

Uit en voor de praktijk

Een scheef gezicht

A. Vissink¹
F.K.L. Spijkervet¹
R. van Weissenbruch²

Trefwoorden: Nervus facialis –
Facialisparalyse

Datum van acceptatie: 5 mei 1998.

Adres: Dr. A. Vissink,
AZ Groningen,
postbus 30.001,
9700 RB Groningen.

Samenvatting. Een plotseling ontstaan scheef gezicht moet niet worden aangezien, maar noopt altijd tot actie van de tandarts. Met behulp van een aantal eenvoudige testen kan men een indruk krijgen van welke takken van de n. facialis zijn aangedaan en in welke mate. Tot deze testen behoren het door de patiënt zelf sluiten van de ogen, optrekken van de wenkbrauwen, opblazen van de wangen, fluiten en tonen van de tanden. De oorzaken zijn divers.

VISSINK A, SPIJKERVET FKL, WEISSENBRUCH R VAN. Een scheef gezicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 216-217.

Gegeven

Een 65-jarige patiënte bezoekt de polikliniek in verband met de jaarlijkse controle van haar mondgezondheid in het kader van het syndroom van Sjögren. De avond tevoren had zij plotseling een scheef gelaat gekregen.

Onderzoek en diagnose

Bij onderzoek was er sprake van een parese van de frontale, de buccale en de marginale takken van de n. facialis rechts (afb. 1). De speciële anamnese leerde dat zij reeds enige jaren hinder ondervond van progressieve pijnklachten in en achter het rechteroor. Dit oor zou dik aanvoelen. Daarnaast meldde zij dat zij al sinds enige weken niet meer goed kon fluiten en enige hinder ondervond van een geïrriteerd rechteroog. Zij is beiderzijds slechthorend. In het verleden bleek zij een periode met gordelroos van het linker aangezicht te hebben doorgemaakt. Voorts lijdt zij aan reumatoïde arthritis waarvoor zij NSAIDs (non-steroidal antiinflammatory drugs), Ledertrexate® en Auromyose® gebruikt.

Vervolgens werd de patiënt verwezen naar de afdeling KNO voor nadere diagnostiek en therapie. Zij werd dezelfde dag nog gezien. Naast de pre-existente gehoorsvermindering van beide oren (40-80 dB) en een uitgevallen stapediussreflex

aan de rechterzijde, werden geen relevante afwijkingen gevonden. Er waren ook geen typische herpesblaasjes zichtbaar in de uitwendige gehoorgang, achter de oorschelp of in de mondholte. De facialisparese werd geïnterpreteerd als een House-Brackmann graad IV rechts en een House-Brackmann graad I links (tab. 1). Behoudens oogdruppels (methylcellulose) werd geen nadere therapie ingesteld.

Bij een controle op de polikliniek KNO vier dagen later bleek de parese links te zijn voortgeschreden tot een House-Brackmann graad VI. Tijdens klinisch neurofysiologisch onderzoek ('nerve excitability test') bleek er sprake van een partiële uitval van de n. facialis aan de rechterzijde met een redelijk response bij directe stimulatie. Gestart werd met prednison (1 mg/kg/dag, afbouwen met 5 mg per dag) en valaciclovir (1000 mg, 3 dd gedurende 7 dagen) waarop de parese verminderde tot een House-Brackmann graad III á IV. Gedurende de volgende maanden trad geen verdere verbetering op. Het grootste probleem voor de patiënte blijft de persisterende insufficiënte lipsluiting die vooral tijdens het drinken veel hinder geeft. Momenteel krijgt zij oefeningen van de aangezichtsspieren onder begeleiding van een logopedist.

De etiologie van de door deze patiënte doorgemaakte facialisparese blijft onduidelijk; mogelijk is sprake geweest van een herpetische infectie. Serologisch kon een herpes-simplex-infectie noch een *Borrelia burgdorferi*-infectie ('Lyme disease') worden aangetoond.



Afb. 1. Sinds één dag kan de patiënt haar rechteroog niet volledig sluiten (A), haar voorhoofd niet goed fronsen en haar lippen niet tuiten (B).



Tabel 1. Classificatie van uitval van de n. facialis volgens House-Brackmann (House en Brackmann, 1985).

Graad I	Normaal
Graad II	Milde dysfunctie: lichte parese, enkel waarneembaar bij aandachtig onderzoek
Graad III	Matige dysfunctie: duidelijke parese, zonder misvorming in rusttoestand
Graad IV	Vrij ernstige dysfunctie: duidelijke en vervormde parese in rusttoestand
Graad V	Ernstige dysfunctie: beweging nauwelijks merkbaar
Graad VI	Totale paralyse: Geen beweging

Discussie

De acute idiopathische aangezichtsverlamming (paralyse van Bell) is de meest frequente oorzaak van een acute perifere aangezichtsverlamming. De uitval ontstaat acuut of in verloop van enkele uren of dagen en wordt vaak voorafgegaan door en in de eerste dagen begeleid door pijn diep in het oor. Spontaan herstel treedt bij circa 75% van de patiënten op. Bij de overige 25% van de patiënten is het herstel onvolledig (Oosterhuis, 1997). In het acute stadium van een facialisverlamming is het geven van een prognose moeilijk. De leeftijd van de patiënt lijkt een rol te spelen, alsmede de ernst en de duur van de uitval. Bij de gepresenteerde patiënt is, louter op anamnestiche gronden, mogelijk af te leiden dat er reeds langere tijd sprake was van een subklinische c.q. latente ziekte-activiteit.

Vermoedelijk speelt het herpes-simplex-virus (HSV) een voorname rol en is in het merendeel van de tot nu toe als paralyse van Bell geclassificeerde facialisverlammingen feitelijk sprake van een herpes-facialisverlamming (Mulken en Schirm, 1998). Een overzicht van mogelijke oorzaken wordt gegeven in tabel 2. Tot op heden bestaat er nog geen adequate behandeling voor de acute idiopathische facialisparese. Het therapeutisch effect van vroegtijdige behandeling met hoge doses prednison is onduidelijk (Enting *et al*, 1998). Toch is het gebruikelijk om bij patiënten met een totale of subtotale uitval van de n. facialis (House-Brackmann graad V-VI) een behandeling te starten met systemische corticosteroiden. Met het oog op de recent in de literatuur beschreven relatie tussen de 'Bells-palsy' en de reactivering van het herpes-simplex-virus lijkt het mogelijk dat er meer kan worden bereikt met het aanvullend toepassen van antivirale middelen, in het bijzonder aciclovir (200 mg, 5 dd) of valaciclovir (1000 mg, 3 dd). Ook wordt gepropageerd om de aanduiding van de idiopathische facialisverlamming (Bells palsy) te vervangen door de 'herpes-facialisverlamming'.

Rol van de tandarts

Als de tandarts in de algemene praktijk wordt geconfronteerd met een patiënt met een plotselinge uitval van één of meer takken van de n. facialis, wordt aangeraden de patiënt onmiddellijk

Tabel 2. Oorzaken van uitval van de n. facialis (naar Oosterhuis, 1997).

Categorie	Oorzaak
Idiopathisch	Paralyse van Bell ¹
Infecties	Mastoiditis, cholesteatoom Meningitis purulenta Neuroborreliose Herpes zoster oticus Poliomyelitis anterior acuta HIV Herpes simplex Sarcoïdose
Auto-immunreactie	Syndroom van Guillain-Barré
Trauma	Schedelbasisfractuur, mastoïd Geboortetrauma
Tumoren	Acusticusneurinoom Glioom hersenstam/pons Multipele sclerose, vasculair, in pons Morbus Recklinghausen type B
Congenitaal	Kernaplasie Syndroom van Young

¹Vermoedelijk betreft dit in het merendeel van de gevallen een facialisverlamming gerelateerd aan het herpes-simplex-virus en behoort dit feitelijk tot de categorie infecties (Mulken en Schirm, 1998).

lijk te verwijzen naar, afhankelijk van de oorzaak die wordt vermoed, een neuroloog, KNO-arts of kaakchirurg. Deze specialist moet de patiënt bij voorkeur dezelfde dag nog zien.

Indien men de patiënt zelf verwijst, is het een goed gebruik een kopie van de verwijsbrief naar de huisarts te sturen. Uitval van een of meer takken van de n. facialis kan men zelf op eenvoudige wijze teksten door te letten op de symmetrie in rust en de spontane lidslag van de ogen, de patiënt de wenkbrauwen op te laten trekken, zelf te pogen de door de patiënt stijf gesloten oogleden te openen, en de patiënt te vragen de wangen op te blazen, te fluiten en de tanden te laten zien.

Literatuur

- ENTING RH, LENSING AWA, ONGERBOER DE VISSER BW. De behandeling van de idiopathische facialisverlamming. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 436-438.
- HOUSE JW, BRACKMANN DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985; 93: 146-147.
- MULKENS PSJZ, SCHIRM J. Oorzaak van verlamming van Bell: herpes-simplex-virus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 438-442.
- OOSTERHUIS HJGH. *Klinische neurologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.