

Periphere Fazialisparese

Erstellt von: Felix Huber, Uwe Beise

am: 11/2015

1. Epidemiologie (1,2)

- Jährliche Inzidenz 7-40/100'000.
- Bei 5-10% der Patienten besteht ein Diabetes mellitus.
- 60-75% aller Fazialisparese sind idiopathischer Genese.
- Rezidivrate: 7% ipsi- oder kontralateral, zumeist erst nach vielen Jahren (Median:10 Jahre).

2. Pathogenese / Ursachen (1,2)

- In der überwiegenden Anzahl der „idiopathischen“ Fälle handelt es sich whs. um eine Reaktivierung einer Herpes-simplex-Infektion oder um einen Herpes zoster (Bläschen im äusseren Gehörgang). Andere Virusinfektionen kommen ebenfalls in Frage: Cytomegalie, Epstein-Barr, etc.
- Relativ häufig handelt es sich um einen Borrelieninfekt (bei Kindern ist jede zweite Fazialisparese auf eine Borreliose zurückzuführen: doppelseitige Parese).
- Maligne Tumoren, bakterielle Otitis media, selten Cholesteatom (langsame Progression der Fazialisparese) oder Sarkoidose (oft bilaterale Parese) sind weitere mögliche Ursachen einer Fazialisparese.

3. Klinisches Bild und Diagnostik (1-3)

Die periphere Fazialisparese entwickelt sich progressiv meist über Stunden bis wenige Tage.

Symptome:

- hängender Mundwinkel, verstrichene Nasolabialfalte, fehlender Lidschluss und Verminderung der Tränenproduktion (bei Beteiligung des Augenastes), ev. Geschmacksverlust (vordere 2/3 der Zunge), Hyperakusis auf der betroffenen Seite (selten). Ohrschmerzen können auftreten.

Körperliche Untersuchung:

- fehlender Lidschluss teilweise oder vollständig (Lagophthalmus) mit Bell'schen Phänomen (Aufwärtsbewegung des Bulbus beim Versuch das Auge zu schliessen).
- Stirnrunzeln ist auf der betroffenen Seite nicht möglich.

DD: Bei einer zentralen Fazialisparese ist die Stirnmuskulatur nicht betroffen und der Lidschluss meist erhalten (wg. bilateraler Innervation).

- häufig Geschmacksstörungen.
- Parotis auf Tumorschwellung untersuchen.
- Otoskopie: Gehörgang auf Zoster untersuchen.

Beachte: Eine langsame Progression, ein wellenförmiger Verlauf oder der Befall nur eines der beiden Äste ist ein Hinweis auf einen Tumor.

Labor

- **Borrelien-Serologie** wird empfohlen
 - bei jüngeren Patienten und Kindern, da bei ihnen der Anteil von Neuroborreliosen mit isolierter Fazialisparese recht hoch ist.
 - wenn ein Zeckenstich vorausgegangen ist bzw. klinische Hinweise auf eine Borreliose (z.B. kardiale Reizleitungsstörung, Arthritis, Schwindel, Hörverlust) bestehen.

Hinweis: Zur Diagnose und Therapie der Borreliose s. [mediX GL Zeckenübertragene Krankheiten - Borreliose und FSME](#).

Elektromyographie (EMG)

- kann bei kompletter Fazialisparese Auskunft über die Prognose geben. Die elektrophysiologische Diagnostik ist aber nicht zwingend erforderlich.

Bildgebende Verfahren (MRI,CT)

- bei atypischer Klinik mit akzessorischen Symptomen (z.B. Hyperakusis, Tinnitus, sensible Ausfälle, Doppelbilder)
- bei Progression über mehr als drei Wochen oder fehlender Besserung nach 6 Monaten.

4. Verlauf (2-4)

- Die inkomplette Fazialisparese hat eine gute Prognose, vor allem wenn innert drei Wochen eine langsame Rückbildung der Symptome einsetzt (10). Über 90% dieser Patienten erfahren eine vollständige Ausheilung. Bei kompletter Fazialisparese sind es nur 60%.
Schweregrad der Fazialisparese gemäss House-Brackmann-Skala (18):
 - Grad I = normale Fazialisfunktion, Grad II und III = leichte und nicht entstellende Fazialisparese; Grad IV: inkompletter Lidschluss, bei Grad V = zusätzlich kaum eine Mundwinkelbewegung möglich. Grad VI = komplette Lähmung.
- Die Wiederherstellung der Funktion kann bis zu 6 Monate dauern.
- Spontanverlauf (ohne Therapie) nach einer Beobachtungsstudie mit 1011 Patienten (1/3 hatten eine inkomplette, 2/3 eine komplette Parese): Insgesamt 85% zeigten eine Besserung innert drei Wochen, 71% hatten eine vollständige Heilung, 13% zeigten leichte bleibende Ausfälle, 16% hatten grössere bleibende Ausfälle mit Synkinesien und/oder autonome Störungen ("Krokodilstränen") oder Kontrakturen (5).
- Fazialisparenen nach Zosterinfektion münden häufiger in einer Defektheilung.
- Borrelien-induzierte Fazialisparenen haben nahezu immer eine gute Prognose.
- Die Prognose bei einem Rezidiv scheint ähnlich gut wie bei Erstmanifestation (15).

5. Therapie (2-4)

Medikamentös

- **Steroide** werden grundsätzlich empfohlen. Sie fördern die vollständige Rückbildung und verringern das Risiko von Synkinesien, autonomen Störungen und Kontrakturen. NNT=10 um eine vollständige Erholung des N. facialis zu erzielen (zusätzlich zu Spontanremissionen) (6,7).
Dosierung: 60-80 mg Prednisolon für 5 Tage. Die Therapie soll innert 3 Tagen nach Symptombeginn einsetzen.
- **Virustatika**: Wirksamkeitsnachweis ist bei idiopathischer Fazialisparese nicht erbracht (8). Möglicherweise lässt sich bei Patienten mit schwerer Fazialisparese mit der Kombination Valaciclovir (Valtrex[®]) plus Prednisolon eine etwas besserer Wirkung erzielen als mit Steroid allein (9-11). Uptodate empfiehlt die Kombination in diesen Fällen (4). Die antivirale Therapie muss aber innert 3 Tagen nach Symptombeginn einsetzen.
Dosierung: Valtrex[®] 3x1 g/Tag (plus 60-80 mg Prednisolon) für eine Woche.
Beachte: Ist die Fazialisparese durch Zostervirus bedingt (Zoster oticus), muss eine sofortige antivirale Therapie erfolgen, z.B. mit Aciclovir (3xtgl. 5-10 mg/kg KG i.v. oder 5xtgl. 800mg p.o.), Valaciclovir (3xtgl. 1000 mg p.o.) für 7 Tage.

Cornea-Schutz vor Austrocknung

- tagsüber: Tränenersatz; nachts: Dexpanthenol-Augensalbe, Uhrglasverband (Pro Ophta S Augenverband[®]).

Physikalische Therapie

- Elektrotherapie, Biofeedback, Licht-, Kälte- bzw. Wärmetherapie, elektrische neurale Muskelstimulation ohne Wirksamkeitsnachweis (12).
- Fazialisübungen nach Anleitung und unter Selbstkontrolle im Spiegel kann aus psychologischen Gründen empfohlen werden, eine gewisse funktionelle Verbesserung ist aber nur bei chronischer Fazialisparese (>9 Monate) nachgewiesen (13).

Operationen

- Für eine chirurgische Dekompression gibt es keinen Evidenznachweis (14).
- Bei schweren persistierenden Paresen im Einzelfall operative mikrochirurgische Behandlung mit dem Ziel, kosmetische und funktionelle Verbesserungen zu erreichen (2).

Andere Verfahren

- Botulinumtoxin in Einzelfällen zur Linderung von Synkinesien (unwillkürlicher Lidschluss beim Sprechen), Spasmen der Gesichtsmuskulatur oder Hyperlacrimation ("Krokodilstränen") (16).
- Akupunktur hat sich in Studien nicht als wirksam erwiesen (17).

6. Literatur

1. [Uptodate](#): Bell's palsy: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis in adults. May 2015
2. [Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: Therapie der idiopathischen Fazialisparese \(Bell's palsy\). Stand 09/2011.](#)
3. Baugh RF, et al.: Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Nov;149(3 Suppl):S1-27. doi: 10.1177/0194599813505967.
4. [Uptodate](#): Bell's palsy: Prognosis and treatment in adults. June 2015.
5. Peitersen E: The natural history of Bell's palsy. Am J Otol. 1982;4(2):107.
6. Madhok V, Falk G, Fahey T, et al.: Prescribe prednisolone alone for Bell's palsy diagnosed within 72 hours of symptom onset. BMJ 2009;338:b255.
7. Sullivan FM, et al.: Early Treatment with Prednisolone or Acyclovir in Bell's Palsy. [N Engl J Med 2007; 357; 357](#)
8. Gagyor I, et al.: Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 4;5:CD001869.
9. Hato N, Yamada H, Kohno H, et al.: Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebocontrolled study. Otol Neurotol 2007;28:408-13.
10. Numthavaj P, Thakkinstian A, Dejthevaporn C, et al.: Corticosteroids and Antiviral Therapy for Bell's Palsy : A Network Meta-Analysis BMC Neurology 2011;11:1.
11. John R. de Almeida, et al.: Combined Corticosteroid and Antiviral Treatment for Bell Palsy. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2009;302(9):985-993. doi:10.1001/jama.2009.1243.
12. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF.: Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD006283. doi: 10.1002/14651858.CD006283.pub3.
13. Pereira LM, et al.: Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2011 Jul;25(7):649-58. doi: 10.1177/0269215510395634. Epub 2011 Mar 7.
14. Mc Allister K, et al.: Surgical interventions for the early management of Bell's palsy. Cochrane Database Syst Rev. 2011
15. Pitts DB, Adour KK, Hilsinger RL: Recurrent Bell's palsy: analysis of 140 patients. Laryngoscope. 1988;98(5):535.
16. Ito H, Ito H, Nakano S, Kusaka H: Low-dose subcutaneous injection of botulinum toxin type A for facial synkinesis and hyperlacrimation. Acta Neurol Scand. 2007;115(4):271.
17. Li P, Qiu T, Qin C (2015) Efficacy of Acupuncture for Bell's Palsy/ A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE 10(5)/ e0121880. doi/10.1371:journal.pone.0121880
18. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1985;93:146-147.

IMPRESSUM

Diese Guideline wurde im November 2015 aktualisiert.

© Verein mediX

Herausgeber:

Dr. med. Felix Huber

Redaktion (verantwort.):

Dr. med. Uwe Beise

Autoren:

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Alle mediX Guidelines im Internet unter www.medix.ch

Der Verein mediX ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz
Verein mediX, Sumatrastr.10, 8006 Zürich

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch

