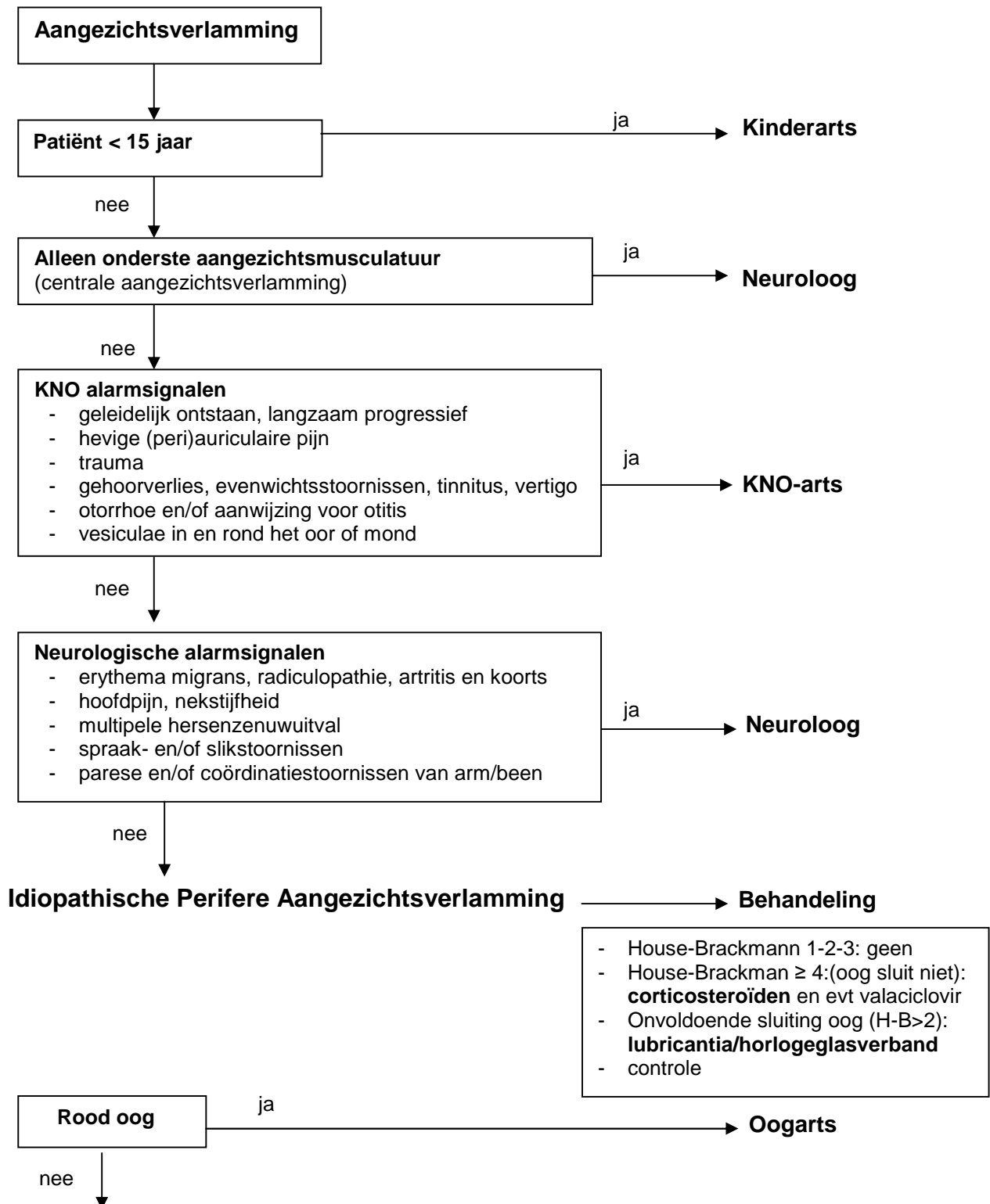


# SCHEMA PERIFERE AANGEZICHTSVERLAMMING IN DE 1<sup>E</sup> LIJN

(uit concept-CBO richtlijn)



Voorlichting, alarmsignalen bespreken, evt. lubricantia voorschrijven voor oog, controle na 2 dagen

**Bij geen/onvoldoende effect van behandeling in de 1<sup>e</sup> lijn na 2-4 weken: verwijzing naar KNO-arts of neuroloog**

## WERKAFSPRAAK IDIOPATHISCHE PERIFERE AANGEZICHTSVERLAMMING (paralyse van Bell)

**Doel** van de werkafspraak: uniform beleid met betrekking tot diagnostiek en behandeling zowel in de 1<sup>e</sup> als in de 2<sup>e</sup> lijn.

De werkafspraak gaat uit van patiënten > 15 jaar (< 15 jaar: verwijzing naar kinderarts).

Er is gebruik gemaakt van:

- de conceptrichtlijn Idiopathische Perifere Aangezichtsverlamming (CBO, 2007)
- het artikel: Medicamenteuze behandeling van bell-paralyse: gunstig effect van prednisolon nu aangetoond" (NTvG 16-02-08)
- Plexus model verwijsafspraak "Idiopathische perifere facialisparese"

**Idiopathische perifere aangezichtsverlamming (IPAV) of paralyse van Bell** is een acuut optredende geheel of gedeeltelijke éénzijdige verlamming van de aangezichtsmusculatuur ten gevolge van een stoornis van onbekende oorzaak in het verloop van de nervus facialis.

Dit kan zowel een paralyse als een parese zijn. Ook kunnen aanwezig zijn (navragen):

- postauriculaire pijn (in 1/2 van de gevallen)
- veranderde smaaksensatie (1/3)
- gehoorsensaties zoals hyperacusis
- tranenvloed (2/3)

Er zijn aanwijzingen dat de verlamming een gevolg kan zijn van een zenuwontsteking, mogelijk veroorzaakt door herpes simplexvirus. Daardoor zou de zenuw bekneld raken in het benigno kanaal van het rotsbeen.

### Epidemiologie

20–30 gevallen per 100.000 per jaar. Dat betekent dat de huisarts ongeveer 1 patiënt met perifere aangezichtsverlamming per jaar ziet. Hoogste incidentie: tussen 15–45 jaar.

Er is geen verschil in optreden per seizoen of man-vrouw verschil.

(cijfers uit het Transitieproject, o.a. praktijken het Bolwerk in Franeker en Wirdum) laten een hogere incidentie zien, ook meer voorkomen op oudere leeftijd en geringe vrouw-voorkeur)

### Beloop

85% begin van functieherstel binnen 3 weken (eerder in geval van parese).

15% begin van functieherstel binnen 3-6 maanden.

Het functieherstel loopt door tot tenminste 6 maanden.

De prognose is beter: - als de verlamming minder ernstig is

- de patiënt jonger is
- het herstel sneller begint

Herstel: - compleet: 71%

- met geringe restverschijnselen: 12%
- met milde gevolgen: 13%
- ernstige gevolgen: 4%

### Classificatie volgens House-Brackmann

Om de ernst van de perifere aangezichtsverlamming te bepalen wordt gebruik gemaakt van de House-Brackmann schaal (zie schema, pag 3).

## ACTIE HUISARTS

### Anamnese

De anamnese is erop gericht zoveel mogelijk andere oorzaken uit te sluiten. Vraag naar:

**Beloop:** IPAV heeft acuut begin met evt. verergering binnen 2 dagen

**alarmsymptoom:** geleidelijk ontstaan (tumor in verloop n VII uitsluiten)

#### Algemeen

- pijn: wordt zelden spontaan gemeld (bij 25% al 2-3 dagen eerder gevoeld)  
*alarmsymptoom:* hevige (peri)auriculaire pijn (cave herpes zoster, ontsteking, tumoren)
- aanwezigheid primaire tumoren (uitsluiten evt. metastase)
- diabetes mellitus (door vasculaire schade n VII beschadigd)
- zwangerschap (IPAV 2 maal zo vaak bij zwangeren, in 3<sup>e</sup> trimester; behandeling in overleg met gynaecoloog)
- familiaal voorkomen
- eerdere IPAV

- **KNO**
  - hyperacusis (bij 14-30 %)
  - smaakverandering (1/3)  
Niet passend bij IPAV: gehoorverlies, evenwichtsstoornis, tinnitus, pijn in oor
- **Neurologie**
  - neurologische voorgeschiedenis (uitval andere hersenzenuwen past niet bij IPAV)  
Niet passend bij IPAV: hoofdpijn, nekpijn, fotofobie, dubbelzien, gevoelsstoornissen in gezicht, klachten van arm en/of been met spraakstoornissen en/of slikstoornissen
  - Vragen naar verschijnselen die passen bij ziekte van Lyme (erythema migrans, radiculopathie, artritis, koorts), risicogroep HIV en/of syfilis besmetting

### Lichamelijk onderzoek

Ook het lichamelijk onderzoek is gericht op uitsluiten andere oorzaken.

- **Onderscheid centrale-perifere aangezichtsverlamming**  
(centraal: alleen verlamming onderste aangezichtsmusculatuur) N. facialis is voornamelijk motorische zenuw, maar verzorgt ook:
  - smaak voorste 2/3 deel tong en deel palatum
  - sensibiliteit uitwendige gehoorgang
  - m. stapedius, daarom hyperacusis mogelijk
  - er kan ook sprake zijn van verminderde traansecretie en speekselproductie
- **Testen aangezichtsmusculatuur**
  - Beoordelen in rust: let op asymmetrie: voorhoofd (minder plooiën), wenkbrauw (lager), ooglidspleet (wijder), nasolabiale plooi (minder diep), mondmidden (naar gezonde zijde), mondhoek (lager)
  - Beoordelen bij actie: laten lachen, optrekken wenkbrauwen, fronsen, sluiten ogen (fenomeen van Bell = naar boven bewegen oog bij sluiten, aanwezig?), glimlachen, mond sluiten, lippen tuiten, pruilen, tanden laten zien.
- **KNO-onderzoek**
  - aanwezigheid (peri) auriculaire vesiculae
  - otoscopie (otitis media/externa, tumor, cholesteatoom)
  - stemvorkproeven
  - inspectie hal-parotisregio
  - intra-oraal kijken naar pharynx en tonsilregio
- **Neurologisch onderzoek**  
Beoordelen nn III, IV, VI (oogbewegingen), n V (sensibiliteit gelaat) en n VIII (gehoor/evenwicht), n IX (symmetrie palatum molle, testen van kracht (uitstrekken armen), coördinatie (vingertop-neusproef, koorddansersgang) en testen op meningeale prikkeling.
- **Oogheelkundig onderzoek**  
*Alarmsignaal:* een rood, geïrriteerd oog (comorbiditeit van hoornvlies)  
Bij House-Brackmann score > II aandacht voor:
  - oogklachten (irritatie, tranen, fotofobie)
  - oogsluiting
  - fenomeen van Bell
  - aspect conjunctiva
- **Aandacht voor psychosociale problematiek**  
Psychosociale problematiek kan reden zijn voor verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn

### Evaluatie

Bij alarmsignalen op KNO gebied: verwijzen naar KNO-arts, op neurologisch gebied: naar neuroloog en bij een rood oog verwijzing naar oogarts

Binnen 72 uur na ontstaan kan de huisarts overleggen met neuroloog of KNO-arts over verdere aanpak.

## Behandeling

- Bij presentatie binnen 72 uur na ontstaan wordt bij **House-Brackmann graad IV en hoger (oog sluit niet meer)** aanbevolen te starten met corticosteroiden (tegengaan zwelling) in combinatie met antivirale therapie:
  - **1 mg/kg prednisolon met maximum van 60 mg per dag, gedurende 6 dagen. Daarna afbouwen met 10 mg per dag**
  - valaciclovir 3dd 1g gedurende 7 dagen. Op basis van het beschikbare bewijs kan er geen uitspraak worden gedaan over het toevoegen van antivirale medicatie aan de behandeling bij patiënten met IPAV. Wanneer bij een patiënt met IPAV de verdenking bestaat op de aanwezigheid van zoster sine herpete kan het gebruik van valaciclovir of famciclovir gerechtvaardigd zijn.Zo nodig (> 60 jaar, NSAID-gebruik) dient maagbescherming te worden gegeven. Controle bloedsuiker en bloeddruk gedurende de prednisonbehandeling, met name in de 1<sup>e</sup> week. Bij HB graad II of III lijkt behandeling niet zinvol.
- **Let op psychosociale gevolgen**
- **Maatregelen ten aanzien van het oog:**

Attentie voor uitdroging cornea (uitleg aan patiënt: tocht voorkomen, zonnebril, tranen van oog is teken van uitdroging)

**Pofylaxe: lubricantia** (druppels, gels, zalven), b.v. methylcellulosedruppels 0,5%  
Tijdens slapen voorkeur voor een zalf (lange werkingsduur).  
Aanvullend of voor de nacht: **horlogeglasverband**
- **Controle:** na de kuur. Bij verslechtering of als er geen herstel is eerder.
- **Als er na 2 - 4 weken geen verbetering is verwijzen**

Bij verwijzing is er doorgaans sprake van alarmsymptomen of is er geen verbetering. Patiënt zal dan meestal in de 2<sup>e</sup> lijn blijven. De huisarts kan een éénmalig consult vragen.

### Classificatie volgens House-Brackmann

<b>I</b> normaal	Normale mimische functies in alle regio's
<b>II</b> lichte disfunctie	Geringe afwijkingen bij inspectie dichtbij; mogelijk zeer geringe dyskinesen. in rust : normale symmetrie en tonus. bij beweging: <i>voorhoofd</i> : matig-goede functie <i>oog</i> ..... : volledige sluiting bij minimale inspanning <i>mond</i> : geringe asymmetrie.
<b>III</b> matige disfunctie	Duidelijke, maar geen ontsierend verschil 2 gezichtshelften; waarneembare, maar géén ernstige synkinese, contractuur en/of hemifaciaal spasme. in rust : normale symmetrie en tonus. bij beweging: <i>voorhoofd</i> : geringe-matige beweging <i>oog</i> : volledige sluiting bij inspanning <i>mond</i> : geringe afwijking bij maximale inspanning
<b>IV</b> matige-ernstige disfunctie	Duidelijke afwijking en/of ontsierende asymmetrie in rust : normale symmetrie en tonus bij beweging: <i>voorhoofd</i> : geen beweging <i>oog</i> : onvolledige sluiting <i>mond</i> : asymmetrie bij maximale inspanning
<b>V</b> ernstige disfunctie	Nauwelijks beweging waarneembaar in rust : asymmetrie in beweging: <i>voorhoofd</i> : geen beweging <i>oog</i> : onvolledige sluiting <i>mond</i> : geringe beweging
<b>V</b> Totale verlamming	Geen beweging

### IPCP Codering:

#### N91 Facialisparesis/Bell's palsy

Samenstelling werkgroep: dhr. dr. H. van den Berge, KNO-arts; dhr. J.C. den Heijer, neuroloog; dhr. C.G. Iest, huisarts; dhr. G.S.D. van Leersum, neuroloog; dhr. P. Storms, huisarts; mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden  
Voor het aanvullende deel IPAV bij kinderen: mw. T.E. Faber, kinderarts-infectioloog

November 2008; Herziening: oktober 2009