

Fazialismanagement

von Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius, Jena

Autor: Prof. Dr. med. O. Guntinas-Lichius, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinikum Jena, Lessingstr. 2, 07743 Jena,
E-Mail: orlando.guntinas@med.uni-jena.de

Einleitung: Der Kurs gibt eine Übersicht über den aktuellen Stand der Fazialisdiagnostik und Differentialdiagnostik bei einer akuten Fazialisparese mit Schwerpunkt auf der akuten idiopathischen Fazialisparese. Die heute gängigen Diagnostik- und die Therapieverfahren zur Behandlung der akuten Fazialisparese werden kritisch evaluiert. Neue Untersuchungsverfahren als Ausblick auf die Zukunft werden gegeben.

Methode: Basierend auf der aktuellen deutschen S2k-Leitlinie der AMWF und US-amerikanischen Leitlinien der HNO-Fachgesellschaft und der Leitlinie der amerikanischen Neurologen, und den aktuellen Cochrane Reviews wird der heutige Standard an Diagnostik und Therapie dargestellt und Wissenslücken kritisch bewertet. Zudem erfolgte eine aktuelle Literaturrecherche zu neuen Verfahren im Bezug auf die Behandlung der idiopathischen Fazialisparese und Einbeziehung der eigenen Forschung des Vortragenden.

Ergebnisse: Zwischen den verschiedenen Leitlinien gibt es einen hohen Konsens zur notwendigen Diagnostik und Therapie. Die klinische Untersuchung und Elektrodagnostik ist Standard, eine Empfehlung für eine Routine-Laboruntersuchung und Routine-Bildgebung gibt es nicht. Binnen 72 Stunden nach Auftreten ist die Behandlung mit Corticosteroiden Therapie der Wahl. Die zusätzliche Behandlung mit einem Virostatikum ist optional. Bei Kindern ist die Datenlage schlecht, zumeist werden ebenso Corticosteroide nach Aufklärung der Eltern über Nutzen und Risiko gegeben. Bei Kindern wird in Deutschland auch die Liquorpunktion empfohlen. Ein Augenschutz muss zusätzlich beachtet werden. Die Patienten sollten bis zur Erholung oder Defektheilung nachverfolgt werden. Neuere Studien geben Hinweise darauf, dass Patienten ein höheres Risiko für einen Schlaganfall haben und ein gering erhöhtes Risiko an einem malignen Tumor zu erkranken. Die MRT-Bildgebung wird zwar immer hochauflösender, ist aber ohne prognostische Bedeutung bei der idiopathischen Fazialisparese. Neu ist die sonographische Untersuchung der mimischen Muskulatur, die ein einfaches, kostengünstiges Verfahren zur Verlaufsbeobachtung der Zielmuskulatur bei Erwachsenen und Kindern ist. In den vergangenen Jahren wird mehr Aufmerksamkeit dem Umstand gewidmet, dass die Patienten nicht nur unter der motorischen Störung, sondern auch (manchmal sogar mehr) unter der psychologischen emotionalen Störung leiden. Manche Patienten, insbesondere die ohne komplette Erholung, könnten von einer psychotherapeutischen Mitbehandlung profitieren.

Fazit: Die wichtigsten Erkenntnisse sind: Die Behandlung einer peripheren Fazialisparese ist Aufgabe des HNO-Arztes. Elektrophysiologische Kenntnisse sind wichtig. Ultraschall wird die Diagnostik bereichern. Die Therapie der akuten (und auch der chronischen Paresen) muss sich differenzierter weiterentwickeln.

Literatur:

1. AWMF-Leitlinie 030-013 Idiopathische Fazialisparese
2. Baker EW. Head and Neck Anatomy for Dental Medicine. New York: Thime; 2010
3. Baugh R, Basura G, Ishii L, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg 2013;149(suppl 3): S1–S27
4. Burmeister HP, Baltzer PA, Klingner CM et al. CT and MR Bildgebung des Nervus facialis. HNO 2010; 58: 433-442
5. Burmeister HP, Baltzer PA, Volk GF et al. Evaluation of the early phase of Bell's palsy using 3 T MRI. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011;268:1493-500
6. Gronseth GS, Paduga R. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2012;79:2209–2213
7. Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. N Engl J Med 2004; 351: 1323-1331
8. Grosheva M, Beutner D, Volk GF et al. Idiopathische Fazialisparese. HNO 2010; 58: 419-425
9. Guntinas-Lichius O. Rekonstruktive Chirurgie für Patienten mit Fazialisparese. Laryngo Rhino Otol 2009; 88: 544-551; quiz 552-544
10. Holstege G. Emotional innervation of facial musculature. Mov Disord 2002; 17 Suppl 2: S12-16
11. <http://www.neurochirurgie-bochum.de/extras/mikrochirurgie/Mikrochirurgie/Nerven Anastomose.html>
12. Klingner CM, Volk GF, Maertin A et al. Cortical reorganization in Bell's palsy. Restor Neurol Neurosci 2011; 29: 203-214
13. Lee CC, Su YC, Chien SH, Ho HC, Hung SK, Lee MS, Chou P, Chiu BC, Huang YS. Increased stroke risk in Bell's palsy patients without steroid treatment. Eur J Neurol. 2013 Apr;20(4):616-22.
14. Lorch M, Teach SJ. Facial nerve palsy: etiology and approach to diagnosis and treatment. Pediatr Emerg Care 2010; 26: 763-769; quiz 770-763
15. Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Do children with Bell's palsy benefit from steroid treatment? A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Jul;76(7):921-6.
16. Sheu JJ, Keller JJ, Lin HC. Increased risk of cancer after Bell's palsy: a 5-year follow-up study. J Neurooncol. 2012 Nov;110(2):215-20.
17. Vanswearingen J. Facial rehabilitation: a neuromuscular reeducation, patient-centered approach. Facial Plastic Surg 2008; 24: 250-259
18. Volk GF, Wystub N, Pohlmann M, Finkensieper M, Chalmers HJ, Guntinas-Lichius O. Quantitative ultrasonography of facial muscles. Muscle Nerve. 2013 Jun;47(6):878-83
19. Volk GF, Pohlmann M, Sauer M, Finkensieper M, Guntinas-Lichius O. Quantitative ultrasonography of facial muscles in patients with chronic facial palsy. Muscle Nerve. 2013 Dec 28. doi: 10.1002/mus.24154. [Epub ahead of print]
20. Volk GF, Klingner C, Finkensieper M, Witte OW, Guntinas-Lichius O. Prognostication of recovery time after acute peripheral facial palsy: a prospective cohort study. BMJ Open. 2013 Jun 20;3(6).