

Prof. Dr. H. Mittelviefhaus  
Leiter des Schwerpunktes  
Plastisch Rekonstruktive Chirurgie  
Universitäts-Augenklinik Freiburg  
Killianstrasse 5  
79106 Freiburg  
[Hans.Mittelviefhaus@uniklinik-freiburg.de](mailto:Hans.Mittelviefhaus@uniklinik-freiburg.de)  
[www.augen.uniklinik-freiburg.de](http://www.augen.uniklinik-freiburg.de)

## Fazialisparese

Prof. Dr. H. Mittelviefhaus

Vor wenigen Jahren bestand die augenärztliche Standardbehandlung der Fazialisparese in der Anwendung von Salbe und einer möglichst ausgedehnten Tarsorrhaphie. Heute sind wir in der Lage das Auge und die Sehfähigkeit besser zu schützen und die soziale Integration und berufliche Rehabilitation der Patienten besser zu fördern. Das Behandlungskonzept richtet sich nicht mehr ausschließlich nach der Prognose der Fazialisparese sondern ganz wesentlich nach dem Risiko für eine Expositionskeratopathie.

Bei der zentralen Fazialisparese bleibt der Lidschluß weitgehend intakt. Sie erfordert lediglich eine Salbentherapie. Bei der peripheren Fazialisparese ist die Prognose von der Ursache abhängig. Die idiopathische Fazialisparese ist am häufigsten. 75% heilen innerhalb von 4 bis 10 Wochen ohne Defekt, bei unvollständiger Lähmung sogar 90%. Dagegen heilen nur etwa die Hälfte der postentzündlichen Fazialisparesen nach Otitis media oder Zoster oticus spontan. Bei der traumatischen Fazialisparese unterscheiden wir Felsenbeinfrakturen von Operationstraumen. Nach Schädelhirntraumen heilen 75% konservativ, bei Spätlähmungen, die erst nach 2 bis 14 Tagen bemerkt werden sogar 90%. Eine frühe elektrophysiologische Untersuchung (Elektroneuronographie) identifiziert diejenigen Patienten, welche durch eine operative Entlastung des Canalis facialis und eine Dekompression oder Naht des Nerven profitieren. Schwieriger ist die Beurteilung der Prognose nach Operationstraumen. Trotz intraoperativer Überwachung des N. facialis mittels Myographie kann selbst bei erhaltener Kontinuität des Nerven postoperativ eine Fazialisparese auftreten, die keine Regeneration zeigt. Wir können uns deshalb bei der Einschätzung der Prognose nicht alleine auf das Urteil des Chirurgen verlassen.

Sind bei einer peripheren Fazialisparese nach 6 Wochen klinisch noch keine Regenerationszeichen zu sehen, kann eine elektrophysiologische Untersuchung Hinweise auf eine beginnende Regeneration geben und die Beurteilung erleichtern. Je später die Heilung einsetzt, um so wahrscheinlicher bleibt ein Defekt. Sobald die Gesichtsmuskulatur wieder bewegt werden kann, empfehlen wir eine unterstützende krankengymnastische Behandlung. Übertriebener Ehrgeiz der Patienten kann jedoch eine Fehlregeneration fördern.

Patienten mit guter Prognose (Rückbildung innerhalb von 6 Wochen bis 6 Monaten erwartet) werden mit Augentropfen und Gel tagsüber und mit Salbe zur Nacht behandelt. Voraussetzung sind eine gute Benetzung, eine normale Hornhautsensibilität, ein nur geringer Lagophthalmus und ein intaktes Bell'sches Phänomen. Bei schlechter Benetzung oder herabgesetzter Hornhautsensibilität, bei ausgeprägtem Lagophthalmus und unzureichendem Bell'schen Phänomen, empfehlen wir eine dicht abschließende Seitenschutzbrille und eine Silikonklappe zur Nacht. Bei Epithelaufbrüchen geben wir Hyaluronsäure-AT und lassen die Silikonklappe gegebenenfalls auch tagsüber tragen. Zügelplaster sind als Akutmaßnahme bei starkem Lagophthalmus hilfreich. Mit einer passageren, temporalen Lidvernähung kann die berufliche Rehabilitation der Patienten z. T. erheblich verkürzt werden.

Patienten mit schlechter Prognose (Rückbildung nicht innerhalb von 6 Monaten oder überhaupt nicht erwartet) werden frühzeitig operiert. Die wichtigsten Gründe für eine frühe Operation sind: Hornhautsensibilitätsstörungen, schlechte Mitarbeit bei der Therapie, unzureichende Nachkontrollmöglichkeiten und eine primäre Naht des N. facialis oder die Implantation eines Nerveninterponates, da die Nervenaxone alleine 6 bis 12 Monate benötigen, um neu auszusplassen. Vor allem Patienten mit gleichzeitiger Trigemiusläsion sind hochgradig gefährdet, dass während der monatelangen Wartezeit auf die ohnehin meist unvollständige Regeneration schwere Hornhautkomplikationen auftreten. Großflächige Hornhautepitheldefekte müssen bei diesen Patienten mit einer passageren Lidvernähung behandelt werden. Ist das Hornhautepithel wieder geschlossen, werden das Unterlid mit einer lateralen Tarsalzungenplastik gestrafft und gleichzeitig ein Gold- oder Platingewicht in das Oberlid implantiert.

Bei Patienten ohne gleichzeitige Trigemiusläsion gehen wir zweizeitig vor. Bei starkem Lagophthalmus und bei älteren Patienten mit einem schlaffen Unterlid und einer ausgedehnten Lidfehlstellung beginnen wir mit einer lateralen Tarsalzungenplastik. Reicht das nicht aus, oder bestehen ein deutlicher Hochstand des Oberlides und ein schlechtes Bell'sches Phänomen, implantieren wir in einer zweiten Sitzung ein Gewicht in das Oberlid. Liegt eine Oberlidretraktion von mehr als 3 mm vor, sollte auch der M. levator zurückgesetzt werden. Die Operation der Brauenptosis und der Oberliddermatochalasis darf dagegen erst erfolgen, wenn der Lidschluss ausreichend ist. Übereffekte gefährden die Hornhaut.

Eine permanente Tarsorrhaphie ist beim Lagophthalmus nur noch selten und nur bei schwerer neuroparalytischer Keratopathie indiziert. Bei adäquater Dosierung ist das kosmetische Ergebnis inakzeptabel. Außerdem wird die Hornhaut bei einer gleichzeitig bestehenden Abduzensparalyse ohnehin nicht ausreichend geschützt. Im Laufe der Jahre dehnt sich das laterale Lidbändchen und der äußere Lidwinkel wird nach medial verlagert. Die Folge ist ein mediales Ektropium. Die Behandlung des medialen Ektropium ist oft schwierig. Im frühen Stadium bewährt sich die mediale Kanthoplastik nach Lee, bei starker Überdehnung des Lidbändchens nur eine langstreckige Exzision des medialen Unterlides und Canaliculus.

Es ist heute allgemein anerkannt, dass die operative Wiederherstellung der Lidfunktion unabhängig von den geplanten Maßnahmen zur Rekonstruktion der übrigen Gesichtsmuskulatur durchgeführt wird.

#### Weiterführende Literatur

- Anderson RG: Facial nerve disorders and surgery. Selected Readings in Plastic Surgery 1994. 7: 1-36
- Burgess LPA, Goode RL: Reanimation of the paralyzed face. The American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Thieme New-York 1994
- Müller-Jensen K, Müller-Jensen G: Zur operativen und konservativen Behandlung des Lagophthalmus (Fazialisparese), 2. Mitteilung. Ophthalmologie 1993, 90: 27-30
- Lee OS (1951) An operation for correction of everted lacrimal puncta. Am J Ophthalmol 34: 575-578
- Lee V, Currie Z, Collin JRO (2004) Ophthalmic management of facial nerve palsy. Eye 18: 1225-1234
- Mittelviehhaus H, Mittelviehhaus K (2000) Augenschäden bei Fazialisparese - Risikofaktoren und Prophylaxe. J Dtsch Ges Plast Wiederh Chirg 12: 65-66
- Jordan DR, Anderson RL: The lateral tarsal strip revisited. The enhanced tarsal strip. Arch Ophthalmol 1989, 107: 604-606
- Seiff SR, Chang JS: Staged management of ophthalmic complications of facial nerve palsy. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. 1993, 9: 241-249

#### Adresse für die Bestellung von Silikonklappen

Visumetrics

Valhamnsgatan 2

S - 42166 Västra Frölunda - Schweden

Fax 0046 - 31 - 284860

Eye patch (angeben, ob für rechtes oder linkes Auge !)

ca. 5 US\$ + Zoll Price in Sweden SEK 33,00

<http://www.visumetrics.com/Dew-cap.htm>

