

## **Fallbeispiel B.D**

### **37-jähriger Patient, männlich, Grundberuf Sanitäter**

#### **Diagnosen:**

Atypischer Gesichtsschmerz

nach St.p Unfall mit Fraktur im linken Gesichtsbereich

Trigeminusneuropathie li nach St.p Kiefer-OP 2 x (SMZ-Ost, Kieferchirurgie)

Reaktive Depressio

St.p iatrogenem Benzoabusus

Bei der Erstvisite in der Ordination von Frau Dr berichtet der Patient über starke brennende und blitzartig einschießende Schmerzen im Kieferbereich links (II- und III Trigeminasast entsprechend; VAS 8 – 10 ).

Anamnestisch ergibt sich, dass Herr B. im Jahr 2001 bei einem Raufhandel eine Kieferfraktur erlitt. Diese Fraktur wurde 2-mal kieferchirurgisch versorgt. Nach der 2. Operation fingen die Schmerzen brennend und einschießend im Außen – und Innenbereich des Unterkiefers an (VAS 10 ).

Es werden diagnostische Abklärungen veranlasst um eine Diagnosefindung bzw. Bestätigung zu dokumentieren. Das ursprüngliche Regime (Pregabalin 150-0-150 mg) wurde geändert auf Carbamazepin 300 mg 1-1-1.

Auswärtige Therapieoptionen mit Neurontin, Oxycontin, Tramal waren bisher sine effectu.

Der Versuch Saroten mit Trittico zu ersetzen wurde vom Patienten wegen Nebenwirkungen wie – kein Schlaf, verstärkte Unruhe abgebrochen.

Neben der medikamentösen oralen Therapie erhielt der Patient auch einmalig eine Ganglion sphenopalatinum Blockade links mit Temgesic 0,45 mg. Unter dieser Blockade kam es zu keiner Schmerzreduktion.

Zusätzlich erhielt der Patient eine Akupunkturserie (Körper und Ohr jeweils 4 Sitzungen).

Außerdem wird der Patient aufgefordert regelmäßiger körperlicher Aktivität nachzukommen.

Zusätzlich wird der Patient in die Schmerzambulanz AKH Wien überwiesen um ein multimodales Programm zu erhalten. Dieses umfasste Biofeedback und Hypnose-therapie.

In der Zwischenzeit (02/2010) konsultiert der Patient einen auswärtigen Neurologen, der ihm erneut auf Benzos für sein Schmerzsyndrom einstellt.

Außerdem wird der Patient an der psychosomatischen Schmerzambulanz bei Prof. für eine Optimierung seiner antidepressiven Therapieeinstellung vorgestellt.

Aufgrund seiner reaktiven Depression im Zuge des chronischen Schmerzsyndroms wäre auch eine Schmerzbewältigung anzudenken.

Trotz des multimodalen Ansatz kommt es zu keiner anhaltenden Schmerzreduktion (Hypästhesien im N. Mentalisbereich und im Mundschleimhautbereich, einschließende Schmerzen bis VAS 8).

## **Status localis:**

Schmerzen im linken Kiefer-Gesichtsbereich bis VAS 5, Allodynie links im Kieferbereich und Kinnbereich, im Trigeminusbereich kein sensomotorisches Defizit, Dysästhesie und Hypoästhesien im II und III Ast des Trigeminus links.

Beweglichkeit im HWS-Bereich endlagig eingeschränkt, schmerzhaft, deutlicher Muskelhartspann in der gesamten Nacken-Schultergürtelmuskulatur bds.

Befunde:

Neurologie:

NLG 01/2010 (AKH Wien): M. orbicularis oculi (keine Seitendifferenz, unauffällig), N. mentalis (keine Seitendifferenz der mot. Dist. Latenz, Amplitudendifferenz zu Ungunsten links),

MRI-Schädel 12/09 (KH Horn): o.B, kein Anhaltspunkt für Trigeminstangierung durch Gefäß

Neurostatus 01/2010 (AKH Wien): Hypästhesie und Parästhesie im N. Mentalisbereich links

MRI des N. mentalis noch ausständig

Prof Dr.(Psychosomatik): Benzodiazepine ex, Hypnose-therapie  
weiter

**Therapie neu:**

Saroten 25 mg 0-0-2

Capsicain 0,5 % Creme im Hypästhesiebereich

Neurotop ex sine effectu

TENS – Geräte

Hypnose-therapie



Unter der multimodalen Therapie konnte keine Verbesserung der Schmerzen erzielt werden.

Der Patient ist außerdem zur Zeit aufgrund seines Schmerzsyndroms und damit verbundenen Medikamenteneinnahme arbeitslos (früher als Sanitäter tätig).

Eine Resozialisierung wäre dringend anzuraten, da der Patient eine Familie mit 2 Kindern zu erhalten hat.

# Weiteres therapeutisches Vorgehen ?

**12/10 Periphere Thermokoagulation des Nervus mentalis links bei Gesichtsschmerzen und Neuralgie des Nervus mentalis links**

**Thermosonde unterhalb des unten Prämolaren in der Mitte zwischen Alvolaren und Unterrand des Unterkiefers in das Foramen mentale eingeführt.**

**Thermokoagulation des Nervus mentalis links mit einer Temperatur von 70° und einer Expositionszeit von 90 sec.**

**Anschließend wird lateral davon im Verlauf des Nerven neuerlich eine Thermokoagulation mit denselben Parametern durchgeführt.**

**Ramipril 5 mg**

**Saroten 25 mg**

Am 24.01.2011 Pat das erste Mal im ZISOP vorstellig.

**Diagnosen:**

Atypischer (idiopathischer) Gesichtsschmerz

Neuropathie

Z.n. Thermokoagulation des Nervus mentalis links im Dezember 2010 - hat keine signifikante Schmerzlinderung bewirkt

Der Patient ist in Niederösterreich ansässig.

## **Weitere Therapievorschlage:**

Amitriptylin 25 mg abends

Ramipril 5 mg morgens

GLOA Serie vorerst 5 x

Lidocain – Austestung

Eventuell 2. Thermokoagulation Nervus mentalis links

Am 06.04.2011 wurde eine weitere periphere Thermokoagulation des Nervus mentalis links bei rezidivierender Mentalisneuralgie links durchgeführt.

Thermokoagulation mit einer Temperatur von 75°, Expositionszeit von 90 sec.

Nach sensibler Stimulation mit 75 Hz werden 2 weitere Punkte im Verlauf des Nervus mentalis anvisiert

**Am 16.08.2011 neuerliche Vorstellung von der Neurochirurgie des Patienten mit therapieresistenten Neuropathie des Nervus mentalis.**

**Dumpfer Grundschmerz (VAS 6-7) mit teilweise elektrisierender einschließender Komponente. Der Schmerz hoch bis 10.**



## Therapievorschlag:

Clonazepam 2 mg abends.

Es wurde weiteres Lidocain-Infusionen vorgeschlagen  
und eine Qutenzapflastertherapie terminisiert.

Am 17.08.2011 Qutenza-Anwendung bei Neuropathie des Nervus mentalis links.

**Aktuelle Medikation:**

Amitriptylin 10 mg abends

Praxiten 15 mg ½ Tbl

Seractil 400 mg bei Bedarf

Ramipril 5 mg morgens

Clonazepam\_2 mg abends

Vor Qutenzaapplikation bei der QST-Messung die Kältesensationsschwelle mit 25,4° C erniedrigt, die Hitzesensationsschwelle mit 38,1° erhöht.

Die Qutenzaapplikation erbrachte dem Patienten keinen Erfolg.

09/11 Der Patient war mehrfach vorstellig auf der Mundkieferchirurgie. Es wurde ihm erklärt, dass der Nervus mentalis links durch die Osteosyntheseplatten irritiert bzw. eingeklemmt ist.

Es werden 15 Einheiten Botox im Bereich des Austrittspunktes des Nervus mentalis links injiziert – auch ohne Erfolg.

Lidocain-Austestung ohne Erfolg.

Ketanaest-Austestung ohne Erfolg.

Dronabinol-Anwendung ohne Erfolg.

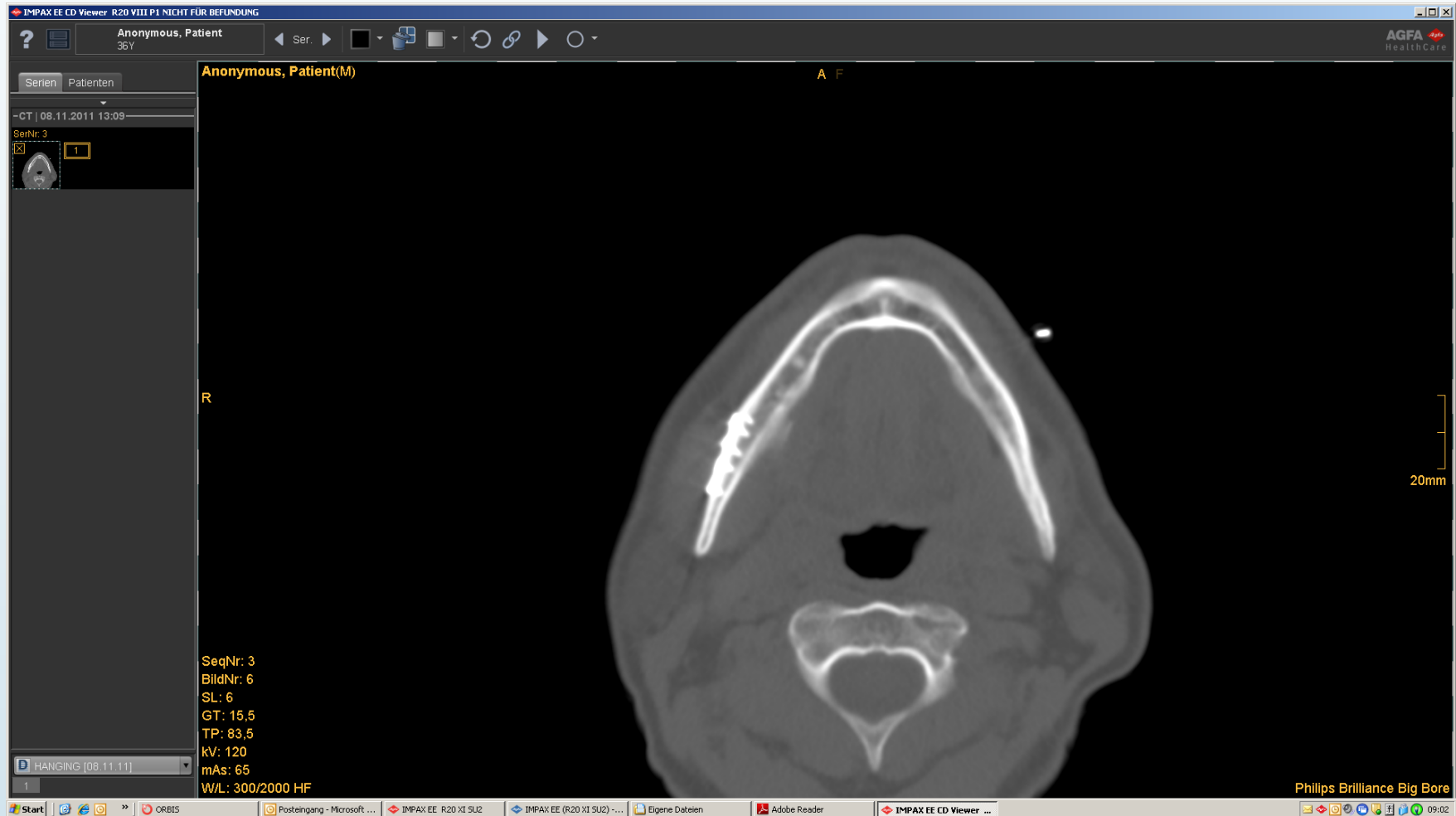
# **Wirkung und Nebenwirkung von Dronabinol bei neuropathischem Schmerz ?**

# Wir wirkt Qutenza – Nebenwirkungen?

Am 23.11.2011 angefertigte Panoramaschicht-Aufnahme – zeigt eine minimale periapikale Läsion an der mesialen Wurzel, Zahn 46 mit durchaus begründetem Verdacht eines frakturierten Wurzelkanalinstruments.

Oktober 2011

Erste Neurolyse mit 6 %igem Phenol 0,5 ml CT-gezielt





## **Vorbehandlungen:**

- 07.10.2011 Phenol Neurolyse (0,5 ml 6 %iges Phenol)
- 24.10.2011 CT gezielte Neurolyse (0,5 ml 6 %iges Phenol) (VAS 6-7)
- 08.11.2011 CT gezielte Neurolyse (0,5 ml 6 %iges Phenol) mit 50 %ger Schmerzbesserung (Taubheitsgefühl Lippe – aber bereits 7 Tage später heranreichend schmerzfrei – vorher durchschnittlich VAS 5)
- 15.11.2011 CT gezielte Neurolyse (0,5 ml 6 %iges Phenol)
- 31.01.2012 Neurolyse
- 18.09.2012 Neurolyse

Am 02.05.2012 Wurzelspitzenresektion der mesialen Wurzel  
regio 46

Es kann kein verifiziertes Fremdkörperstückchen gefunden werden.

Durch die 5 Phenol Neurolysen konnte der Schmerz reduziert werden auf 3-4, Durchschnittsschmerz bei 3. Pat ist zufrieden, die blitzartig einschießenden Schmerzen sind verschwunden, brennende Schmerzen noch gering vorhanden.

**Aktuelle Medikation Jänner 2013:**

Harmomed Dragees 3 Stk am Abend  
Clonazepam 2 mg abends  
Seractil bei Bedarf