

Empfehlungen des Qualitätszirkels Periphere Fazialisparese Schweiz

# Konservative Gesichtstherapie bei peripherer Fazialisparese

Elisabeth Karr, Winterthur; Sabina Hotzenköcherle, Zürich

**Die periphere Fazialisparese ist die häufigste, isoliert auftretende Hirnnervenlähmung mit einer geschätzten Inzidenz von 20–50 Fällen/100 000 Einwohner [1]. Eine periphere Fazialisparese kann unterschiedliche Ursachen haben. Die idiopathische Form, auch Bell-Parese genannt, stellt mit über 70% die grösste Gruppe der fazialen Paresen dar. Einige Forscher gehen bei der idiopathischen Form von einem Infekt durch Herpes-simplex-Viren aus.**

■ Bei einer peripheren Parese fällt fehlende oder geschwächte Mimik der gesamten Gesichtshälfte auf, während bei der zentralen Parese die Beweglichkeit der Stirn und der Augenschluss erhalten bleiben. Der typischerweise hängende Mundwinkel und ein inkompletter Lidschluss mit positivem Bell-Phänomen sind Symptome des Ausfalls der motorischen Anteile des Nervus facialis. Eine akute periphere Fazialisparese wird häufig von weiteren Symptomen begleitet. Diese treten durch Schädigung der sensiblen, gustatorischen und sekretorischen Fasern des siebten Hirnnervs auf: Die Patienten erleiden je nach Höhe der Nervenschädigung eine reduzierte Speichelsekretion (Glandula submandibularis und sublingualis), Geschmacksverlust (vordere zwei Drittel der Zunge), einen Ausfall des Stapediusreflexes und damit eine Hyperakusis und eine Reduktion der Tränensekretion der betroffenen Gesichtshälfte.

Obwohl in 70–85% der Fälle eine akute Bell-Parese wieder komplett abheilt, erholen sich Paresen anderer Ursache häufig inkomplett oder entwickeln auffällige oder gar

schmerzhafte Symptome einer Defektheilung [1]. Sowohl in der akuten, wie auch in der chronischen Phase führt die Parese zu funktionellen Einschränkungen beim Sprechen (Dysarthrie), Essen (Reste in den Wangentaschen), Trinken (anteriores Drooling), Sehen (fehlende Reinigung der Augenoberfläche) oder beim Ausdrücken von Gefühlen (Mimik). Die Patienten leiden unter einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität und das Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen wie Depressionen ist bei Personen mit einer peripheren Fazialisparese, insbesondere bei weiblichen Patienten, im Vergleich zu gesunden Probanden deutlich erhöht [2].

In der Frühphase einer Fazialisparese kann je nach Ursache der Lähmung und Schweregrad der Nervenschädigung (Neuropraxie, Axonotmesis oder Neurotmesis) abgeschätzt werden, ob und wann eine komplette Erholung zu erwarten ist oder ob sich eine chronische Parese mit Defektheilung ausbilden wird. Für Patienten, denen nicht eine vollständige Erholung garantiert werden kann, zeigen sowohl Experteninterviews wie auch Studien, dass Abwarten oder Üben mit unspezifischen Vorlagen kontraindiziert sind. Wenn der Patient in der paralytischen Phase eigenständig und ohne Instruktion vor dem Spiegel Lächeln oder Pfeifen übt, kann sich auch bei guter Prognose eine Asymmetrie der Gesichtszüge durch eine Hyperaktivität der gesunden Gesichtshälfte ausbilden. Bei Patienten mit ungünstiger Pro-

gnose verstärkt frühes und undifferenziertes Motorik-Training die Ausprägung der chronischen Parese und der sekundären Folgen (z.B. Synkinesien).

Unabhängig von der Prognose ist eine praktische Beratung der Patienten in der Akutphase bezüglich Augenschutz und Hilfestellungen für den Alltag unabdingbar. Augenschutz bei eingeschränktem Lidschluss ist ein zentraler Behandlungsschwerpunkt und wird auch in den Guidelines [3] dringend empfohlen. Die Patienten erleben praktische Tipps zur Pflege des trockenen Auges, zum korrekten Anlegen des Uhrglasverbandes oder zur Reinigung von Residuen im hängenden Unterlid als ebenso hilfreich wie Beratung zum Kauen, ohne sich auf die Wange zu beißen oder zum Trinken ohne Drooling. Viele Patienten sind in der Frühphase unsicher, welches Verhalten ihrer Erholung dient oder was sie meiden sollen. Ausführliche Antworten auf Fragen zum Aufenthalt in der Sonne, Wind, Staub, zum Duschen oder ob Kaugummikauen günstig oder ungünstig ist, finden bei der Konsultation beim Hausarzt oder in der Notaufnahme meist keinen Platz. Hier kann eine Beratung bei einer Therapeutin eine Lücke schliessen.

Sobald erste Mikrobewegungen sichtbar werden, sollen Patienten mit einer ungünstigen Prognose zu gezielten Bewegungen unter Wahrung der Symmetrie angeleitet werden. Dass eine therapeutische Behandlung positive Effekte erzielen kann, weisen diverse Studien wie beispielsweise die Reviews von Pereira et al. [4] oder Cardoso et al. [5] nach. Konservative Gesichtsrehabilitation wird von Logopädinnen, Physiotherapeutinnen oder Ergotherapeutinnen mit entsprechender Zusatzausbildung angeboten. Eine erfolgreiche Rehabilitation zielt auf das Zurückgewinnen aller Gesichtsbewegungen und auf das Erreichen symmet-



**Elisabeth Karr**  
 Physiotherapeutin  
 Ausbildungsverantwortliche  
 Institut für Therapien und Rehabilitation  
 Brauerstrasse 15  
 Postfach 834  
 8401 Winterthur  
 elisabeth.karr@ksw.ch



**Sabina Hotzenköcherle**  
 Klinische Logopädin, MSc,  
 selbständig tätig als  
 Therapeutin und Dozentin  
 HNO medic  
 Splügenstrasse 6  
 8002 Zürich  
 sahotz@bluewin.ch

Idiopathisch	
Herpes zoster oticus (Ramsey-Hunt-Syndrom)	Lyme Disease (Neuroborreliose)
Traumatisch	latrogen
Tumorbedingt	Kongenital
Autoimmunerkrankungen	andere



Fotos: Karr/Hotzenköcherle

**Abb. 1:** **A)** Nicht empfehlenswert: Kraftvolle und grosse Bewegungsübungen fördern Asymmetrie, Massenbewegungen und sekundäre Folgen. **B)** Individuell angepasstes Trainingsprogramm fördert Beweglichkeit und vermindert sekundäre Schäden.

rischer Gesichtszüge ab. Gleichzeitig wirkt sie präventiv gegen die Ausbildung von sekundären Schäden oder baut diese ab, um grösstmögliche Patientenzufriedenheit und Lebensqualität zu erreichen. Mime-Therapy nach Beurskens [6] oder neuromuskuläres Training nach Diels [7] gehören zu den möglichen Behandlungsansätzen. Während Biofeedback mit Spiegel oder Oberflächen – EMG günstig wirken, sollte elektrische Muskelstimulation nur bei komplett denervierter Muskulatur eingesetzt werden. Unspezifisch eingesetzt kann Elektrostimulation sekundäre Schäden in der chronischen Phase verstärken.

Erfolgreiche und auf ihre Wirksamkeit untersuchte Therapiekonzepte beinhalten folgende Bausteine:

- Beratung und Aufklärung
- Neuromuskuläres Training abgestimmt auf den Grad der Regeneration des Nervs
- Massage und Selbstmassage, eventuell Lymphdrainage

- Entspannungstechniken
- individuelles Heimtrainingsprogramm

Ab der Akutphase kann an der Gesichtssymmetrie gearbeitet werden und durch gezieltes Ansteuern von isolierten Muskelbewegungen oder Koordinationsübungen die Beweglichkeit gefördert und die Ausprägung von Synkinesien bestmöglich verhindert werden. In der chronischen Phase können Symptome einer Defektheilung wie Synkinesien, Kontrakturen, Autoparalyse oder schmerzhafte Spasmen durch zentrales Lernen abgebaut werden.

In der medizinischen Ausbildung wird die Einteilung einer peripheren Fazialisparese in sechs Schweregrade nach dem 1985 entwickelten House Brackmann Score gelehrt. Aus therapeutischer Sicht sind Gradingssysteme, die ebenso einfach und zeitsparend anwendbar sind wie das House Brackmann Scoring, aber zusätzlich die unterschiedlichen Gesichtszonen einzeln bewerten, statische und dynamische Einschätzungen berücksichtigen und

sekundäre Folgen wie Synkinesien oder Kontrakturen einbeziehen, vorzuziehen [8]. Das in Kanada entwickelte Sunnybrook Facial Grading System [9] erfüllt alle obigen Kriterien, bietet zugleich gute Inter- und Intra-Reliabilität, und bildet Veränderungen während der Therapie oder durch chirurgische Korrekturen ab. Eine differenzierte Beurteilung des Schweregrades kann in der Frühphase eine erste Einschätzung geben, ob und wie intensiv der Betroffene in seinem Erholungsverlauf Unterstützung benötigen wird und kann den Heilungsverlauf durch einen Score von 0 – 100 (ein Wert von 100 entspricht einer normalen Gesichtsfunktion) dokumentieren.

In Anlehnung an die Weisung der WHO, Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand von physischem, mentalen und sozialem Wohlbefinden zu definieren, werden bei vielen Krankheitsbildern Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität eingesetzt. Bei Gesichtslähmungen kann dazu der Facial Disability Index und der Facial Clinimetric Evaluation (FaCE) Fragebogen in einer deutschen Version von Volk et al. [10] verwendet werden, um die subjektive Befindlichkeit und Einschätzung zu erfassen. Die beiden Fragebögen können genutzt werden, um den Therapieverlauf zu dokumentieren und den Therapiebedarf zu klären.

Beim Erstkontakt bei einer ausgebildeten Therapeutin kann nach einer sorgfältigen Untersuchung zusammen mit dem Patienten entschieden werden, ob eine Beratung ausreicht oder ob Therapie im niederschweligen oder intensiven Umfang nötig ist. Obwohl eine frühe Intervention von vielen Fachleuten empfohlen wird, kann durch eine konservative Therapie auch im chronischen Stadium eine Verbesserung erreicht werden.

Literaturliste beim Verlag

### Take-Home Messages für den Praktiker

- Angeleitetes Gesichtstraining verbessert die Gesichtsfunktion und vermindert sekundäre Schäden
- Keine aktiven Bewegungsversuche, sondern passive Massnahmen während der paralytischen Phase
- Kein Abgeben von Übungsblättern aus dem Internet, da damit Massenbewegungen, Asymmetrie und sekundäre Folgen verstärkt werden können
- Elektrostimulation ist in den meisten Fällen kontraindiziert
- Alle Patienten mit peripherer Fazialisparese in der Frühphase zur Beratung bei ausgebildeten Therapeuten anmelden → Adressen unter: [www.fazialisparese.ch](http://www.fazialisparese.ch)



**Abb. 2:** **A)** Häufig treten in der chronischen Phase Synkinesien wie Augenschluss beim Lachen auf. **B)** Abbau der Mitbewegungen nach 12 Therapieeinheiten.