

First Bite Syndrom: Erfolgreiche Therapie mit Botulinumtoxin A

Dr. med. univ. Laura Ludwig, Dr. med. Stefanie Mikolajczak, , PD Dr. med. Maria Grosheva , Prof. Dr. Dirk Beutner

*Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Uniklinik Köln
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. K.-B. Hüttenbrink)*

Einleitung

Das First-Bite-Syndrom (FBS) tritt nach Eingriffen im Parapharyngealraum auf und ist durch starke krampfartige Schmerzen in der Regio parotidea beim ersten Bissen jeder Mahlzeit charakterisiert. Im folgenden Fallbericht stellen wir das Krankheitsbild vor und erläutern das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fallvorstellung

Ein 60-jähriger Patient stellte sich drei Monate nach komplikationsloser lateraler Parotidektomie rechts bei einem 3,5 cm großen Warthin-Tumor (Abbildung 1) mit Schmerzen im Bereich der Regio parotidea vor. Er berichtete über einen sehr starken krampfartigen Schmerz, der beim ersten Bissen jeder Mahlzeit auftrat. Der Schmerz hatte einen stechenden, einschießenden Charakter in einer Intensität von 8-10 auf der numerischen Analogskala (NAS; 0 „kein Schmerz“ bis 10 „stärkster Schmerz“). Der Schmerz sei ca. 10 Tage postoperative aufgetreten. Nach Ausschluss postoperativer Komplikationen wurde die Diagnose des FBS gestellt. Wir empfahlen eine Therapie mit Botulinumtoxin Typ A (BoNT-A). Das Medikament wurde unter sonographischer Kontrolle in das Restgewebe der Gl. parotidea rechts injiziert (Gesamtdosis 35 LD₅₀-Einheiten, Xeomin, Firma Merz, Deutschland, Abbildung 2). Nach 7 bis 10 Tagen reduzierte sich die Schmerzintensität auf 3 auf der NAS. Bei zunehmendem Schmerz (NAS 5-6) wurde die Behandlung nach 3 Monaten wiederholt. Nach der zweiten Behandlung konnte eine Schmerzreduktion auf 1 von 10 (NAS) erreicht werden. Die BoNT-A Behandlung wird seitdem erfolgreich alle 3 Monate wiederholt.

Diskussion

Das First Bite Syndrom wurde erstmalig nach Vagus-Paragangliom-Exstirpation beobachtet und später auch als eine Komplikation von chirurgischen Eingriffen in der Fossa infratemporalis, im Para-pharyngealraum oder nach Entfernung von Eisbergtumoren der Gl. parotidea charakterisiert. Seine Pathophysiologie ist nicht vollständig geklärt. Eine Schädigung des Ganglion cervicale superius (GCS) oder seinen postganglionären Fasern wird diskutiert. Die postganglionären sympathischen Fasern des GCS verlaufen plexusartig entlang der Arteria carotis externa (ACE) zur Gl. parotis und innervieren, zusammen mit parallel verlaufenden parasympathischen Fasern, die Myoepithelzellrezeptoren der Drüse. Bei chirurgischen Eingriffen oder nach Ligatur der ACE kommt es zu iatrogenen Schädigung der postganglionären sympathischen Fasern oder des gesamten GCS und somit zur Denervierung der sympathischen Myoepithelzellrezeptoren in der Gl. parotidea. Bei postoperativen Stimulation zur Speichelproduktion und -Sekretion werden die denervierten sympathischen Rezeptoren der Myoepithelzellen cross-innerviert und kontrahieren sich. Dies fundiert als Erklärung für den charakteristischen stechenden Schmerz des Syndroms.

Zur Therapie des FBS werden verschiedene Ansätze diskutiert. Eine medikamentöse Therapie mit Gabapentin, Amitriptylin oder Carbamazepin ist mit variabler Wirksamkeit möglich. Auch die chirurgische Ablation des Plexus tympanicus wird beschrieben. Die Verwendung von BoNT-A scheint bisher wenig Anwendung in der Therapie des Syndroms zu finden.

Literatur beim Verfasser



Abbildung 1. MRT Darstellung des präoperativen intraparotidealen Befundes. T1, fett-gesättigte Sequenz mit Kontrastmittel in axialer Darstellung. ACE = Arteria carotis externa, VJE = Vena jugularis externa.



Abbildung 2. Postoperativer klinischer Befund mit schematischer Darstellung der Injektionspunkte des Botulinumtoxins in die Restdrüse. Die Injektionen erfolgen unter sonografischer Kontrolle.

Schlussfolgerung

Das First-Bite-Syndrom stellt mit der typischen Schmerzsymptomatik eine postoperative Komplikation nach lateraler Parotidektomie dar. Die Therapie mit BoNT-A bietet hierbei eine wirksame, risikoarme und gut verträgliche Behandlungsalternative. Bei reversibler Toxinwirkung ist jedoch eine regelmäßige Nachbehandlung notwendig. Des Weiteren müssen die Patienten über eine Off-label-Anwendung aufgeklärt werden.