

## Als de aangezichtsverlamming niet beter wordt

### INLEIDING

Een idiopathische perifere aangezichtsverlamming is meestal een onschuldige aandoening die bij 70% van de patiënten volledig geneest. De overige 30% kampt met restverschijnselen zoals asymmetrie en synkinesen, problemen bij eten, drinken of praten. Deze restverschijnselen kunnen ernstige consequenties hebben voor het functioneren en de kwaliteit van leven. De onlangs verschenen NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming geeft, in tegenstelling tot de CBO-Richtlijn, nauwelijks advies over de groep patiënten die niet geneest en een scheef gezicht houdt.<sup>1,2</sup> De NHG-Patiëntenbrief stelt eveneens dat de verlamming meestal vanzelf overgaat en geeft geen advies als dat niet het geval is. Maar wat kan de huisarts doen als volledige genezing uitblijft? Op deze vraag gaat dit commentaar in.

### BELOOP

Als vuistregel geldt dat er een goede prognose bestaat als bewegingen van de mimische musculatuur vóór of in de vierde week terugkeren. Zo niet, dan is een slechte prognose zeer waarschijnlijk. De huisarts zal de patiënt daarop moeten voorbereiden.

Als na vier weken geen (terugkeer van) beweging in het verlamde gebied is opgetreden, moet de huisarts overwegen de patiënt door te verwijzen naar een in aangezichtsverlamming gespecialiseerde fysiotherapeut of logopedist (mime-therapeut) voor verdere therapie en begeleiding.

### Acute fase

In de acute fase heeft bewegingstherapie geen zin. Wel kan een eenmalig consult door de mimetherapeut [kader] zinvol zijn. De mimetherapeut kan voorlichting geven over de prognose en tips geven over eten, drinken, praten en adequate ooghygiëne. Massage, door de patiënt zelf uitgevoerd, kan zinvol zijn ter ontspanning en om stijfheid van het gezicht tegen te gaan.

Als de asymmetrie van het gezicht afwisselend verergert en verbetert, moet de huisarts de diagnose heroverwegen; dit beeld kan op een tumor in of rond de nervus facialis wijzen.<sup>3</sup>

### Chronische fase

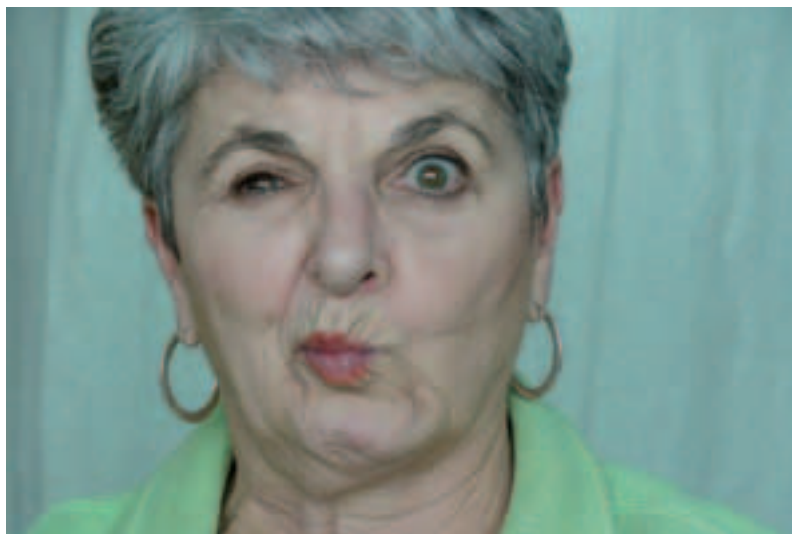
Als de diagnose duidelijk is en de kans groot is dat patiënten blijvende restverschijnselen houden, is het zinvol hen naar de mimetherapeut te verwijzen [figuur]. Het doel van de behandeling is het bevorderen van de symmetrie van het gezicht in rust en bij bewegen, en het verbeteren van expressiemogelijkheden waardoor functies als drinken, eten en praten kunnen verbeteren. Hierdoor neemt ook de kwaliteit van leven weer toe.

De taak van de therapeut bestaat voor een groot deel uit coaching. Er is een goede motivatie van de patiënt vereist, want voor een optimaal resultaat moet de patiënt per dag

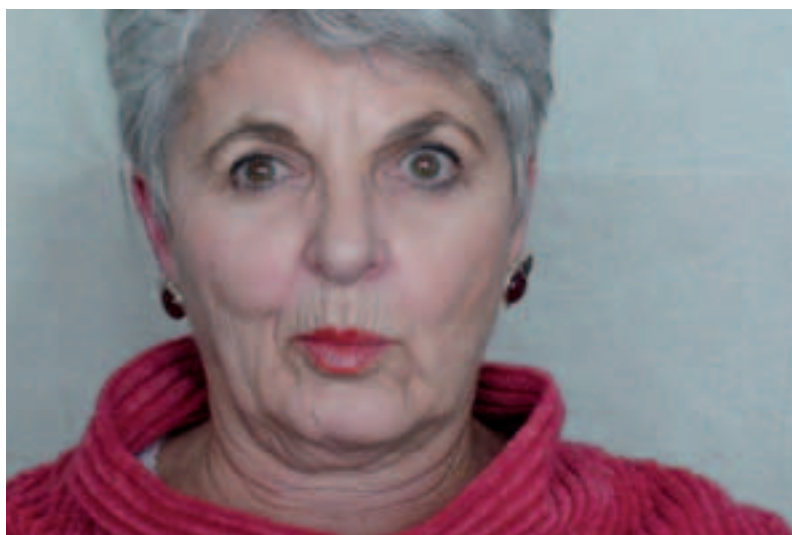
gemiddeld een half uur zelfstandig oefenen. Als hulpmiddel krijgt de patiënt op papier instructies mee en dient een spiegel als feedback.

De behandeling bestaat naast voorlichting en adviezen uit (auto)massage, ontspanningsoefeningen, specifieke oefeningen voor het aangezicht, het inhiberen van synkinesen, expressieoefeningen en praktische oefeningen voor het dagelijks leven.

**Figuur** Synkinesen van oog, kin en hals bij lippen tuiten



Voor mimetherapie



Na mimetherapie

Universitair Medisch Centrum Nijmegen, afdeling Fysiotherapie Centraal, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. C.H.G. Beurskens, fysiotherapeut/onderzoeker. Rijksuniversiteit Groningen; dr. B. Meyboom-de Jong, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: b.meyboom@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Met mimetherapie wordt een plateau fase na de aangezichtsverlamming meestal in acht tot tien behandelingen bereikt. Mimetherapie helpt, maar werkt ook echt.<sup>4,5</sup> (zie *kader*). Tijdens de behandeling zijn het begeleiden van het verwerkingsproces en het leren accepteren van de restverschijnselen in het gelaat eveneens belangrijk.

### CONCLUSIE

In het algemeen is een idiopathische aangezichtsverlamming een onschuldige aandoening die in 70% van de gevallen volledig geneest. Bij de overige 30% blijven restverschijnselen bestaan die ernstige consequenties kunnen hebben voor het functioneren en de kwaliteit van leven. Als de huisarts bij zijn controles signaleert dat de patiënt mogelijk een slechte prognose heeft, moet hij deze doorverwijzen naar een mimetherapeut voor verdere therapie en begeleiding. De NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming en de NHG-Patiëntenbrief zouden op dit punt aangepast kunnen worden. Voor verdere informatie over mimetherapeuten zie [www.umcn.nl/zorg/afdelingen/fysiotherapiecentraal/pages/onderwijs.aspx](http://www.umcn.nl/zorg/afdelingen/fysiotherapiecentraal/pages/onderwijs.aspx) > cursus mimetherapie > register. ■

### Mimetherapie

In een RCT met 50 patiënten, uitgevoerd door Beurskens et al.<sup>4,5</sup> in het Universitair Medisch Centrum Nijmegen, is aangetoond dat mimetherapie op alle domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health positieve resultaten laat zien en dat deze resultaten na een jaar nog aanwezig zijn.<sup>6</sup> Dit houdt in: op *functieniveau* minder asymmetrie, synkinesen en stijfheid, op *activiteitsniveau* minder problemen met eten, drinken en praten en op *participatieniveau* een betere kwaliteit van leven en beter maatschappelijk functioneren.

Een systematisch literatuuroverzicht van Cardoso et al. over effecten van oefentherapie bij een idiopathische perifere aangezichtsverlamming concludeert dat het door het geringe aantal RCT's niet mogelijk was eventuele effecten te analyseren.<sup>7</sup>

### LITERATUUR

- 1 Klomp MA, Striekwold MP, Teunissen H, Verdaasdonk AL. NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming. Huisarts Wet 2010;53:428-35.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht: Richtlijn idiopathische perifere aangezichtsverlamming, 2009. [www.cbo.nl/downloads/334/rl\\_facialis\\_09.pfd](http://www.cbo.nl/downloads/334/rl_facialis_09.pfd)
- 3 Marres HAM. Ziektebeelden van de nervus facialis. In: De Sutter A, Dhooge I, Van Ree JW (redactie). Keel-neus-oor-aandoeningen. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2009.
- 4 Beurskens CHG, Heymans PG. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. *Austr J Phys Ther* 2006a;52:177-83.
- 5 Beurskens CHG, Heymans PG, Oostendorp RAB. Stability of benefits of mime therapy in sequelae of facial nerve paresis during a 1-year period. *Otol Neurotol* 2006b;27:1037-42.
- 6 ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 7 Cardoso JR, Teixeira EC, Moreira MD, Fávoro FM, Fontes SV, Bulle de Oliveira AS. Effects of exercises on Bell's palsy: systematic review of randomized controlled trials. *Otol Neurotol* 2008;29:557-60.

Rien Klomp, namens de werkgroep

## Mimetherapie bij persisterende parese

In hun commentaar op de NHG-Standaard Perifere aangezichtsverlamming constateren Beurskens en Meyboom-de Jong dat deze standaard nauwelijks advies geeft voor patiënten die niet genezen en een scheef gezicht houden. Zij stellen dat de huisarts patiënten moet verwijzen naar een mimetherapeut indien na vier weken geen (terugkeer van) bewegingen in het verlamde gebied is optreden.

Indien na een maand geen teken van herstel wordt gezien, adviseert de standaard echter verwijzing naar een kno-arts of een gespecialiseerd facialisteam. Er is dan namelijk inderdaad sprake van een slechtere prognose met een grotere kans op onderliggende pathologie.

De standaard noemt nadrukkelijk de mogelijkheid van mimetherapie bij patiënten met persisterende parese, met verwijzing naar het onderzoek van Beurskens. Dit onderzoek vond echter plaats bij patiënten met een aangezichtsverlamming die langer dan negen maanden bestond. Een gunstig effect van mimetherapie bij korter bestaande verlammingen is daarmee niet aangetoond. ■

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: R.A. Klomp, wetenschappelijk medewerker en huisarts. • Correspondentie: r.klomp@nhg.org