Zweifel, daß die basiläre Impression, das Arnold-Chiari-Syndrom, die Syringomyelie, die atlanto-axiale Luxation bei Os odontoideum, die entzündliche Osteolyse oder Tumoren auf keinen Fall chirotherapeutisch angegangen werden dürfen. Um solche Krankheitsbilder ging es auf der Mainzer Tagung und nicht um chronische Blockierungen und andere funktionelle Störungen der Region. Ich stimme zu, daß eine enge Kommunikation zwischen Neurologie und manueller Medizin notwendig ist. Noch immer ist der Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten klinischer Symptome und der Verifizierung von Tumoren viel zu groß.

Die Tagung hat gezeigt, daß mit den neuen bildgebenden Verfahren die Diagnostik der kranio-zervikalen Region erheblich erweitert und verbessert werden konnte.

Professor Dr. med.
Gerhard Exner
Wilhelm-Roser-Straße 35 a
3550 Marburg