



AWMF-Register Nr.	030/013	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Leitlinienreport

Therapie der idiopathischen Fazialisparese (Bell's palsy)

1. Geltungsbereich und Zweck:

Die idiopathische Fazialisparese ist die häufigste Hirnnervenläsion. Hinsichtlich der Diagnostik und Therapie besteht kein einhelliges Vorgehen. Ziel der Leitlinie ist es, den gegenwärtigen Kenntnisstand zur Therapie der idiopathischen Fazialisparese unter Evidenz Gesichtspunkten aufzuzeigen und darauf basierend eine Therapieempfehlung abzugeben. Die Zielgruppe sind Patienten mit nach sorgfältiger Diagnostik festgestellter idiopathischer Fazialisparese. Des Weiteren wird Bezug zur Diagnostik und Therapie der symptomatischen Fazialisparese genommen. Der Versorgungsbereich ist der ambulante und stationäre Bereich. Die Leitlinie richtet sich überwiegend an Neurologen in Klinik und Niederlassung sowie weitere an der Behandlung der idiopathischen Fazialisparese beteiligten Berufsgruppen (HNO-Ärzte, Allgemeinmedizin).

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen:

Die Leitliniengruppe setzt sich aus Ärzten der Neurologie und HNO-Heilkunde zusammen, die klinisch und wissenschaftlich intensiv zum Thema der idiopathischen Fazialisparese arbeiten. Die Mehrzahl der Experten hat bereits an der Vorgänger-Leitlinie (2008) mitgearbeitet:

- federführender Autor: Prof. Dr. Josef G. Heckmann, Neurologische Klinik, Klinikum Landshut
- Prof. Dr. Christoph Lang, Neurologische Universitätsklinik Erlangen
- Prof. Dr. Peter Urban, Neurologische Abteilung, Asklepiosklinik Barmbeck, Hamburg
- Prof. Dr. Franz X. Glocker, Seidel-Klinik, Bad Bellingen
- Prof. Dr. Bruno Weder, Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz
- Prof. Dr. Gudrun Reiter, Universitätsklinik für Neurologie, Universität Graz, Österreich
- Prof. Dr. Christian Bischoff, Neurologische Gemeinschaftspraxis, München
- Dr. Uwe Meier, Grevenbroich für den Berufsverband deutscher Neurologen (BDN)

- Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Kunde, Universitätsklinikum Jena, als Vertreter des Faches Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Beabsichtigt war auch, Patientenvertreter zu beteiligen. Die Recherche nach einer Selbsthilfegruppe für Patienten mit idiopathischer Fazialisparese verlief negativ. Auch von der nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) gab es keine Rückmeldung, dass eine derartige Gruppe bestehen würde. Auf die Beteiligung der Patientenvertreter wurde daher verzichtet.

3. Methodische Exaktheit:

3.1. Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlichen Belege (Evidenzbasierung)

Die Schlüsselfrage für diese Leitlinie lautet: Wie wird die akute idiopathische periphere Fazialisparese optimal behandelt? Im Vorfeld ergibt sich die Frage zum diagnostischen Prozedere, auf die in der Leitlinie auch Bezug genommen wird. Wichtige Differentialdiagnosen sind in der Tabelle 1 dargestellt.

In der Vorbereitung konnte auf die existierende Leitlinie „Idiopathische Fazialisparese (Bell’s Palsy)“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008) zurückgegriffen werden. Eine Leitlinie von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie lag zum Zeitpunkt der Erstellung der aktuellen Leitlinienversion nicht vor. Von Seiten der Deutschen Röntgengesellschaft liegt eine Leitlinie zur Bildgebung bei der nicht traumatischen peripheren Fazialisparese vor (Registrierungsnummer 030-013), die eingesehen wurde.

Eine systematische Literaturrecherche und Aufarbeitung der kompletten Literatur wurde nicht vorgenommen, da zu dieser Thematik seit der letzten Bearbeitung (2008) eine Reihe hochrangig publizierter Metaanalysen erschienen sind. Basierend auf die bereits bestehende Leitlinie und aller in der PubMed Datenbank auffindbaren Metaanalysen zur Fazialisparese (Stichwörter: „facial palsy“, „Bell’s palsy“, „facial paralysis“, „facial paresis“) wurde die aktuelle Leitlinie ausgearbeitet. Insgesamt konnte zur Beantwortung der Schlüsselfrage auf 10 Metaanalysen zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse sind als Odds Ratio (OR) bzw. Number-needed-to-treat (NNT) tabellarisch dargestellt (Tabelle 2). In einer dritten Tabelle wird synoptisch die gegenwärtige Therapieempfehlung zusammengefasst (Tabelle 3).

3.2. Formulierung der Empfehlung und strukturierte Konsensfindung

Basierend auf die bestehende Leitlinie aus dem Jahr 2008 und unter Berücksichtigung o.a. Metaanalysen wurde die 1. Version vom federführenden Autor erstellt und am 11.03.11 an alle Mitautoren gesendet. Inhaltlich ergab sich dabei im Vergleich zur Version 2008 keine wesentliche Änderung. Vielmehr ist das bisherige Therapiekonzept durch die Metaanalysen unterstützt.

Begleitend dazu erhielten alle Autoren ein Beurteilungsformular mit Likert-Skalen von 1 bis 6 zur Erfassung des Grades der Zustimmung/Ablehnung, wobei 1 „lehne ab“ und 6 „stimme zu“ bedeutet. Die Autoren wurden gebeten, zu den Punkten

- Hintergrund, klinisches Bild und Pathophysiologie
- Differenzialdiagnose der erworbenen Fazialisparese
- Diagnostik
- Prognose
- Medikamentöse Therapie
- Nicht medikamentöse Therapie
- Symptomatische Therapie

ihren Grad der Zustimmung / Ablehnung darzulegen bzw. Kommentare und Verbesserungen anzubringen. Die Rückmeldungen zeigten bereits zu diesem Zeitpunkt einen sehr hohen Grad der Zustimmung (alle Autoren stimmten in allen Items mit 5 oder 6 zu). Folgende einzelne Punkte der Mitautoren wurden in der revidierten Version berücksichtigt.

Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius:

- Zum Thema Prognose: Vorschlag neben der Arbeit von Peitersen (1982), die einige Unzulänglichkeiten beinhaltet, die Daten der Placebogruppe aus den beiden großen randomisierten Studien (Sullivan et al 2007, Engström et al 2008) einzufügen.
- Änderung des Textes bei Kindern: hervorheben, dass es hier keine kontrollierten Studien gibt, so dass mitunter in der Einzelfallentscheidung bei Kindern ein Steroid gegeben werden kann.
- Ausführungen einiger Abkürzungen in der Tabelle 1 wie LP = Lumbalpunktion und IVIG = intravenöse Immunglobulintherapie.
- Anregung in der Tabelle 3: Auch externe Bleigewichte in der Akutphase erwähnen.
- Einige weitere orthographische, syntaktische und semantische kleinere Veränderungen.

Prof. Dr. Peter Urban:

- Einige semantische und syntaktische Korrekturen.
- Ansonsten inhaltlich keine Ergänzungen.

Prof. Dr. Christian Bischoff:

- Empfehlung den Begriff „Boderline“-Signifikanz zu vermeiden. Dies wird in geringfügigem Nutzen verändert und der Begriff wird in der Tabelle 3 und im Manuskripttext vermieden.
- Ansonsten keine Modifikationen und Änderungen.

Prof. Dr. F. X. Glocker:

- Übereinstimmung mit dem Manuskript;
- ansonsten hätte er eine abweichende Haltung zur Diagnostik (Lumbalpunktion);
- dem Leitlinienentwurf stimmt er in dieser Form so zu, da die Abweichung hinsichtlich der Diagnostik (Lumbalpunktion) nicht fundamental ist.

Prof. Dr. Christoph Lang:

- Im Manuskript Durchsicht und geringfügiger Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Orthographie, Wortstellung und Semantik.
- Aus der Literatur Hinweis auf die Arbeit von Pereira et. al aus dem Jahr 2011, die Einfluss von Gesichtsgymnastik auf die Gesichtslähmung in einer systematischen Übersicht und Metaanalyse untersucht.
- Es erfolgt der Verweis auf Untersuchung von Hagino et al mit kleiner Fallzahl, die die Bestimmung des Durchmesser der Fazialisnerven als prognostische Größe für einen operativen Eingriff heranzieht.
- Es folgt der Hinweis auf eine Übersichtsarbeit von Holland und Bernstein, die jederzeit im Internet verfolgt werden kann.
- Beide letzt genannten Arbeiten werden aber nicht für unbedingt zitierenswert gehalten.
- Für die Revision wird die Metaanalyse von Pereira et al. aufgenommen.

Prof. Dr. Bruno Weder, Schweiz:

- Zu Hintergrund klinisches Bild Pathophysiologie: keine Abweichung und keine Veränderung.
- Zum Punkt Differenzialdiagnose der erworbenen Fazialisparese Umstellung der Tabelle 1; Darstellung unter seltene Einzelfällen: Sarkoidose, Morbus Wegener, Sjörgren-Syndrom, Melkerson-Rosenthal-Syndrom, akute lymphatische Leukämie.
- Zum Punkt Diagnostik: Vorschlag des folgenden Satzes: „Bei klinischem Verdacht auf eine primär nicht idiopathische Fazialisparese ist eine Lumbalpunktion (LP) indiziert“. Und ergänzende Ausführung, unter welchen klinischen Konstellationen auf jeden Fall eine LP empfehlenswert wäre, wie bei Kindern, starken lokalen Schmerzen, bilateraler Fazialisparese, vesikulärem Exanthem lokal und vorbekannter Systemaffektion
- Zum Punkt Prognose: Vollständige Zustimmung.
- Zum Punkt medikamentöse Therapie: Empfehlung bei Steroidgabe die Dosierung einzufügen. Dies wird übernommen.
- Zudem die Empfehlung, die Dosierung der virustatischen Therapie einzufügen. Dies wird im Fließtext nicht übernommen, da ja die virustatische Therapie bei der idiopathischen Fazialisparese nicht empfohlen wird, um hier keine Irritationen aufkommen zu lassen. In der Tabelle 3 wird die Dosierung unter Bezug auf Wutzler et al. (2003) dargestellt.
- Ansonsten volle Zustimmung zur nicht-medikamentösen Therapie und symptomatischen Therapie.
- Einige orthographische Korrekturen sowie komplette Angabe der Internet-Literaturquelle zu Ronthal.

Dr. U. Meier als Verteter des BDN:

- Keine Modifikationen und Änderung, volle Zustimmung.

Prof. Dr. Gudrun Reiter, Österreich:

- Keine Modifikationen und Änderung, volle Zustimmung.

Die Vorschläge und Anregungen der Mitautoren wurden aufgegriffen und in die überarbeitete Version eingearbeitet. Diese wurde am 17.05.11 mit E-Mail an alle Autoren zugestellt.

Es erfolgte die erneute Rückmeldung über die korrigierte Version. Insgesamt fand sich ein vollständiger Konsens. Ergänzend folgte vom federführenden Autor mit allen Mit-Autoren ein ausführliches Telefonat. Alle Autoren teilten mit, dass sie der korrigierten Fassung uneingeschränkt zustimmten, dass kein weiterer Diskussionsbedarf bestünde und dass auf die ursprünglich geplante Konsensuskonferenz bzw. Konsensus-Telefonkonferenz verzichtet werden könne.

Im Manuskript werden der Nutzen der Therapie und mögliche Nebenwirkungen dargestellt. Die Schlüsselempfehlung zur Steroidbehandlung ist anhand der Studienlage sehr gut belegt. Hier wird der Evidenzgrad 1 a und Empfehlungsgrad A vorgeschlagen (Tabelle 3).

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Leitlinie wurde elektronisch termingerecht zum 01.06.2011 eingereicht. Es erfolgte eine externe Begutachtung, deren Ergebnis am 14.8.2011 den Autoren mitgeteilt wurde. Die Gutachter und Herausgeber empfehlen die Publikation, sobald die Anmerkungen und Kritikpunkte („minor revision“) bearbeitet sind. Der Gutachter I gab einige ergänzende eher redaktionelle Hinweise, der Gutachter II stimmt der Leitlinie in der eingereichten Version zu.

Der federführende Autor übernahm die redaktionellen Veränderungen u.a. mit Ergänzungen um einige für den Leser gut zugängliche Literaturstellen. Die überarbeitete Version wurde von allen Autoren geprüft und schließlich in der überarbeiteten Form eingereicht.

Nach erneuter Rückgabe an die Autoren erfolgte die Anordnung des Manuskriptes nach der Formatvorlage, soweit von der Thematik passend, und die Anmerkungen zu Evidenzgrad und Empfehlungsstärke in der Tabelle 3 wurden weggelassen, da diese für eine S2k-LL nicht vorgesehen sind.

Nach erneuter Beurteilung und Rückgabe des Manuskriptes (22.9.2011) erfolgten Anpassungen vor allem hinsichtlich der Formatvorlage und Gliederung. Auf Vorschlag von Prof. Dr. Kopp von der AWMF erfolgte die Kontaktaufnahme mit der deutschen Gesellschaft für HNO, Kopf- und Halschirurgie. Deren Mandat für die LL wurde eingeholt.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit:

Eine gesonderte Finanzierung der Leitlinie erfolgt nicht. Potenzielle Interessenkonflikte sind dargelegt. Nach Bewertung durch die Autoren sind keine Interessenskonflikte hinsichtlich der Therapieempfehlung erkennbar.

6. Vorbereitung und Implementierung

Die Erstellung der Leitlinie erfolgte im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Neurologen. Die

Methodik dieser S2k-Leitlinie orientiert sich an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Als Leitlinienstufe wurde der Typ S2k ausgewählt. Die Erstellung der Leitlinie erfolgte durch eine repräsentative interdisziplinäre Expertengruppe, die Empfehlungen erfolgten in einem modifizierten strukturierten nominalen Gruppenprozess.

Nach Begutachtung wurde ergänzend das Mandat zur LL-Erstellung durch die deutsche Gesellschaft für HNO, Kopf- und Halschirurgie eingeholt. Die weitere Implementierung erfolgt über die Deutsche Gesellschaft für Neurologie.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Als Gültigkeitsdauer wird das Jahr 2016 vorgeschlagen.

Erstellungsdatum:	1997
Überarbeitung von:	09/2011
Nächste Überprüfung geplant:	09/2016

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

© Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online