

# PERİFERİK YÜZ FELCİ TANI-TEDAVİSİ ve BİR OLGUYA NÖRALTERAPİ YAKLAŞIMI

## DIAGNOSIS AND TREATMENT BY PERIPHERIC FACIAL PARALYSIS AND A CASE REPORT

Banu TAMAM, MD<sup>1,\*</sup>, Cüneyt TAMAM, MD<sup>2</sup>, Yusuf TAMAM, MD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nöroloji Uzmanı/Neurologist- Adana/Turkey

<sup>2</sup>Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Tatvan Asker Hastanesi, Bitlis - Turkey

<sup>3</sup>Nöroloji Uzmanı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır - Turkey

### Özet

Periferik yüz felci gelişimi çok farklı nedenlere bağlı olarak VII kafa çifti olan N. facialisin periferde tutulması sonucu gelişen yüz asimetrisini bozan, konuşma, yemek yeme ve sıvı gıda almada zorluk oluşturan, kapanmayan göz kapağı sonucu kornea tahrişi ile hem fiziksel hem de psikolojik etki yapan bir hastalıktır.

Tanısı anemnez ve klinik tablo ile konan periferik yüz felcinin tedavisinde cerrahi dahil çok farklı tedavi protokolleri uygulanmaktadır. 71 yaşındaki erkek hastamızın (Hause-Brackmann Evre 4) tedavisinde nöralterapi uyguladık. Olgu sunumumuzda nöralterapinin Periferik yüz felcinin tedavisindeki etkinliğini değerlendirdik.

**Anahtar Sözcükler:** Periferik Yüz felci, N. Fasialis, Nöralterapi.

### Abstract

Peripheral facial paralysis etiology is due to many different reasons. The symptoms are due to peripheral disruption of the VII cranial nerve (n. Facialis). The disease affects the patient both physically and psychologically.

The clinical diagnosis of peripheral facial paralysis is done according to the medical history and clinical symptoms. For the treatment of peripheral facial paralysis, different treatment protocols, including surgery are implemented.

In our case presentation, we evaluate the effectiveness of neural therapy in the treatment of peripheral facial paralysis.

**Key words:** Peripheral facial paralysis, N. Facialis, Neural Therapy.

### Tanım

Periferik yüz felci (Bell Paralizi BP), VII kafa çifti olan N. facialisin periferde tutulması sonucu gelişen yüz asimetrisini bozan, konuşma, yemek yeme ve sıvı gıda almada zorluk oluşturan, kapanmayan göz kapağı sonucu kornea tahrişi ile hem fiziksel hem de psikolojik etki yapan bir hastalıktır. Tüm periferik N. Facialis lezyonlarının ¾ ünü teşkil eder, insidensi yılda yaklaşık 100.000 de 25 dir. Her iki cinste de eşit oranda görülür. Çoğunlukla erişkin yaşta ortaya çıkar.

### Etioloji

- Fasiyal sinir paralizileri (FSP) birçok farklı nedene bağlı olarak görülebilir.

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Banu TAMAM, MD

Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adana Türkiye

Tel: 00 90 533 653 45 53

banutamam@yahoo.com

- İdiopatik (Bell paralizi Melkerson-Rosenthal sendromu),
- Travmatik (Temporal kemik kırıkları, doğum travması, Yüzdeki künt travmalar ve laserasyonlar -Yüz ve temporal kemiğin penetran yaralanmaları, Cerrahi travma),
- Enfeksiyöz: Eksternal otit, Otitis media, Mastoidit, Herpes zoster otikus (Ramsay Hunt sendromu), Kronik süperatif otitis media ve kolesteatom, Malign otitis eksterna (Pseudomonas aeroginosa), Tüberküloz, Lyme hastalığı, Enfeksiyöz mononükleozis, Akut süperatif parotit),
- Neoplastik (Glomus jugulare ve timpanikum tümörleri, Temporal kemik ve parotis malign tümörleri, Fasiyal sinir nörinomu, Akustik nörinom, Alt kranial sinir (N. IX, X, XI) nörinomları, Menenjiomlar, Lösemiler, Histiositozis-X),
- Metabolik ve Sistemik Nedenler (Gebelik, Diabetes mellitus, Sarkoidoz, Guillian Barre sendromu, Otoimmün hastalıklar)

## Klinik Bulgular

Fasiyal sinirin periferde tutulmasıyla ortaya tek taraflı bir yüz felci çıkar. Yüz kaslarında parezi, hiperakuzi (sesi fazla duyma), göz yaşı ve tükürük salgısında azalma, dilin 2/3 ön kısmında tat duyusunda azalma belirtileri ortaya çıkar. Yukarıdaki son üç işlevi fasiyal sinirin N. intermedius dalının da içinde olduğu ganglion geniculi'ye kadar olan kısmı yaptırır.

## FASİYAL PARALİZİLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Anamnez:** Paralizinin başlangıcı, süresi, progresyon hızı, rekürrens veya ailesel özellikler, paraliziye eşlik eden semptomlar, geçirilmiş cerrahiler sorgulanmalıdır.

İnkomplet (parezi) veya komplet (paralizi) olması, ani veya progresif gelişimi gibi bilgiler tanı koydurucu olmakla birlikte, prognozla ilgili ipuçları verir. Genel olarak inkomplet ve geç başlayan fasiyal paralizilerde düzelme daha iyidir;komplet başlayıp elektrofizyolojik testlerde de tam dejenerasyon görülen paralizilerde ise fasiyal sinir fonksiyonunun düzelmesi açısından prognoz daha kötüdür. İlk 3 hafta sonrasında progresyon göstermeye devam eden paralizilerde etyolojide tümör düşünülmelidir.

Fasiyal paraliziye eşlik eden semptom ve bulgular da ayırıcı tanı için önemlidir. Yüzde hipoestezi, otalji, hiperakuzi, göz yaşında azalma ve tat değişiklikleri, Bell paralizi ve Ramsay Hunt sendromunda (herpes zoster otikus) sıktır. Şiddetli kulak ağrısı ve aurikulada veziküllü döküntüler herpes zoster enfeksiyonu için tanı koydurucudur. Sensorinöral işitme kaybı ve vertigo bazı herpes zoster otikus olgularında görülebilir, ancak Bell paralizisinde yoktur. Yavaş progresyon görülen fasiyal paraliziler ve işitme kaybı da dahil olmak üzere diğer kranial sinir paralizilerine ait bulguların eşlik etmesi tümör düşündürmelidir.

Periferik fasiyal paralizilerin %50'sinden fazlası idiopattir. İkinci sırada travmalar (yaklaşık %20), üçüncü sırada enfeksiyöz nedenler gelir.

**Fizik muayene:** Fasiyal paralizilerde otoskopi, üst solunum sistemi muayenesi, kranial sinirlerin muayenesi, parotis bezi ve boyun palpasyonu öncelikli olmak üzere baş ve boyun bölgesinin tam muayenesi gerekir. Fasiyal paralizinin nedeni sıklıkla temporal kemikle ilgili olduğu için dış kulak yolu, kulak zarı ve orta kulağın muayenesi yapılmalıdır.

## Ayırıcı Tanı

Fasiyal sinir paralizi olan hastalarda ayırıcı tanıda öncelikle otitis media, kolesteatom, posttravmatik fasiyal paralizi, parotis tümörleri, santral fasiyal paralizi, Mobius sendromu, Lyme hastalığı, HIV enfeksiyonu, Melkersson-Rosenthal sendromu, nörolojik hastalıklar, Sarkoidoz ve Sjögren sendromu akılda tutulması gereken bazı hastalıklardır (2).

**Laboratuvar incelemeler:** Odiyometri, Stapedial refleks testi, Fasiyal sinir elektrofizyolojik testler yapılmalıdır.

**Tablo 1** | Hause-Brackmann Skorlama sistemi (6)

Evre	Tanım	Özellikler
1	Normal	Bütün bölgelerde normal fonksiyon
2	Hafif fonksiyon kaybı	Yakın gözlemede fark edilebilen hafif zayıflık; çok hafif sinkinezi olabilir. İstirahatte normal simetri ve tonus, Hareket Alın: Orta iyi fonksiyon Göz: Minimum eforla tam kapanma Ağız: Hafif asimetri
3	Orta derecede fonksiyon kaybı	İki taraf arasında belirgin fakat şekil bozukluğu yapmayan farklılık, görülebilen ancak şekil bozukluğu yapmayan sikinezi, kontraktür veya hemifasiyal spazm, İstirahatte normal simetri ve tonus, Hareket Alın: hafif-orta hareket Göz: eforla tam kapanma Ağız: maksimum eforla hafif zayıflık
4	Orta derecede fonksiyon kaybı	İki taraf arasında belirgin ve şekil bozukluğu yapan asimetri. İstirahatte normal simetri ve tonus Hareket Alın: yok Göz: kısmi kapanma Ağız: maksimum eforla asimetri
5	Ağır fonksiyon kaybı	Sadece çok zorlanmayla algılabılır hareket İstirahatte asimetri Hareket Alın: yok Göz: kısmi kapanma Ağız: hafif hareket
6	Tam paralizi	Tam paralizi

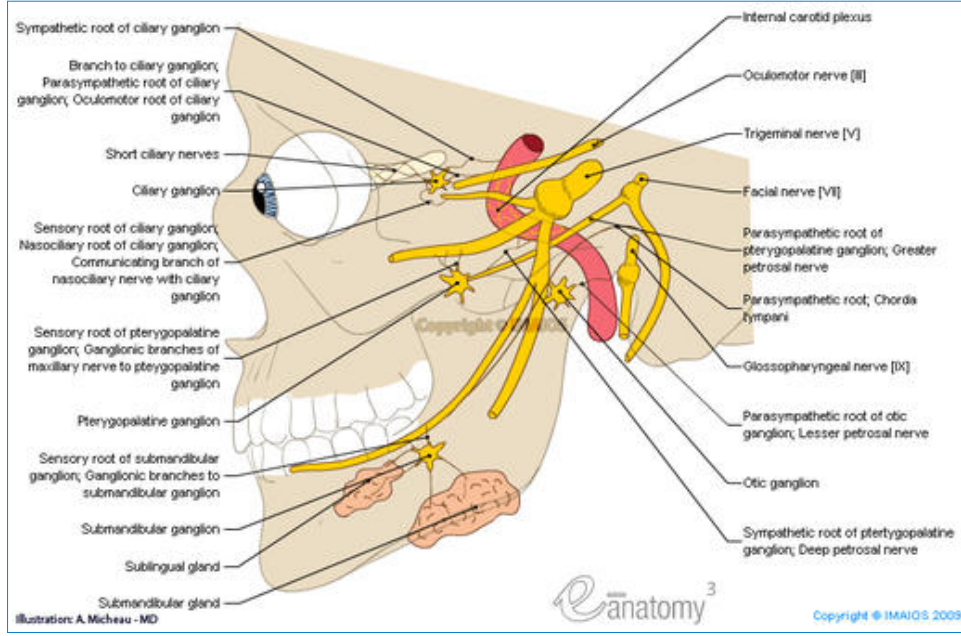
## Tanı

BP tanısı öncelikle anamnez ve fizik muayeneye göre konur, tanısal incelemeler daha sonra yapılmalıdır. Başlangıç semptomu genellikle parezidir ve fasiyal zayıflık/paralizi bir iki gün içerisinde progresyon göstererek üç hafta içerisinde en üst seviyeye çıkar. Fasiyal sinirin diffüz tutulumuna bağlı olarak tüm fasiyal kaslarda paralizi görülebilir. Hastalarda tipik olarak muayenede tek taraflı fasiyal ve platizma kaslarının hareketlerinde azalma, alın ve ağız köşesinde sarkma, göz ve ağız kapanmasında güçlük saptanır. Bazı hastalarda dilin 2/3 ön kısmında tat duyusunda azalma/kayıp, lakrimal veya tükürük bezlerin salgılarında değişiklik de görülebilir. Kulak ağrısı ya da disakuzi eşlik edebilir (3, 4).

Bell paralizisinde ciddiyet ve progresyonun değerlendirilmesinde hala en sık House-Brackmann Skorlaması (HBS) sistemi kullanılmaktadır (Tablo 1). House-Breckmann skorlaması ilk kez 1983 yılında kullanılmaya başlamış ve 1984 yı-



**Şekil 1** | Moche Culture Representation of Facial Paralysis. 300 A.D. Larco Museum Collection Lima, Peru. Epidemiyoloji ve Sıklık.



Şekil 2 | Fasiyal sinir anatomisi.

İnada Amerikan Otolaringoloji Akademisi Fasiyal Sinir Hastalıkları Komitesi tarafından FS fonksiyonlarını değerlendirilmede standart metod olarak kabul edilmiştir (5).

## Tedavi

Tedavi protokolündeki en önemli hedef iyileşmeyi hızlandırmak, iyileşmenin tama yakın olmasını sağlamak, korneal komplikasyonları ve diğer olası sekelleri önlemektir. Hastanın psikolojik destek alması ve düzenli kontrollerle takibi de önemlidir (3).

**1. Göz koruma:** Göz kapamadaki zayıflık ve gözyaşında azalma nedeniyle korneanın, göz kapağının açık kalmasıyla oluşabilecek dehidrasyon, kuruluk veya abrazyondan korunması gerekmektedir. Bu amaçla gündüz saat başı suni gözyaşı damlaları, gecede göz merhemleri kullanılır. Steril göz kapağının yapılması ya da göz koruyucu gözlüklerin kullanılması da korneadaki bu muhtemel riskleri ortadan kaldırmak için önerilir (2, 3).

**2. Mim (Taklit) ve Fizyoterapi:** Mim egzersizlerinin ve fizyoterapinin paralizide anlamlı düzelme sağladığı gösterilmiştir (7, 8, 9).

**3. Steroid tedavisi:** Kortikosteroidler (KS) ödemde azalma, sinir rejenerasyonunda artış ve motor fonksiyonlarda iyileşme sağladığı için FSP tedavisinde önerilmektedir.

Ayrıca KS kullanımının faydalı olduğu geniş randomize kontrollü çalışmalarla da desteklenmektedir (10, 11).

**4. Antiviral tedavi:** FSP de viral etioloji teorisini ilk kez öne süren McCormick, genikulat gangliondaki HSV varlığında fasiyal sinirde akut inflamatuvar nöropati olduğunu savunmuştur (12, 13).

**5. Cerrahi tedavi:** Cerrahi yöntem seçimi fasiyal sinirin etkilendiği düşünülen bölgeye göre yapılmalıdır.

En çok tercih edilen yöntemler transmastoid yolla ve subpetröz yolla dekompresyondur (14, 15, 16).

## 6. Diğer tedavi yöntemleri:

- Pentoksifilin (17)
- Aralıklı elektriksel akım (Transkutanöz elektriksel uyarı) (18)
- Botulinum toksini uygulaması (3)

## NÖRALTERAPİ AÇISINDAN TEDAVİ YAKLAŞIMI (19)

Nöralterapiyle yaklaşımda özellikle fasiyal paralizinin ortaya çıkması kapsamında ayrıntılı bir anamnez çok önemlidir. Sorunun ortaya çıkış zamanı ve herhangi bir hastalık veya iklim, psikolojik değişikliklerin ortaya çıkıp çıkmadığı iyice sorgulanmalıdır. Yapılacak kapsamlı bir FM sonucu anamnez derinlemesine tekrar sorgulanmalıdır. Bu durumda Adler noktalarının incelenmesi çok önemlidir. Daha önce geçirilen hastalıklar, cerrahi müdahaleler, bağırsakların durumu ve kişinin psikolojik yapısının değerlendirilmesi gerekir.

### 1. Lokal tedavi:

Sorunlu olan taraftaki paralize olmuş adalelerin inerve ettiği yerler lokal olarak uyarılır.

N trigeminus çıkış enjeksiyonu,

Tat ile ilgili dilin arka kısmının innervasyonunu sağlayan X. ve VII. Kafa çifti için tonsil enjeksiyonu

### 2. Segmental tedavi

C1-C5 servikal bölgeye quadel enjeksiyonu

### 3. Ganglion tedavisi

Ganglion oticum, ganglion sphenopalatinum ve ganglion stellatum %1 prokain enjeksiyonu

### 4. Bozucu alan

Sonuç alınamayan durumlarda bozucu alanların derinlemesine başlanmalıdır. Öykü zaman ilişkisi tekrar gözönüne alınarak çocuklukta geçirilen hastalıklar başta olmak üzere, operasyonlar, ikamet ettiği ortam, çalıştığı ortam,

kullandığı ilaçlar, bağışıklık sisteminin durumu araştırılmalıdır.

## Olgu

71 yaşında erkek hasta sağ yüzünde kasılma, dudakta düşüklük mevcuttu gülmeye katılmıyordu, göz kapağı tam kapanmıyordu. Hastanın hikayesinde 1.5 ay önce geçirilmiş orta kulak iltihabı vardı. Hastaya House-Brackmann Skorum sistemi Evre 4 olarak değerlendirildi. Tarafımıza müracaatından önce bir algoloji merkezinde 2 seans GON (büyük occipital sinir) blokajı uygulanmış. Opioid ve steroid tedavisi uygulanmış.

Herhangi bir yarar sağlamayan hasta tarafımıza müracaat ile 4 seans nöral terapi uygulandı.

1 seansta Segmental tedavi, tonsil enjeksiyonu, N trigeminus çıkış enjeksiyonu ve Ganglion oticum, ganglion sphenopalatinum ve ganglion stellatum enjeksiyonları

2 seansta Segmental tedavi, N trigeminus çıkış enjeksiyonu ve Ganglion oticum, ganglion sphenopalatinum ve ganglion stellatum enjeksiyonları yanında servikal bölge tetik nokta enjeksiyonları

3 ve 4 seansta Segmental tedavi, N trigeminus çıkış enjeksiyonu ve Ganglion oticum, ganglion sphenopalatinum ve ganglion stellatum enjeksiyonları, servikal bölge tetik nokta enjeksiyonları yanında bozucu alan mantığıyla kulak protokolü ve sağ omuz aşı skarı , safra kesesi ameliyat skarı enjeksiyonları, geçirilmiş diş tedavi alanlarına enjeksiyonları yapıldı.

4 seans sonunda hastada her hangi bir ağrı şikayeti kalmadı. Gözlerini minimal eforla kapayabilmekte ağızda hafif bir asimetri mevcuttu (Evre 2)

**Sonuç:** Nöralterapi FPSde etkili bir yöntem olduğu değerlendirilmiştir.

## Kaynaklar

1. May M. Anatomy for the clinician. In: May M, Schaitkin BM. (ed). The Facial nerve. New York: Theime; 2000:19-56.
2. Arnold A, Darroutet V. Facial nerve. In: Anniko M, Bernal-Siprekelsen M, Bankowski V, Bradley P, Iurato S. European manuel of medicine. Otorhinolaryngology, Head and Neck surgery. New York, Springer-Verlag. 2010: 147-155.

3. Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. Br Med J. 2004; 329:553-557.
4. Tiemstra JD, Khatkhate N. Bell's palsy: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2007;76:997-1002
5. Kang TS, Vrabec JT, Giddings N, Terris DJ. Facial Nerve Grading Systems (1985-2002): beyond the House-Brackmann scale. Otol Neurotol. 2002;23:767-71
6. Kanerva M, Poussa T, Pitkäranta A. Sunnybrook and House-Brackmann Facial Grading Systems: intrarater repeatability and interrater agreement. Otolaryngol Head Neck Surg.2006;135:865-71.
7. Beurskens CH, Heymans PG. Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability. Otol Neurotol. 2003;24:677-81.
8. Cederwall E, Olsen MF, Hanner P, Fogdestam I. Evaluation of a physiotherapeutic treatment intervention in "Bell's" facial palsy. Physiother Theory Pract. 2006;22:43-52.
9. Cronin GW, Steenerson RL. The effectiveness of neuromuscular facial retraining combined with electromyography in facial paralysis rehabilitation. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;128:534-38
10. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH,McKinstry B, Davenport RJ, Vale LD, Clarkson JE,Hammersley V, Hayavi S, McAteer A, Stewart K, Daly F.Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. N Engl J Med. 2007;357:1598-1607.
11. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH,McKinstry B, Davenport RJ, Vale LD, Clarkson JE, Hernández R, Stewart K, Hammersley V, Hayavi S, McAteer A, Gray D, Daly F. A randomised controlled trial of the use of aciclovir and/or prednisolone for the early treatment of Bell's palsy: the BELLS study. Health Technol Assess. 2009;13:1-130.
12. McCormick DP. Herpes simplex virus as a cause of Bell's palsy. 1972. Rev Med Virol. 2000;10:285-9.
13. Axelsson S, Lindberg S, Stjernquist-Desatnik A. Outcome of treatment with valacyclovir and prednisone in patients with Bell's palsy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2003;112:197-201.
14. Yanagihara N, Hato N, Murakami S, Honda N. Transmastoid decompression as a treatment of Bell palsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;124:282-6.
15. Gantz B, Rubinstein JT, Gidley P, Woodworth GG. Surgical management of Bell's palsy. Laryngoscope 1999;109:1177-88.
16. Bodéze C, Bernat I, Willer JC, Barré P, Lamas G, Tankéré F.Facial nerve decompression for idiopathic Bell's palsy: report of 13 cases and literature review. Laryngol Otol.2010;124(3):272-8.
17. Sittel C, Sittel A, Guntinas-Lichius O, Eckel HE, Stennert E.Bell's palsy: a 10-year experience with antiphlogistic rheologic infusion therapy. Am J Otol. 2000;21:425-32.
18. Targan RS, Alon G, Kay SL. Effect of long-term electrical stimulation on motor recovery and improvement of clinical residuals in patients with unresolved facial nerve palsy.Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:246-52.
19. Acarkan T, Nazlılık H, Nervus Fasiyalis Paralizisi, BARNAT 2015, Cilt 9 Sayı 1 :16-21