

## TRATAMENTUL SCIATICII ȘI ALGIILOR PELVIENE DE ORIGINE TUMORALĂ PRIN ALCOOLIZARE INTRARAHIDIANĂ

S. Komjátszegi, F. Simó, Á. Máthé

Pentru tratamentul sindroamelor dureroase ale membrelor inferioare, netratabile cu medicația analgetică obișnuită, *Dogliotti* propune în 1931 alcoolizarea intrarahidiană a rădăcinilor posterioare ale cozii de cal. El a injectat 0,5 ml alcool concentrat în spațiul subarahnoidian, bolnavul fiind culcat în poziția cea mai favorabilă deplasării alcoolului spre rădăcinile interesate. Primul bolnav al lui *Dogliotti* a suferit de sciatică. Ulterior metoda a fost practică cu succes de către alți autori (*Ritschie-Russel*: 1936, *Ottley*: 1938, *Greenhill*: 1947). Majoritatea autorilor sînt de părere ca indicația acestei metode să se limiteze numai la tumori maligne. Alții susținînd că metoda pe lângă eficacitatea mare este și inofensivă, caută să-i lărgescă sfera indicațiilor și la sciatici cronice netumorale. *Geréb* (1955) a tratat prin alcoolizare 16 bolnavi, care în prealabil au fost rezistenți la toate tratamentele conservatoare aplicate: 11 din aceștia au suferit de lombosciatică tipică de origine discală sigură sau incertă; a obținut 8 rezultate bune și 3 slabe. Pentru evitarea reacțiilor secundare *Geréb* recomandă doze mici, administrate încet.

La noi în țară metoda lui *Dogliotti* a fost introdusă și folosită cu succes în algiile canceroase pelviene de *C. Stanca*. *I. Chiricuță* (1957) a obținut de asemenea rezultate favorabile în puținele cazuri în care a practicat-o.

În clinica noastră practicăm această metodă din noiembrie 1955, numai în sindroamele dureroase ale micului bazin și ale membrilor inferioare, de natură carcinomatoasă (*Komjástszegi, Simó, 1957*). În această lucrare căutam să expunem rezultatele obținute pe un număr de 17 cazuri tratate cu alcoolizare intrarahidiană lombară.

**Tehnica intervenției.** Procedul se bazează pe faptul că alcoolul are o greutate specifică mai mică decât lichidul cefalorahidian și în consecință are tendința să se ridice. De aceea este important ca bolnavul să fie așezat cu bazinul ridicat deasupra nivelului umerilor, partea dureroasă ocupînd poziția cea mai ridicată. Inițial am reușit punerea bolnavului în această poziție prin așezarea unor cărămizi sub picioarele patului și cu ajutorul citorva perne puse sub bazin. Mai târziu am modificat această tehnică, întrebunînd masa basculantă de röntgen care ne permitea o mai bună dirijare a poziției bolnavului în scopul dorit. De ex. cu o înclinație mai mare ( $45^\circ$ ) a mesei reușim să anesteziem ultimele rădăcini sacrate. Executăm puncția lombară în spațiul  $L_4-L_5$  sau  $L_5-S_1$ , bolnavul fiind în poziție de decubit lateral, cu partea dureroasă în sus, lăsăm să se scurgă citeva picături de lichid prin acul de puncție, după care bolnavul ia o poziție semi-ventrală, poziție care se fixează cu perne. După aceasta se introduce în spațiul subarahnoidian alcool concentrat în cantitatea de 0,7—1,0 ml. Bolnavul are senzația de căldură în bazin și în membrul inferior dureros, după care dispare durerea ca semn de reușită a intervenției. Timp de 2 ore bolnavul stă în această poziție, nemîșcat, după care se recomandă ca încă 24 de ore să păstreze o poziție orizontală.

#### Cazuistica noastră

Metoda a fost utilizată în tratamentul a 17 bolnavi, dintre care 12 au primit alcool numai o singură dată, 2 de două ori, iar 3 de trei ori (la prima inj.: 0,7—1,0, la repetare 1,5 ml). Vîrsta bolnavilor este cuprinsă între 31—68 ani; 13 femei și 2 bărbați. Afecțiunea de bază a fost în toate cazurile tumoare malignă: în 8 cazuri carcinom uterin operat, recidivat, infiltrat în bazinul mic; 1 cancer ovarian cu metastaze multiple; un cancer mamar și unul pulmonar — ambele cu metastaze vertebrale  $L_3-4$ ; 4 cazuri inoperabile de cancer al micului bazin, un cancer rectal operat, recidivat și un cancer al prostatei. Alcoolizarea s-a efectuat pe baza diagnosticului simptomatic: 13 cazuri sciatică unilaterală, 2 cazuri sciatică bilaterală, și două cazuri cu dureri mari sacrale și perineale. Pe lângă sindromul dureros dominant am constatat în mai multe cazuri hipotonie musculară, hipotoni sau areflexie (în special achiliană) și tulburări de sensibilitate: un caz a fost cu parapareză (nr. 4), iar altul cu monopareză crurală (nr. 9).

**Rezultatele** alcoolizării le-am interpretat după următoarele criterii: 1) rezultate *excelente*, cînd perioada nedureroasă după alcoolizare a ținut cel puțin 2 luni de zile și în acest timp bolnavul nu a uzat de analgetice; 2) rezultate *bune*, cînd în timpul internării bolnavii au fost fără dureri, dar nu au putut fi urmăriți după externare; 3) *fără rezultate* am considerat cazurile în care alcoolizarea nu a ameliorat sindromul dureros, sau durerile au reapărut după citeva zile. — Nu am considerat necesară o împărțire mai amănunțită a cazurilor, fiindcă în esență întrebarea este, dacă putem oare încadra tehnica alcoolizării în rîndul metodelor eficiente ale chirurgiei durerii, și dacă folosind-o putem calma durerile insuportabile ale acestor bolnavi.

Rezultatele ne îndreptătesc să răspundem afirmativ. Din 17 cazuri 6 au răspuns excelent la tratament, 7 cu rezultat bun, și numai la 4 cazuri metoda a eșuat. La 3 din cele 6 cazuri „excelente” perioada nedureroasă a ținut peste 4 luni, la unul, controlat după 2 luni, procesul canceros era extrem de extins (fistulizare recto-vaginală), și cu toate acestea bolnava nu avea nici o durere (cazul nr. 7). Dintre cele 6 cazuri cu rezultat „bun”, unul (nr. 13) controlat în a 29-a zi nu acuza nici o durere, iar altul (nr. 9), care anterior folosea morfina în cantități mari, după alcoolizare i-a fost suprimată morfina, făcîndu-i și un tratament de

dezintoxicare. Pentru a obține rezultate „excelente”, a fost nevoie într-un caz de trei punctii, în două cazuri de două, iar în trei cazuri de una. Din cele 6 cazuri, cu rezultat „bun”, în cinci a fost suficientă o singură puncție pentru a obține ceda-rea durerii. Din 4 cazuri „fără rezultat”, în două am făcut o singură injectare de alcool, neputând repeta puncția, bolnavii refuzând tratamentul. În celelalte două cazuri am recurs la intervenții neurochirurgicale: comisurotomie (cazul nr. 11) și cordotomie (cazul nr. 16), după care durerile au cedat.

Efectul degenerativ al alcoolului asupra rădăcinilor este reversibil și de aceea după câțva timp (cîteva săptămîni sau luni), conductibilitatea rădăcinilor se normalizează și durerile reapar. Chiar în cazurile nereușite putem afirma că în urma alcoolizării durerea își pierde din caracterul ei lancinant, devenind o durere mai surdă, difuză, mai ușor de stăpînit cu analgetice. Experiența noastră ne îndreptățește să indicăm în caz de nevoie repetarea injectării de alcool eventual de mai multe ori, pînă la obținerea efectului dorit.

*Lourie și Vanasupa* critică metoda, argumentînd că în acest fel nu se poate acționa discriminativ pe grupe de rădăcini dorite. După părerea noastră, din punct de vedere practic, aceasta nu constituie un dezavantaj. În primul rînd: prin poziția semiventrală a bolnavului putem asigura deplasarea alcoolului spre rădăcinile dorsale dintr-o singură parte și astfel se poate limita întreruperea temporală a conductibilității la un anumit grup de rădăcini. În al doilea rînd: este adevărat că alcoolul se dispersează și către partea opusă, dar acest fapt este un avantaj în prezența unei tumori infiltrative a bazinului mic, care nu respectă nici ea linia mediană. În experiment model s-a putut demonstra că alcoolul injectat încet se ridică continuu în mediul apos, iar dacă se introduce brusc sub presiune, se amestecă repede. De aceea noi procedăm în felul următor: dacă dorim să obținem și un efect contralateral, introducem încet prima parte a alcoolului, iar ultima parte sub presiune. Astfel am reușit să suprimăm sindromul dureros bilateral din regiunea perineală și sacrală cu o singură injectare de alcool (cazurile nr. 12, 13, 14). Din acest punct de vedere alcoolizarea intrarahidiană poate fi comparată numai cu cordotomia bilateral efectuată. Dar confruntînd riscurile celor două intervenții, cumpăna înclină în favoarea primei metode.

#### *Reacții secundare, complicații.*

*Tulburări de sensibilitate* s-au putut constata destul de frecvent în urma alcoolizării; întinderea, intensitatea și durata acestora variau. În aprecierea tulburărilor de sensibilitate există o oarecare greutate, și anume prezența inițială a unor tulburări neradiculare de sensibilitate, date de către leziunea plexului pelvian. Noi am constatat că efectul calmant al metodei este cu atât mai bun și mai durabil, cu cît tulburările de sensibilitate apar mai evidente. De asemenea se observă în majoritatea cazurilor apariția sau accentuarea *paresteziilor*.

Un efect secundar destul de frecvent este *retenția urinară* (în 7 cazuri), care poate să țină cel mult 5—6 zile. Am remarcat că retenția urinară a apărut aproape constant în cazurile cele mai bune ale noastre (cazurile nr. 1, 7, 8, 9, 13, 15, 17), constituind chiar un prognostic bun. Nu am observat niciodată incontinență urinară ca o complicație mai gravă.

Mai mulți autori amintesc accentuarea *hipotoniei musculare*. Și noi avem asemenea observații. Menționăm însă că aprecierea hipotoniei musculare consecutivă intervenției înțîmpină greutăți, fiindcă există o scădere a tonusului muscular și datorită bolii de bază. Hipotonia musculară poate să dea bolnavului o senzație de slăbiciune, însă parcăz noi nu am constatat obiectiv la nici un caz.

În literatură se citează cazuri cu reapariția durerilor datorită nevritei sau arahnoiditei consecutive alcoolizării. Între cazurile noastre nu există nici unul asemănător. Noi credem că durerile recidivate își găsesc explicație suficientă în boala inițială astfel încît este inutil a le atribui altor cauze nosologice, în lipsa unor dovezi concludente. Totuși, posibilitatea ivirii unor asemenea complicații ne face să limităm intervenția numai la cazuri de sciatică tumorală.

Se pot ivi și alte complicații, ca paraplegie, sindrom mai grav de coadă de cal, meningită etc. care pot crea dubii medicului practician. De aceea recomandăm ca intervenția să fie făcută în servicii spitalicești de specialitate.

**Problema indicațiilor.** Majoritatea autorilor menționează că metoda este inofensivă, fapt constatat și de noi; opinăm totuși pentru restrângerea rațională a indicațiilor. În caz contrar acest procedeu terapeutic rapid și eficient poate fi folosit de unii în mod abuziv în cazuri de sciatică ce ar putea beneficia de un tratament etiologic.

Compresia radiculară dată de hernia discului sau de alte maladii poate fi rezolvată operator. Pentru tratamentul spondilozei, a durerilor reumatice, se folosesc tratamente conservatoare (fizioterapie, balneoterapie etc.). Numai în cazuri excepționale cu dureri rebele și insuportabile se poate discuta, — în institute de specialitate — dacă alcoolizarea trebuie sau nu aplicată. Nu sîntem de acord cu părerea lui Geréb, care a tratat prin alcoolizare 11 bolnavi, suferind de discopatie. Metoda injectării intrarahidiene de alcool trebuie să fie contraindicată în toate cazurile de nevralgii netumorale.

Din cele expuse reiese că indicația corectă a intervenției o constituie, — după noi — sindromul dureros al bazinului mic, și al membrului inferior, de etiologie canceroasă, cu dureri predominant unilaterale. În aceste cazuri alcoolizarea trebuie totdeauna încercată ca prim pas și numai în caz de nereușită evidentă se va recurge la alte intervenții ca: radicotomia, cordotomia antero-laterală sau mielotomia comisurală, acestea reprezentînd fiecare un risc și un traumatism incomparabil mai mare pentru bolnavii cancerosi cașectici. Alte avantaje sînt: amînarea sau chiar evitarea administrării morfinei; practic poate fi repetată nelimitat; sistarea durerilor pe o durată mai lungă are un efect favorabil asupra psihicului bolnavului și printr-un somn mai bun, alimentație mai bună, se realizează și o remontare somatică. Pe baza celor afirmate putem susține că alcoolizarea intrarahidiană trebuie considerată ca o metodă de rutină în rîndul celorlalte intervenții ale chirurgiei durerii.

Întreruperea conductibilității rădăcinilor posterioare pe cale chimică, așa zisă „rhizotomie chimică” s-a încercat recent și cu alte substanțe. Maher în 1955 în acest scop a folosit fenolul (5% fenol dizolvat în glicerină: 0,5—1,0 ml). Nathan, apoi Brown comunică un material mai bogat cu rezultate bune. Ei dizolvă fenolul în Pantopaque în concentrație de 5—20%. Examenul histologic după injectarea fenolului (André-Balissaux și Gonsette) a arătat o hiperemie a rădăcinilor, degenerescența de diferite grade. Modificările histologice seamănă cu cele găsite în nevritele parenchimatose toxice. Stewart și Lourie au demonstrat prin experiențe pe pisici că alcoolul produce leziuni degenerative mai profunde și mai întinse la nivelul axonului decît fenolul. Acest fapt este confirmat și de observații clinice; astfel Lourie și Vanasupa citează un caz de dureri perineale prin cancer, care nu au cedat inițial la injectare de fenol, însă alcoolul administrat a doua zi după eșec a asigurat o perioadă nedureroasă de 6 luni. Pe baza celor arătate mai sus, fără însă a avea a experiență proprie, credem că asocierea celor două substanțe ar da rezultate și mai bune în durerile cancerose neînfluențate de altă medicație.

Sosit la redacție: 23 ianuarie 1964.

#### Bibliografie

1. ANDRÉ—BALISAU, G. GONSETTE R.: Acta Neurol. Psych. Belgica, (1963), 63/3, 489; 2.—BROWN: cit. Lourie (8); 3.—CHIRICUȚĂ I.: Capitolul Operații radicale în „Chirurgia ginecologică” Ed. Med. Buc. (1957), 658; 4.—DOG-LIOTTI A. M.: Presse Med. (1931), 39, 1249; 5.—GEREB T.: Orvosi Hetilap (1955), 34, 944; 6.—GREENHILL: cit. Geréb (5); 7.—KOMJÁTSZEGI S., SIMO F.: Vol. Comunic. ses. științ. II. IMF Tg.-Mureș (1957), 102; 8.—LOURIE H. VANASUPA P.: J. Neurosurg. (1963), 20, 60; 9.—MAHER: cit. Lourie (8); 10.—NATHAN: cit. Lourie (8); 11.—OTTLEY: cit. Geréb (5); 12.—RITCHIE—RUSSEL: cit. Geréb (5); 13.—STEWART W. A., LOURIE H.: J. Neurosurg. (1963), 20, 64.