

## Akute periphere Fazialisparese

# Wenn die Mimik nicht mehr mitmacht

THOMAS LINDER, LUZERN

Eine akute Gesichtslähmung ist für den Betroffenen ein dramatisches Ereignis, das ihn rasch zum Arzt führt. Die meisten Patienten melden sich noch am gleichen Tag beim Hausarzt oder auf der Notfallstation, oft aus Angst, eine «Streifung» erlitten zu haben. Die häufigste Form ist die so genannte Bell'sche Lähmung, ihre Ursache ist unbekannt, eine virale Genese wird diskutiert.

**D**er erste und entscheidende Schritt ist, das Ausmass der Lähmung zu erfassen. Sie entwickelt sich meist innerhalb weniger Stunden und führt zu ungenügendem Augen- und unvollständigem Mundschluss. Anlässlich der Erstuntersuchung sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Zentrale oder periphere Lähmung?
- Ausmass der Lähmung: Parese oder Paralyse?
- Ursache der Lähmung?
- Therapie
- Abschätzen der Prognose

Der Nervus facialis besteht überwiegend aus motorischen Nervenfasern, welche die mimische Gesichtsmuskulatur (24 Muskeln, inkl. Platysma) und zusätzlich den M. stapedius, M. digastricus venter posterior und den M. stylohyoideus innervieren. Parallel zum Gesichtsnerven verläuft der N. intermedius (Wrisberg) mit sekretorischen Fasern zur Tränendrüse und zu den kleinen Speicheldrüsen, afferenten sensorische Fasern von der hinteren Gehörgangswand und der Mukosa von Pharynx und Gaumen, sowie gustatorische Fasern aus den vorderen zwei Drittel der Zunge über die Chorda tympani. Je nach Läsionsort sind also nicht nur motorische Fasern geschädigt, sondern auch sensible, gustatorische und/oder sekretorische. Die Erstbeurteilung einer akuten peripheren Lähmung ist immer eine klinische Untersuchung und nicht primär eine radiologische Diagnostik.

Bei einer peripheren Lähmung, d.h. einer Schädigung des Hauptstammes zwischen dem Austritt des Gesichtsnerven aus dem Hirnstamm und dem Eintritt in die Parotis, werden alle mimischen Muskeln der befallenen Gesichtshälfte betroffen. Bei einer zentralen Pathologie kann die Stirne beidseits noch bewegt werden, da Stirne und Augenbraue von beiden Seiten der Hirnareale innerviert werden, während das Hirnareal für Mittelgesicht und Mund nur den kontralateralen Fazialiskern innerviert. Handelt es sich klinisch um eine zentrale Fazialisparese, muss mittels CT oder MRI die Ursache rasch abgeklärt werden, während bei einer peripheren Lähmung die Radiologie weit in den Hintergrund rückt. Schädigungen einzelner motorischer Nervenfasern in der Parotis nach der Aufteilung des Hauptstammes sind selten und meist traumatisch bedingt (Stich- oder Schnittverletzungen), während distale Parotiskarzinome noch seltener auftreten. Im weiteren wird nur die periphere Fazialisparesen des Hauptstammes besprochen.

### Parese oder Paralyse ?

Die Beurteilung des Ausmasses der Lähmung ist entscheidend für die weitere Diagnostik und die Prognose. Zunächst gilt es, inkomplette Lähmungen (sog. Paresen) von vollständigen Lähmungen (sog. Paralysen) zu unterscheiden. Dabei ist gerade die Beurteilung des Au-

genschlusses oftmals schwierig, da durch die Relaxation des M. palpebrae superioris (innerviert vom N. oculomotorius) ein passiver teilweiser Schluss des Oberlides zu beobachten ist und damit für den ungeübten Untersucher ein aktiver Augenschluss vorgetäuscht wird (Abb. 1). Zur Dokumentation hat sich international die Einteilung nach House – Brackmann durchgesetzt [1]. Allerdings bestehen dabei einige Nachteile in der Klasseneinteilung, weshalb sich numerische Gradings zunehmend etablieren.

Wir verwenden die Einteilung nach Prof. U. Fisch [2] die es ermöglicht, auch kleine Unterschiede zu erfassen und insbesondere den Verlauf graphisch darzustellen (Abb. 2 und 3). Dabei werden der Ruhetonus und vier aktive Bewegungen beurteilt, ob diese 100% normal oder komplett (0%) fehlend sind. Bei Paresen gilt es abzuschätzen, ob die Symmetrie und Aktivität eher 30% oder 70% entsprechen. Mit diesen vier Möglichkeiten wird eine



**Bell'sches Phänomen (natürliche Rotation des Bulbus nach oben beim Augenschluss) bei Fazialisparalyse mit inkomplettem Augenschluss rechts.**

Einteilung vorgenommen, wobei dem Augenschluss und dem «Lachen» mehr Gewicht beigemessen wird, als der Stirnaktivität (weighted scale). Bei normaler Aktivität werden 100 Punkte erreicht.

### Kurzfristige Kontrolle

Nach der Erstbeurteilung muss der Patient 2-3 Tage später erneut einbestellt werden, um den Verlauf erkennen zu können. Bleibt innerhalb von 10-14 Tagen eine Restaktivität nachweisbar (Parese), ist die Prognose für eine vollständige Erholung ausgezeichnet. Verschlechtert sich aber die



### Weiterer Verlauf

Eine Parese wird sich innerhalb von 1-3 Monaten vollständig erholen, während Patienten mit einer Paralyse dem HNO-Arzt zur weiteren Diagnostik überwiesen werden sollten. Erholt sich ein Patient mit einer vermuteten Bell'schen Parese jedoch nicht innerhalb dieser Zeit, so muss die Diagnose in Frage gestellt werden und müssen weitere Abklärungen getroffen werden. Dabei steht der neuroradiologischen Bildgebung des Fazialisverlaufs vom Hirnstamm bis und mit der Parotis die grösste Bedeutung zu. So können die weiteren seltenen Ursachen wie Fazialisneurinome, supralabyrinthäre Cholesteatome, ossifizierende Hämangiome, Metastasen, Parotiskarzinome etc. ausgeschlossen, bzw. diagnostiziert werden.

### Auge schützen!

Die Therapie der Bell'schen Lähmung und des Herpes Zoster Oticus sind identisch. Im Vordergrund steht der Schutz der Kornea vor Austrocknung (ungenügender Lidschluss und meist reduzierte Tränensekretion) mittels regelmässiger Applikation von Augentropfen (künstliche Tränenflüssigkeit) tagsüber (nach Be-

darf stündlich) und einer Vitamin A/D Augensalbe nachts. Nachts kann sich auch das Aufkleben eines Uhrglasverbandes (in der Apotheke erhältlich) lohnen. Bei Rötung des Auges und persistierenden Symptomen des trockenen Auges ist eine ophthalmologische Beurteilung (insbesondere bei langanhaltender Paralyse) indiziert.

Eine kurze hochdosierte Steroidtherapie ist bei fehlenden Kontraindikationen (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie) angezeigt. Wir verwenden 100 mg Prednison/Tag über 5-7 Tage. Ein Ausschleichen der Steroide ist nicht notwendig. Trotz der unsicheren viralen Ätiologie der Bell'schen Parese wird initial eine virostatische Behandlung empfohlen. Entscheidend ist, dass die Behandlung innerhalb der ersten 4 Paresetage beginnt. Für Valaciclovir wird die Dosierung von 3 x 1000mg/die und für Famciclovir von 2 x 500mg/die verwendet. Nimmt die Parese trotz dieser Therapie bis zur Paralyse zu und ergeben die elektrophysiologischen Messungen eine hochgradige Nervenschädigung, so wird an ausgewählten Zentren eine Dekompressionsoperation angeboten [4].

Bei älteren Patienten mit Fazialisparalyse aufgrund eines Herpes Zoster Oticus und hochgradiger Denervation ist auch die frühzeitige temporäre Einlage eines Goldgewichts ins Augenoberlid zu besprechen, da damit der Augenschluss verbessert und die Cornea besser geschützt werden kann (Abb. 4). Eine Tarsorrhaphie ist nur noch in seltenen Fällen indiziert.

### Prognose

Wie eingangs erwähnt hängt der Verlauf entscheidend vom Ausmass der Nervenschädigung ab. Bleibt die Lähmung in den ersten zwei Wochen inkomplett, so ist mit einer raschen und vollständigen Erholung der Gesichtsfunktion innerhalb von ein bis drei Monaten zu rechnen. Damit kann der Patient frühzeitig entsprechend beraten werden. Ist der Verlauf jedoch deutlich verzögert, rezidivierend oder die Erholung nach drei bis sechs Monaten inkomplett, so müssen die Erstdiagnose hinterfragt und weitere Ursachen ausgeschlossen werden. Zeigt sich innerhalb der ersten zehn Tage eine Paralyse, so ermöglichen wiederholte

elektroneurographische Messungen (bis zu drei Messungen im Abstand von zwei bis drei Tagen) eine Beurteilung über das Ausmass der elektrischen Denervation. Bleibt diese Denervation weniger als 80-90% im Vergleich zur gesunden Gegenseite, so darf ebenfalls mit einer vollständigen Erholung innerhalb von 2-8



**Abb. 4: Präoperatives Ausmessen des Gold-Gewichtes zur Vervollständigung des Augenschlusses. Meist genügt ein Gold-Weight von 1,2 g, welches in Lokalanästhesie unter die Oberlidhaut implantiert wird.**

Monaten (grosse Streubreite) gerechnet werden. Bei vollständiger Denervation erholen sich noch zwei Drittel der Patienten vollständig, bei rund eine Drittel der Patienten können aber bleibende Restparesen zurückbleiben. Das Risiko einer unvollständigen Erholung ist zudem erhöht bei älteren Patienten mit Ramsay Hunt Syndrom oder Auftreten einer Paralyse während der Schwangerschaft. Jede inkomplette Erholung muss radiologisch weiter abgeklärt werden. Bei Bell'scher oder viraler Lähmung ist im MRI die pathologische Anreicherung von Gadolinium im labyrinthären Fazialissegment charakteristisch, hat jedoch keine prognostische Aussagekraft. Dieses Enhancement kann über Wochen bis Monate nachgewiesen werden (auch nach vollständiger Erholung) [5].

### Literatur beim Verfasser

**PD Dr. med. Thomas Linder**  
Chefarzt HNO-Klinik  
Kantonsspital Luzern  
6000 Luzern  
E-Mail: hno@ksl.ch  
www.ksl.ch



### Resumé für die Praxis

Die Bell'sche Lähmung ist die häufigste Ursache einer akuten peripheren Fazialisparese. Die ebenfalls eingeschränkte Innervation der Stirne erlaubt die Unterscheidung von der zentralen Parese. Anamnese und klinische Untersuchung sind initial ausreichend. Solange die Lähmung inkomplett bleibt, ist die Prognose sehr gut und sind weitere aufwändige Abklärungen nicht indiziert. Bei Progression zur Paralyse ist eine Überweisung zum HNO Facharzt, bzw. an die HNO-Klinik indiziert. Elektrophysiologische Messungen erlauben es, den Schweregrad der Neuropathie und damit die Prognose abzuschätzen. Verläuft die Erholungsphase nicht wie erwartet, so muss die Diagnose der Bell'schen Lähmung hinterfragt und es müssen weitere Abklärungen eingeleitet werden. Eine virostatische Behandlung macht nur Sinn, wenn sie in den ersten 3-4 Paresetagen begonnen wird. Aufwändige und damit teure Laboruntersuchungen sind jedoch meist nicht notwendig.