

Schmerztherapie mit proarrhythmischen Substanzen durch gegebenenfalls deletäre Arrhythmien zu gefährden. Es sollte daher zumindest eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen werden.

Dr. med. Jörg Piper
Rehazentrum Mittelmosel
Klinik Römerkessel
Am Römerkessel 1
56864 Bad Bertrich

Schlusswort

Die eingegangenen Zuschriften zeugen durchgehend von Interesse und Zustimmung zu unserem Beitrag über die wenig bekannte „ischämische Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit“. Der Artikel entstand durch meine langjährige Konsiliartätigkeit in der Gefäßchirurgie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen und der Erfahrung, dass dieses relativ häufige neurologische Krankheitsbild oft auch versierten Gefäßchirurgen und Angiologen nicht bekannt ist. Prognose und Rehabilitation der Patienten mit schwerer arterieller Verschlusskrankheit hängen aber ganz erheblich von dieser neurologischen Komplikation ab, zumal es eine spezifische neuropathische Schmerztherapie gibt.

Für die kritischen Ergänzungen von Herrn Piper aus der Sicht der Rehabilitationsmedizin sind wir dankbar und stimmen ihnen zu. Die physikalischen Behandlungsmaßnahmen mit Wechselwärme sind hilfreich und lindernd vor allem bei der diabetischen Neuropathie, bei der bevorzugt kleine Fasern betroffen sind („small fiber neuropathy“) und bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit in leichten Stadien, also nicht bei der klassischen ischämischen Neuropathie.

Im Einzelfall helfen CO₂-Gasbäder, die bei den schwierig zu behandelnden, infizierten ischämischen Ulzera auch antibakteriell wirksam sein können, obwohl diese Therapie nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert ist. Wir setzen Prostaglandin-Derivat-Infusionsbehandlungen, zum Beispiel mit Prostavasin, nur als Therapie der zweiten Wahl im Stadium III und IV der peripheren arteriellen Verschlusskrank-

heit nach Fontaine ein, wenn eine Bypass-Operation nicht infrage kommt.

Sie sollten aber keineswegs unerwähnt bleiben. Herrn Piper ist uneingeschränkt zuzustimmen, dass bei der Schmerztherapie eine kardiologische Risikoevaluation vor dem Einsatz von Mexiletin und trizyklischen Antidepressiva zu erfolgen hat. Wir führen daher wiederholt EKG-Kontrollen bei unseren Patienten durch und klären sie detailliert über mögliche kardiologische Symptome auf.

Herr Beutner machte uns dankenswerterweise auf einen Druckfehler aufmerksam, für den wir uns entschuldigen. Die Dosierungsempfehlungen im Textkasten 2 müssen lauten: Haloperidol 3 x 0,25 mg und Laevomepromazin 3 x 25 mg.

Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Friedrich Gramann
Neurologische Universitätsklinik
Liebigstraße 22a
04103 Leipzig

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Spasmus facialis

Aktuelle Aspekte der operativen und medikamentösen Therapie

von

Dr. med. Andreas Schulze-Bonhage
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Andreas Ferbert

in Heft 47/2000

Keine aktuellen Aspekte

Entgegen der Ankündigung im Untertitel des Artikels sind in dem Beitrag keine aktuellen Aspekte der Therapie des Spasmus facialis zu finden. Die Botulinumtoxin-Therapie ist seit langem fest etabliert; Publikationen zum Thema gibt es bereits seit 1985 (2), deutsche Veröffentlichungen seit 1989 (1). Diese Behandlung wird heute ent-

gegen der Meinung der Autoren klar als Therapie der Wahl angesehen. In unserer Klinik werden seit 1993 Spasmus-facialis-Patienten mit Botulinumtoxin behandelt.

Seitdem wurde bei uns keiner dieser Patienten mehr einer Dekompressionsoperation zugeführt. Dies soll auch zeigen, dass eine kompetente Beratung und elektrophysiologische Untersuchung der Patienten selbstverständlich auch durch einen HNO-Arzt erfolgen kann.

Literatur

1. Poewe W, Kleedorfer B: Therapie des essentiellen Blepharospasmus und hemifacialen Spasmus mit lokalen Injektionen von Botulinum-Toxin A: Erfahrungen an 50 Patienten. *Akt Neurol* 1989; 16: 78–82.
2. Savino PJ, Sergott RC, Bosley TM, Schatz NJ: Hemifacial spasm treated with botulinum A toxin injection. *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 1305–1306.

Dr. med. Orlando Guntinas-Lichius
HNO-Klinik
Universität zu Köln
50924 Köln

Schlusswort

Herr Dr. Guntinas bemerkt zu Recht, dass speziell die Botulinumtoxin-Therapie schon seit Jahren durchgeführt wird, von einem der Autoren (Andreas Ferbert) seit 1990, zunächst an der RWTH Aachen, seit 1992 am Klinikum Kassel. Wir können der Meinung nicht zustimmen, dass die Dekompressionsoperation überhaupt keinen Platz in der Behandlung hat. Zwar werden auch bei uns die meisten Patienten mit Botulinumtoxin behandelt. Insbesondere jüngere Patienten haben wir mit gutem Erfolg mehrfach zur Dekompressionsoperation überwiesen.

Die meisten Patienten mit Spasmus facialis werden in Deutschland und auch international vom Neurologen behandelt. Selbstverständlich sind aber auch Augenärzte und HNO-Ärzte involviert. Historisch gesehen erfolgte die erste Behandlung durch einen Augenarzt.

Dr. med. Andreas Schulze-Bonhage
Sektion für Praechirurgische Epilepsiediagnostik
am Neurozentrum Freiburg
Breisacher Straße 64
79106 Freiburg