



# Het nut van kinesithherapie voor patiënten met een aangezichtsverlamming van Bell

### Referentie

Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy) : an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. Clin Rehabil 2022;36:1424-49. DOI: 10.1177/02692155221110727

### Duiding

Emilie Levieux, logopède  
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

## Klinische vraag

Wat is de klinische werkzaamheid van kinesithherapie bij volwassenen met een aangezichtsverlamming van Bell?

### Achtergrond

Een aangezichtsverlamming van Bell of Bellse parese is een van de meest voorkomende vormen (60%) van perifere aangezichtsverlamming. Hoewel ze vaak voorkomt als gevolg van een virale infectie (herpes, covid), blijven de oorzaken onduidelijk (1,2). De aandoening treft ongeveer 4 op 10 000 mensen per jaar, vooral tussen de 30 en 45 jaar, en vaker zwangere vrouwen, diabetici, mensen met overgewicht en mensen met een verminderde immuniteit (3,4). Ook al treedt er bij de meeste patiënten een volledig herstel van de gezichtsmotoriek op, toch ondervindt 30% beperkingen die op lange termijn hun levenskwaliteit aantasten (5,6,7). Een aantasting van het vermogen tot eten, spreken en non-verbale uiting van emoties en pijn kunnen leiden tot psychisch lijden en zelfs depressie (5,8,9). In 2011 stelde een systematische review van de Cochrane Collaboration, gebaseerd op bewijs van lage kwaliteit, dat orofaciale kinesithherapie gunstig kan zijn (10). Het doel van deze systematische review is recent bewijsmateriaal over dit onderwerp te identificeren en te beoordelen (11).

## Samenvatting

### Methodologie

Targeted systematische review.

### Geraadpleegde bronnen

- MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, PEDro, Allied and Complementary Medicine Database.

### Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: volwassen patiënten (>18 jaar) met een diagnose van Bellse parese;; vergelijking tussen elk type orofaciale kinesithherapie, alleen of in combinatie met andere interventies, bij placebo, geen behandeling of andere interventies; klinische uitkomstmaten (8 in totaal) ; gerandomiseerde gecontroleerde studies, quasi-experimentele studies, pilot- of haalbaarheidsstudies, observationele studies en reviews ; Engelstalige peer-reviewed artikels.

### Uitkomstmeting

- geen meta-analyse.

## Resultaten

- uit 58 geïdentificeerde artikels includeerde men 25 studies, uitgevoerd tussen 2011 en 2020; het ging om 7 gerandomiseerde gecontroleerde studies, 9 observationele studies, 3 quasi-experimentele studies en 6 systematische reviews
- 75% van de studies gebruikte valide uitkomstmaten om veranderingen in de gezichtsfunctie en/of het bereiken van doelen te beoordelen; van de 7 gerandomiseerde studies waren er 4 studies van hoge kwaliteit die een positief effect van faciale therapieën rapporteerden, zoals 3 op 9 van de observationele studies van hoge/middelhoge kwaliteit
- de reviews waren van zeer lage methodologische kwaliteit.

## Besluit van de auteurs

De resultaten van deze targeted review bevestigen deze van de eerder uitgevoerde systematische review van de Cochrane Collaboration. Recente studies versterken eerdere bevindingen over de voordelen van orofaciale kinesitherapeutische oefeningen vroeg in de herstelfase en voegen bewijs toe over het nut bij chronische gevallen. Een betere standaardisatie van studiedesigns en uitkomstmeting, alsook een beoordeling van de kosteneffectiviteit worden aanbevolen.

## Financiering van de studie

National Institute for Health Research (NIHR) in het Verenigd Koninkrijk.

## Belangenvermenging van de auteurs

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

# Bespreking

## Beoordeling van de methodologie

In tegenstelling tot wat de auteurs in hun besluit vermelden, stellen zij geen gerichte klinische vraag, noch wat betreft de populatie (diagnostische criteria, ernst, acute of chronische aard van de parese), de interventie, de comparator of de uitkomstmaten. Daarom is het moeilijk om een PICO-vraag te formuleren. We merken op dat de auteurs het protocol vooraf hebben gepubliceerd in het PROSPERO-register. We hebben geen toegang tot informatie over specifieke zoekstrategieën. De auteurs hebben de rapportering van hun studie gestructureerd aan de hand van de PRISMA-checklist. De kwaliteit van individuele studies werd met de GRADE-methode en de kwaliteit van de reviews met AMSTAR-2 beoordeeld.

Eenzijds is het interessant dat de geselecteerde individuele studies uit alle continenten komen. Anderzijds worden 8 daarvan (evenals de 6 systematische reviews) beschouwd als van lage (of zeer lage) methodologische kwaliteit (problemen met steekproefgrootte, geen blinde beoordeling, gebrek aan beschrijvingen, risico van bias). Tegenstrijdige informatie maakt het soms moeilijk om het artikel te begrijpen (bijvoorbeeld over het aantal studies van verschillende types).

Helaas is er veel heterogeniteit tussen de studies op verschillende vlakken:

- inzake patiënten (tijdsspanne na verlamming variërend van 48 uur tot 30 jaar of niet gespecificeerd, type parese/ernst)
- inzake behandeling (slechts twee artikels beoordelen het effect van orofaciale oefeningen alleen terwijl de andere deze oefeningen combineren met andere behandelingen: biofeedback, taping, Koreaanse variant van orofaciale oefeningen, laser,...)
- inzake meetinstrumenten
- inzake design van de geselecteerde studies.

Deze studie is daarom meer een overzichtsoefening dan een poging om een klinische vraag te beantwoorden.

## Beoordeling van de resultaten

Deze review is slechts beschrijvend en draagt niet veel bij vanuit het oogpunt van de beroepspraktijk in België. Dat komt vooral omdat de auteurs niet specificeren waaruit de vermelde interventies eigenlijk bestaan. Men had hierbij ook de onderzoeksvraag of -vragen beter moeten specificeren om concrete conclusies te verkrijgen die gemakkelijker naar de praktijk vertaald kunnen worden (bijvoorbeeld “Wat te doen in de acute fase?” “Wat te doen bij een patiënt met parese stadium 3 of 5 of 6?”). In de abstract van het artikel wordt gesproken over telepraktijk, maar dat wordt in de geselecteerde studies niet vermeld. Merk ook op dat zoals in richtlijnen voor de klinische praktijk vaak vermeld wordt, dat men voor de behandeling van deze aandoening zich meer richt op kinesitherapeuten dan op logopedisten. In het kader van orofaciale stoornissen overlappen deze twee beroepen elkaar vaak en het RIZIV is hierover niet altijd even duidelijk. Ook al voorziet de RIZIV-nomenclatuur niet in een specifieke vergoeding voor aangezichtsverlamming, toch kunnen logopedisten en fysiotherapeuten oromyofunctionele stoornissen behandelen (spier- en functiestoornissen die het slikken en de klankvorming kunnen beïnvloeden). Daarom moeten de competenties en wederzijdse verantwoordelijkheden worden verduidelijkt.

## Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De Duodecim-richtlijn, die beschikbaar is op Ebpraticenet, maakt geen melding van kinesitherapeutische interventies bij Bells parese. De American Speech Language Hearing Association (ASHA) verstrekt geen informatie over aangezichtsverlammingen. Dynamed bespreekt het voordeel van orofaciale kinesitherapie bij Bells parese op basis van de bovengenoemde systematische review van de Cochrane Collaboration uit 2011 (12).

## Besluit van Minerva

Deze louter beschrijvende systematische review, vertrekkend van een zeer algemene vraag, levert weinig informatie op die meteen bruikbaar is voor professionals in het veld. Ze heeft de verdienste de bestaande situatie te inventariseren binnen een domein dat weinig of niet aan bod komt in de richtlijnen voor de klinische praktijk.

## Referenties

1. Zhang W, Xu L, Luo T, et al. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol* 2020;267:1896–905. DOI: 10.1007/s00415-019-09282-4
2. Figueiredo R, Falcao V, Pinto MJ, et al. Peripheral facial paralysis as presenting symptom of COVID-19 in a pregnant woman. *BMJ Case Rep* 2020;13:e237146. DOI: 10.1136/bcr-2020-237146
3. Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. *Br Med J* 2004;329:553-7. DOI: 10.1136/bmj.329.7465.553
4. Phan NT, Panizza B, Wallwork B. A general practice approach to Bell's palsy. *Aust Fam Physician* 2016;45:794-7.
5. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol* 2002;Suppl. 549:4-30. DOI: 10.1080/000164802320401694
6. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;149:S1-27. DOI: 10.1177/0194599813505967
7. Engstrom M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, et al. Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet Neurol* 2008;7:993-1000. DOI: 10.1016/S1474-4422(08)70221-7
8. Tavares-Brito J, van Veen MM, Dusseldorp JR, et al. Facial palsy-specific quality of life in 920 patients: correlation with clinician-graded severity and predicting factors. *Laryngoscope* 2019;129:100-4. DOI: 10.1002/lary.27481
9. Valente SM. Visual disfigurement and depression. *Plast Surg Nurs* 2004;24:140-6; quiz 147-8. DOI: 10.1097/00006527-200410000-00003
10. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD006283.pub3
11. Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy) : an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clin Rehabil* 2022;36:1424-49. DOI: 10.1177/02692155221110727
12. DynaMed. Bell Palsy. EBSCO Information Services. Accessed January 19, 2023.