

Aangezichtsverlamming

Inleiding

Deze folder heeft tot doel u informatie te geven over aangezichtsverlamming en de daarbij behorende klachten. Deze aandoening wordt ook wel facialisverlamming genoemd. Als u recent met deze aandoening bij een keel-, neus- en oorarts (KNO-arts) bent geweest, dan kunt u in deze folder daar meer over lezen.

De nervus facialis of aangezichtszenew

Beide kanten van uw gezicht hebben een nervus facialis ofwel aangezichtszenew. Deze zenuw zorgt voor de gelaatsexpressie van het aangezicht (mimiek). Ook het sluiten van uw ogen en mond wordt geregeld door deze zenuw.

De aangezichtszenew komt uit de hersenen en loopt door een nauw, benig kanaal (tunnel) in de schedel. Eerst langs het inwendig gehoororgaan, dan langs een middenoorbeentje (de stijgbeugel) om ten slotte tevoorschijn te komen in de oorspeekselklier, die voor het oor ligt. In deze speekselklier splitst de zenuw zich in verschillende takken naar de spieren van het gezicht. Een kleine aftakking van deze zenuw loopt naar de tong en zorgt voor de smaak.

De aangezichtszenew is vergeleken met andere zenuwen kwetsbaar. Waarschijnlijk komt dit vanwege het nauwe en lange benige kanaal waardoor de zenuw verloopt. Wanneer om welke reden dan ook de zenuw binnen de schedel beschadigd wordt, gaat de zenuw minder goed functioneren. De aangedane zijde van uw aangezicht beweegt niet goed meer mee. U heeft een verlamming aan deze zijde. Soms kunnen ook (oor)pijnsensaties ontstaan.

De verlamningsverschijnselen

Wanneer de aangezichtszenew (vrijwel altijd aan één zijde) slecht functioneert, valt de functie van de spieren in die gezichtshelft uit. Dit noemt men een facialisverlamming. Het gevolg is een scheef gezicht. De mondhoek hangt lager, de plooi tussen neus en mondhoek verdwijnt en het oog is wijder dan aan de gezonde zijde. Het is onmogelijk het oog te sluiten en bij pogingen daartoe ziet men het oogwit verschijnen. Dit wordt veroorzaakt door het omhoog draaien van de oogbol. Een gewoon verschijnsel dat normaal niet wordt gezien, omdat het ooglid er overheen schuift. De wang is slap en doordat de mond deels omlaag hangt, is praten en slikken moeilijk. Soms loopt speeksel uit de mond.

Een verlamming kan volledig of onvolledig zijn. Bij een onvolledige verlamming zijn de aangezichtsspieren in beperkte mate beweeglijk. Een onvolledige verlamming kan zich binnen enkele dagen toch nog ontwikkelen tot een volledige verlamming.

Oorzaken

De ziektegeschiedenis en het KNO-onderzoek kunnen mogelijk uitwijzen om welke oorzaak het gaat. Zo nodig kan een gehoortest worden afgenomen, eventueel gevolgd door laboratoriumonderzoek en een scan (CT of MRI).

Oorzaken van een facialisverlamming kunnen onder andere zijn:

- Oorontsteking.
- Schedelletsel of letsel na operatie, bijvoorbeeld aan het oor of aan de speekselklier.
- Het gordelroosvirus (herpes zoster oticus). Hierbij zijn blaasjes, zoals bij waterpokken, zichtbaar in oorschelp en omgeving. De verlamming is vaak pijnlijk en gaat soms gepaard met gehoorverlies en evenwichtsstoornissen.
- Een tumor die op de zenuw drukt. Hierbij treedt de verlamming dikwijls zeer geleidelijk op.
- De zogenaamde tekenbeetziekte (ziekte van Lyme).

In ca. 50% van de gevallen spreken we van de verlamming van Bell.

De verlamming van Bell

De verlamming van Bell, genoemd naar de Engelse chirurg Sir Charles Bell (1774-1842), kan in het algemeen als een milde aandoening worden gezien. De verlamming wordt zeer waarschijnlijk veroorzaakt door het herpes simplex virus, type 1. Dit virus, dat ook de bekende 'koortslip' doet ontstaan, zou een sluimerend bestaan leiden in zenuwweefsel en weer actief worden na blootstelling aan tocht, een groot temperatuurverschil, heftige emoties, enz. Hierdoor ontstaat een ontsteking van de nervus facialis. Deze zwelt op en wordt waarschijnlijk in het benige kanaal afgeklemd.

Prognose van de aangezichtsverlamming

De verlamming van Bell geneest vaak zonder behandeling binnen 6 tot 8 weken spontaan en volledig. De leeftijd speelt hierbij echter een grote rol: in de leeftijd tot 30 jaar geneest 85 – 90% van de gevallen, van 30 tot 45 jaar 76%, van 45 tot 60 jaar 61% en daarboven bij slechts 37%. Een onvolledige verlamming geneest meestal vanzelf zonder problemen.

Duurt de genezing langer, dan treedt volledig herstel waarschijnlijk niet op. Hierop is de kans ook groter als bij een volledige verlamming door zenuwverval de nervus facialis beschadigd wordt. De mate van zenuwverval kan bepaald worden met behulp van een elektrische zenuwtest. Hierbij wordt de zenuw via de huid elektrisch geprikkeld. Vooral in het beginstadium van de verlamming is regelmatige controle op eventuele zenuwbeschadiging door de KNO-arts gewenst.

Aanvullend onderzoek

Indien na drie maanden geen herstel optreedt, moet de diagnose 'verlamming van Bell' herzien worden. Aanvullend onderzoek (o.a. scans) is dan noodzakelijk.

Restverschijnselen

Na een aangezichtsverlamming met zenuwverval kunnen hinderlijke verschijnselen blijven bestaan. Door een verminderde spierkracht kunnen oog en mond onvolledig worden gesloten. De aangedane zijde kan abnormaal meebewegen bij spreken, eten en fluiten. Verder kan de aangedane zijde strak aanvoelen en het oog tijdens het eten tranen ('krokodillentranen'). Het herstel zet een jaar na het begin van de verlamming niet verder door. Na verloop van jaren kan de verlamming minder zichtbaar worden, omdat de huid ouder wordt en uitzakt. Het eindresultaat is vaak acceptabel.

Behandeling

Rust

Bij de verlamming van Bell wordt het spontaan herstel afgewacht, zolang de functie niet of niet helemaal uitvalt. Absolute rust lijkt niet noodzakelijk, maar uit oogpunt van de mogelijke oorzaak is het vermijden van te veel inspanning op zijn plaats.

Oogproblemen voorkomen

Ter voorkoming van oogproblemen wordt geadviseerd tijdens de nachtelijke uren het aangedane oog te behandelen met oogzalf of af te plakken met een horlogeglasverband. Dit voorkomt uitdroging. Zo nodig kunnen overdag beschermende oogdruppels worden gebruikt.

Medicijnen

Bij ernstige verlammingen kan de KNO-arts voorstellen een kuur te starten met prednison, eventueel in combinatie met een anti-herpesvirusmiddel, liefst zo snel mogelijk, binnen enkele dagen. Prednison, dat ook door het lichaam in de bijnierschors wordt geproduceerd, heeft het vermogen de gevolgen van een ontsteking terug te dringen.

Mimetherapie

Bij onvolledig herstel door beschadiging van de zenuw kunnen de hinderlijke restverschijnselen (asymmetrie in het gezicht, verminderde functie en abnormaal meebewegen) zoveel mogelijk onderdrukt worden door specifieke oefentherapie ('mimetherapie'). Deze behandeling beoogt een betere controle te krijgen over de gestoorde gelaatsexpressie. Door oefenen wordt een bewust verband gelegd tussen lichaamstaal, emoties en gelaatsuitdrukking. De oefeningen zijn gericht op ontspanning, beheersing van de ademhaling en het leren bewegen van de mimische spieren van gezonde en aangedane zijde samen.

Psychosociale begeleiding

Bij een aantal patiënten is psychosociale begeleiding noodzakelijk.

Plastische chirurgie

Indien er restverschijnselen overblijven, kan reconstructieve aangezichtschirurgie tot de mogelijkheden behoren. Dit is uiteraard afhankelijk van de wensen van de individuele patiënt en kan variëren van een goudgewichtje in het bovenooglid om ervoor te zorgen dat het oog beter sluit tot reconstructies met behulp van zenuwtransplantatie. Een normale situatie wordt echter met de operatie niet meer bereikt en dit zijn dus tot op zekere hoogte hulpmiddelen.

Overige behandelingen

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat operatief openboren van het zenuwkanaal (decompressie) om de druk op de zenuw weg te nemen geen effect heeft. Operatief ingrijpen is voor de doorsnee patiënt dus geen goede mogelijkheid, vooral gezien de kans op operatieve beschadiging aan de zenuw. Mogelijk kan dit, bij patiënten met een zeer ernstig aangedane zenuw die al vroegtijdig gediagnosticeerd zijn, in de toekomst een rol van betekenis spelen.

Elektrotherapie is niet zinvol en kan waarschijnlijk het strakke gevoel in de spieren (contractuur) doen toenemen.

In andere gevallen dan de verlamming van Bell is behandeling van de oorzaak van de verlamming noodzakelijk: een oorontsteking, een tumor, antivirale medicijnen (gordelroos), een zenuwreconstructie na zenuwletsel of antibiotica (tekenbeetziekte).

Slotwoord

Het is niet mogelijk om in deze folder alle details voor elke situatie te beschrijven. Het kan zijn dat u, ondanks de uitleg van uw arts, nog vragen heeft of dat u meer informatie wilt. Aarzel dan niet contact op te nemen met uw KNO-arts en om nadere uitleg te vragen.

Telefoonnummers polikliniek KNO

MCL

polikliniek KNO	058 – 286 62 00
(ma t/m vrij 8.30 – 16.30 uur)	

MCL Harlingen

polikliniek KNO	0517 – 499 749
(wo, vrij 8.00 – 16.30 uur)	
afsprakenbureau	0517 – 499 881
(ma-vrij 8.00 – 17.00 uur)	

Bron: www.kno.nl

www.mcl.nl

MCL	058 – 286 66 66
MCL Harlingen	0517 – 499 999

©MCL januari 2024

Docnr. 28575 (8)