

Behandlung einer ideopathischen peripheren Facialisparese

Ein Erfahrungsbericht von Daniel Reiser.
Cranio-Sacral-Therapie durch Andrea Pfeifer

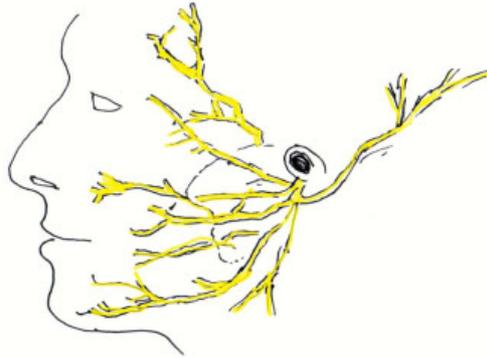
Inhalt

1.0.) Anatomie.....	S.4
1.1.) N. Facialis.....	S.4
1.2.) Gesichtsnerven des N. Facialis im Einzelnen.....	S.5
1.3.) Innervierte Muskeln	S.5
2.0) Pathologie.....	S.5
2.1.) Facialisparese (ICD-10/ G 51.0).....	S.5
2.1.1) Periphere Facialisparese.....	S.5
2.1.1.1.) Ursachen.....	S.6
2.1.1.2.) Symptome der Facialisparese.....	S.6
2.1.1.3.) Lokalisationen.....	S.7
2.1.2.) Zentraler Typ.....	S.7
2.1.2.1.) Ursachen für Zentral.....	S.7
2.1.2.2.) Die wichtigsten Tumore im Überblick:.....	S.7
2.2.) Prognosen.....	S.7
3.0.) Literaturnachweise.....	S.7
4.0.) Patientenvorstellung und Therapiebeschreibung.....	S.8
4.1.) Anamnese.....	S.8
4.2.) Manuelle Lymphdrainage.....	S.9
4.3.) PNF-Pattern (Eigenübungen).....	S.10
4.4.) Cranio-Sacral-Therapie.....	S.10
4.5.) Magnetfeldtherapie.....	S.11
5.0.) Zusammenfassung.....	S.11

1.0) Anatomie

1.1.) Nervus facialis

Die topographische Lage beim Embryo als 2. Kiemenbogennerv gibt dem VII. Hirnnerv seine Bezeichnung (1). Aus dieser wird auch seine Lage an der Mandibula ersichtlich. Er enthält sowohl sensible, sensorische, motorische und parasympathische Fasern (1)(2). Seine Innervation umfasst weite Teile des Gesichtes und des Schädels. Die mot. Kerne des Nervs liegen im Pons (Metencephalon) (1). Das sogenannte „innere Facialisknie“ wird durch den Umlauf der mot. Fasern um die Kerne des N. Abducens gebildet (1).



Schematische Darstellung des N. Facialis (6)

Der Nucleus salivatorius ist der parasympathische Kern im Myelencephalon (1)(2)(3)

Am Kleinhirnbrückenwinkel tritt der Nervus aus, tritt mit dem N. Vestibulocochlearis zur Gehirnoberfläche durch und zieht über den Porus acusticus int. in das Os parietale ein. Dort ist auch das Innen- und Mittelohr beheimatet. Canalis N. Facialis bezeichnet den knöchernen Kanal im Felsenbein, der das „äußere Facialisknie“ durch seine Kurve bildet. In dieser Biegung ist das Ganglion geniculi lokalisiert (1)(3). Dieses erfüllt ähnliche Funktion wie die Spinalganglien und beheimatet sensible und sensorische Nervenzellkörper.

Im Canalis Facialis separiert sich der Nervus intermedius (sensorische/sensible und parasympathische Fasern des Facialnervs) von den mot. Fasern des N. Facialis und tritt durch das Foramen stylomastoideum am Os parietale aus. Der N. Stapedius (1) trennt sich schon vorher (1).

Der Nervus intermedius gibt die beiden Äste Nervus petrosus major und Chorda tympani ab.

Der N. Petrosus innerviert den weichen Gaumen mit seinen sensorischen Fasern. Die Chorda tympani ist mit ihren parasympathischen Fasern für die Speichelsekretion verantwortlich und empfängt sensorische Impulse der vorderen Zunge (2/3).

Der Nervus stapedius ist für die mot. Innervation des M. Stapedius (Steigbügelmuskel) im Mittelohr verantwortlich. Die Schallweiterleitung und das Schwingungsverhalten im Gehörgang ist die Funktion dieses Muskels. Dadurch ist zu erklären, warum es bei einer Erkrankung des N. Facialis auch zu einer Hyperakusis kommen kann.(2)(4)(5)

Nach dem Durchtritt des N. Facialis durch das Foramen zieht der Hauptast unter der Ohrspeicheldrüse hindurch nach ventral und kommt am Hinterrand der Mandibula an die Oberfläche (1). Dort angekommen ist das Nervenende relativ ungeschützt an der Oberfläche. Eine Läsion an dieser Stelle kann zu einer peripheren Facialisparesie führen.

1.2.) Gesichtsnerven des N. Facialis im Einzelnen...(2)(3)(4)

- N. Auricularis post. (Innervation: Hintere Ohrmuschel)
- N. Auricularis int. (Innervation: Innere Ohrmuschel)
- Ramus digastricus (Innervation: M. Digastricus, hinterer Anteil)
- Ramus stylohyoideus (Innervation: M. Stylohyoideus)
- Rami frontales/zygomatitici (Innervation: vordere Ohrmuschel, M. Frontalis und M. Orbicularis oculi, M. Retractor anguli oculi, M. Levator anguli oculi, M. Zygomaticus)
- Rami buccales (Innervation: Periorale Muskulatur)
- Ramus marginalis mandibulae (Innervation: Mimische Muskulatur am Unterkiefer)
- Ramus colli: (zieht zum Platysma)
- Rami temporales (Innervation: M. Orbicularis oculi, M. Procerus, Mm. Epicranii)

1.3.) Innervierte Muskeln (2)(3)(4)

- M. Digastricus
- M. Stylohyoideus
- M. Frontalis
- M. Orbicularis oculi
- M. Retractor anguli oculi
- M. Levator anguli oculi
- M. Zygomaticus
- M. Procerus
- Mm. Epicranii
- Platysma
- Periorale Muskulatur

2.0) Pathologie

2.1.) Facialisparesie (ICD-10/ G 51.0)

Unter einer Facialisparesie versteht man einen meist einseitigen Funktionsverlust der mimischen Muskulatur, sowie der innervierten Drüsen. Der Kaumuskel (M. Masseter) wird vom N. Trigemini innerviert und ist somit nicht betroffen. Man bezeichnet sie auch als Bell'sche Paresie(4).

Eine grobe Unterscheidung wird durch den Ursprungsort getroffen. Man spricht von einer zentralen Facialisparesie, wenn die Ursache der Schädigung im ZNS liegt. Demzufolge liegt bei der peripheren die Problematik im Verlauf des Nerven.

Eine schnelle Abgrenzung ob die Schädigung zentral oder peripher liegt, ist durch die Funktion der Stirnmuskulatur zu treffen. Bei der Zentralen ist die Stirnfunktion intakt. Auch ist bei der peripheren Lähmung meist die obere und die untere Gesichtsmuskulatur, bei der Zentralen nur die untere betroffen. Dies lässt sich allerdings durch die rasche Spontanheilung oft nicht differenzieren.(3)

2.1.1.) Periphere Facialisparese

Bei der peripheren F.P kommt es zu einer Läsion des Nerven zwischen seinem Kerngebiet im Pons und seiner Endverästelung im Bereiche der Ohrspeicheldrüse.

2.1.1.1.) Ursachen

Bei 75% der Neuerkrankungen ist der Auslöser unbekannt . Die Facialisparese ist in Deutschland die häufigste Hirnnervenerkrankung (25-30/100.000 im Jahr). Das bedeutet das einer von 60 Menschen in seinem Leben eine solche Lähmung bekommen wird.(3) Vermutlich ist eine lokale Reaktivierung des Herpes simplex Typ 1 Virus für die ideop. F.P. verantwortlich. Durch eine Flüssigkeitsvermehrung in Folge einer Infektion im Canalis Facialis und/oder eine Schwellung/Verdickung des N. kommt es vermutlich zu einer Stenose in der physiologischen Engstelle des Kanals die den Nerv irritiert. Die Dauer und das Ausmaß dieser Irritation hat eine immense Auswirkung auf die Prognose und die Parese der mimischen Muskulatur.

Bei 25% der Betroffenen ist eine Ursache für die Parese bekannt (1). Hierzu gehören Infektionen mit Erregernachweis, Verletzungen und Tumore im Gesichtsschädelbereich, Autoimmunerkrankungen und angeborene Fehlbildungen. Die Prognose ist hierbei schlechter als bei der „ideopathischen F.P.“ und eine Remission ist meist nicht zu 100% möglich.

Mögliche Krankheitserreger finden sich unter den Viren und Bakterien. Hierzu gehören z. B. der Windpockenerreger (Varicella-Zoster-Virus), Eppstein-Barr-Virus im Zuge des Pfeifferschen Drüsenfiebers, HI-Virus. Bakteriell kommt die TBC und eine neurologische Erkrankung durch die Syphilis vor. Auch eine Sinusitis, Labyrinthitis und Mastoiditis sind als Ursachen zu berücksichtigen.

Eine beidseitige F.P. weist auf eine Autoimmunerkrankungen (G.-B.-S, Heerfordt-Syndrom, Melkersson- Rosenthal Syndrom (1)) oder einen Zeckenbiss (Borreliose) hin.

Eine seltene Ursache der beidseitigen F.P, ist die Abducensparese die angeboren ist.

2.1.1.2.) Symptome der Facialisparese (4)

- Schwäche oder vollständige Lähmung der Gesichtsmuskulatur
- inkompletter Mundschluss
- hängender Mundwinkel
- Trinken nicht möglich (Flasche schlechter als Glas)
- inkompletter Augenlidschluss
- Bell´sches Phänomen (Auge rollt nach cranial beim Schlussversuch)
- Nase ist schief bei Aktion der mimischen Muskulatur
- Aufblähen der Backen ist nicht möglich („Kerze auspusten“)
- Pfeifen nicht möglich
- mgl. Hyperakusis auf der betroffenen Seite
- mgl. Sekretion aus dem Ohr
- mgl. Geschmacksirritationen beim Essen
- mgl. Platysmaparese

2.1.1.3.) Lokalisationen

Kann durch die einzelnen Äste des Nerven gut isoliert werden. (2)

Vor Chorda tympani: Geschmacksirritationen und Speichelsekretion gestört

Vor Abgang N. stapedius: Hyperakusis

Vor N. Petrosus major: Reduzierte Tränensekretion

2.1.2.) Zentraler Typ

Bei dieser Art von Lähmung tritt keine Schädigung des Nerven auf. Die Schädigung befindet sich im ZNS (Hirnrinde, subkortikale Strukturen oder Hirnstamm)

Ursächlich ist eine Schädigung der Nervenzellen im Gyrus praecentralis die zum Pons laufen (1. Motoneuron). Im Hirnstamm kreuzen die ersten Motoneurone die Seite. Diese vermitteln die Willkürbewegungen und die mimischen Regungen an das 2. Motoneuron (Fasern des N. Facialis). Letztere erhalten paradoxerweise ihre Informationen aus beiden Seiten der oberen Gesichtsmuskulatur.(4)

2.1.2.1.) Ursachen für Zentral...

- Hirntumoren
- Hirnblutungen/Schlaganfälle
- Entzündliche Prozesse (z. B. MS)

2.1.2.2.) Die wichtigsten Tumore im Überblick:

- Akustikusneurinom
- Tumore der Ohrspeicheldrüse
- Cholesteatom
- Metastasen nach Hirntumoren

2.2.) Prognosen: (1)(4)(5)

Die Prognosen sind je nach Krankheitsbild unterschiedlich. Die periphere ideopathische Facialisparese hat eine 98% Heilungstendenz (vollständige Wiederherstellung). Bei 70 – 85% (je nach Lit.) der Betroffenen kommt es innerhalb von 10 Tagen bis 8 Wochen zu einer vollständigen Remission (1). Bei manchen Patienten kann es allerdings 2 Jahre bis zur vollständigen Wiederherstellung dauern (5). Die zentrale Facialisparese ist prognostisch schlechter gestellt. Ungünstigere Prognosen ergeben sich bei einer vollständigen Lähmung, fortgeschrittenem Alter des Patienten, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und dem Persistieren in den ersten Wochen (5).

3.0) Literaturnachweise

(1) Wikipedia: http://de.wikipedia.org/wiki/Nervus_facialis

(2) Taschenatlas der Anatomie / Werner Platzer / Thieme Verlag

(3) [PROMETHEUS LernAtlas der Anatomie: Kopf, Hals und Neuroanatomie](#) /Michael Schünke, Erik Schulte, Udo Schumacher und Markus Voll

(4) http://www.neuro24.de/hirnnerven_facialis.htm

(5) [http://neuroskript.com/user/neurologische-erkrankungen/...](http://neuroskript.com/user/neurologische-erkrankungen/)

(6) Bilder und Zeichnungen von Daniel Reiser

(7) www.MedizInfo.de

4.0.) Patientenvorstellung und Therapiebeschreibung

4.1.) Anamnese

- 30 Jährige Frau
- Keine KH-Zeichen, guter Allgemeinzustand
- ideopathische periphere Fazialisparese li.
- nicht ganz vollständige motorische Lähmung der li. Gesichtshälfte
- Beginn am 15.5.2011 abends mit Ausfall des Geschmackssinns (Metallischer Geschmack)
- 17.5.2011 morgens beginnender Funktionsverlust des li. Auges und des li. Mundwinkels, Ausschluss eines Apoplexes durch neurologische Untersuchung im Klinikum
- Eine Nacht Überwachung im Klinikum mit Beginn einer Kortisontherapie (25 mg 2 x täglich für 10 Tage)
- Versorgung des Auges mit Augentropfen tagsüber und Augensalbe mit Uhrglasverband abends.



Fotoreihe vor der ersten Behandlung(6)

4.2.)Manuelle Lymphdrainage

Nach der 10-tägiger Kortikoid-Therapie Beginn der Manuellen Lymphdrainage 3 mal pro Woche/ á 45 Min. (Gesichtsbehandlung + Sondergriffe)

Zusätzlich PNF-Gesichtspattern als Eigenübung, 2-malige Cranio-Sacrals-Therapie im Abstand von 10 Tagen.

Zusätzlich Magnetfeldtherapie (6-malig)

Beginnende psychische Verschlechterung („Das wird nicht Besser“) → Vermutlich durch die Kortikoidgabe. Auch die „Kortisonakne“ blüht in dieser Zeit stark auf.

Erste Besserung der Symptome nach der 3.Behandlung mit MLD und der ersten Cranio. Langsame Remission der Muskelaktivität des Mundwinkels und der Lippen. Beginnende Faltenbildung um das Auge.



Fotoreihe nach der dritten Behandlung (6)

Nach 5 MLD Therapien deutliche Verbesserung des Mundschlusses, des Lidschlusses. Beginnende Faltenbildung am Nasenrücken. Nasolabialfalte li. etwas verbessert.

Nach der 10. Behandlung; ca. 3 Wochen nach Symptomentstehung:

Fast vollständige Wiederherstellung der gesamten Gesichtsmotorik. Patientin klagt noch über leichte Paraesthesien im hinteren Ohrenbereich und in der Gegend des Os mandibulare. Durch die Therapie wurde ein kosmetisch vertretbares Ergebnis erzielt. Die linke Gesichtshälfte ist noch etwas empfindlicher, allerdings von der Motorik her schneller als die rechte (nicht-betroffene) Seite.

Ca. 6 Wochen nach der letzten Therapie:

Alles wie vor dem Geschehnis, allerdings ist das linke Auge immer noch schneller und etwas größer als das Rechte. Auch beim Gähnen schließt sich das linke Auge noch schneller und kraftvoller, was auf den guten Muskelstatus auf die Übungen zurückzuführen ist. Einzelne Paraesthesien sind noch vorhanden, v.a. bei psychischem/mentalem Stress und abrupten Nackenbewegungen.



4.3.) PNF-Pattern (Eigenübungen)(6)

			
Stirn und Augenbrauen hoch ziehen	Stirn runzeln	Augen zusammenkneifen	Nase rümpfen

			
Zähne zeigen	Mund spitzen/ Kussmund	Lippen aufeinander pressen	Backen aufblasen


Wangen ansaugen

4.4.) Cranio-Sacral-Therapie

Bei der craniosacralen Therapie arbeitet der Therapeut mit minimalen Bewegungen, hauptsächlich an Rumpf und Schädel. Ziel dieser Therapie ist das craniosacrals System, gebildet aus Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit, ins Gleichgewicht zu bringen und Restriktionen zu lösen.

Bei der Patientin fand am 14. Tag nach Symptombeginn die erste Craniositzung statt. Dabei wurden zuerst wichtige Querstrukturen (Diaphragma urogenitale, respiratorisches Diaphragma, obere Thoraxapertur und Os hyoideum) gelöst. Danach wurde die Patientin mit Fascientechniken (Occipito-vertebral, Occipito-sternal, Sacro-sternal und Lumbo-sacral) und Ausgleichstechniken (Fronto-occipital und Occipito-fazial) behandelt. Beide Ossa temporalia wiesen eine Fehlstellung in IRO auf, die durch direkte und indirekte Techniken behandelt wurden. Zum Behandlungsabschluß wurde intensiv der CV-IV angewandt. Ziel der ersten Einheit war eine Wiederherstellung der Funktion des fascialen Systems, um die Übertragung von Impulsen und Fließgeschwindigkeit zu ermöglichen. Die Spannung sollte gedämpft werden und evtl Stauungen somit aufgelöst werden. Die Temporalia wurden unter dem Aspekt behandelt, das die Pars petrosa an der Facies posterior partis petrosa den Porus acusticus internus beinhaltet, durch die der N. facialis läuft und somit einen direkten Einfluss auf ihn hat. Bei der zweiten Behandlung nach 8 Tagen wurden die Querstrukturen auf ihre Spannungsverhältnisse nachbefundet und nachbehandelt. Danach fand ein kleiner Aufbau statt, bei dem folgende Techniken angewendet wurden: Lumbo-sacrale Dekompression, Frontal Lift, Parietal Lift, Ear Pull, Cranial base release, Sphenoid Lift und CV-IV. Dabei werden die Gehirnschädelknochen palpirt, befundet und behandelt. Die SBS (sphenobasilare Synchondrose) wies eine Läsion Flexion links und einen Lateral Strain rechts auf, die wiederum direkt und indirekt, sowie mit der "Pussyfoot"-Technik behandelt wurden.

4.5.) Magnetfeldtherapie

Bewegt sich ein Leiter/Körper durch ein Magnetfeld erzeugt er in seinem Inneren eine Induktionsspannung. Dieses physikalische Gesetz ist die Grundlage der Magnetfeldtherapie (siehe Lorentz-Kraft oder Hall-Effekt). Im Bereich der Zellmembran, beim Elektrolyttransport und Ionentransport in der Lymph- und Blutbahn(7) fließt eine geringe Spannung. Diese beträgt bei gesunden Zellen 90 mV(7). Mit der Annahme, dass „kranke“ Zellen eine andere elektrische Spannung aufweisen und diese durch ein von außen erzeugtes Magnetfeld beeinflusst werden kann hat die Magnetfeldtherapie bei der Facialisparese ihre Indikation.

Bei der Patientin wurde das „Regenerationsprogramm“ mit einer oszillierenden Frequenz zwischen 2 – 22 Hz verwendet. Die Behandlungsdauer betrug jeweils 16 Min. bei 6 Behandlungseinheiten. Diese Therapieform wurde zur Harmonisierung der aufgetretenen vegetativen Störung angewandt.

5.0.) Zusammenfassung

In der Literatur gibt es verschiedene Ansätze eine ideopathische peripheren Facialisparese zu behandeln. Aus der Erfahrung anderer Therapeuten und meiner eigenen hat sich der oben beschriebene Behandlungsansatz herausgebildet. Mit der Vorstellung, das durch eine Entzündung des N. Facialis eine Flüssigkeitsvermehrung und somit eine Vergrößerung des Durchmessers des Nervenquerschnitts im Canalis Facialis zur Ursache hat, erschien die Manuelle Lymphdrainage als Mittel der Wahl. Ergänzend wurde noch Cranio-Sacral- und Magnetfeldtherapie angewandt, um das Behandlungsspektrum noch zu erweitern. Diese Kombination lässt natürlich keinen Rückschluss auf die detailliert Wirkung der MLD zu.

Eine völlige Ablehnung der Physiotherapie und manuellen Behandlung der Facialisparese wie im Artikel http://www.neuro24.de/hirnnerven_facialis.htm zur Kostenreduktion gefordert wird, finde ich persönlich nicht tragbar. Bei der psychischen Belastung des Patienten (bei Patientinnen noch viel stärker) durch das abrupte Auftreten der Lähmung im Gesicht und die daraus (kurzzeitig) entstehende Entstellung ist enorm. Alleine das Gefühl, dass im Gesichtsbereich „etwas gemacht“ wird, bringt eine psychische Entspannung, die wiederum eine Verbesserung der Heilung zur Folge hat.

