

Bell Paralizi: Tanı, Tedavi ve Klinik Takibi

Cüneyt Kucur¹, Arzu Baştürk², Ali Okan Gürsel³

¹Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İstanbul, ²Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara, ³Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İstanbul

ÖZET

Bell paralizi: Tanı, tedavi ve klinik takibi

Amaç: Bell paralizi (BP), idiyopatik, genellikle yüzün bir tarafını tutan, akut periferik fasiyal sinir paralizisidir. Bell paralizi etyolojisi bilinmemekle birlikte, viral enfeksiyonlar, iskemik nedenler ve oto-immunite etyolojide en çok suçlanan nedenlerdir. Bu çalışmamızda hastanemize başvuran periferik fasiyal paralizili (FP) olgular değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2008-Mart 2010 tarihlerinde kliniğimize başvuran ve idiyopatik periferik FP tanısı alan 108 olgu epidemiyolojik, klinik ve demografik açılarından incelenmiştir.

Bulgular: Olguların 53'ü (%49,1) kadın, 55'i (%50,9) erkek idi. Yaşları 8 ile 82 (ortalama 45) arasında değişiyordu. Hastaların 25 (%23,1) tanesinde diyabet (DM) ve 23 (%21,2) tanesinde hipertansiyon (HT) vardı. Üç hastada (%2,8) gebelik mevcuttu. Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %50'si yaz aylarında kliniğimize başvurmuştu. Sekiz hastada (%7,5) rekürren BP mevcuttu. Tekrarlayan BP'li hastaların birinde DM, birinde ise HT mevcuttu. Çalışmamızda hastaların %82,4'ünün sekelsiz bir şekilde iyileştiği izlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda incelediğimiz hastaların epidemiyolojik ve demografik özellikleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte BP ile mevsim ilişkisine bakıldığında yabancı literatürün aksine çalışmamızda hastalığın yaz aylarında sıklığının arttığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Yüz felci, Bell paralizi, mevsim

ABSTRACT

Bell's palsy: diagnosis, treatment and clinical follow up

Objective: Bell's palsy (BP) is an idiopathic, acute peripheral facial nerve paralysis (FPF) usually affecting only one side of the face. The etiology of Bell's palsy is unknown but viral infections, vascular ischemia, and autoimmune disorders have all been postulated as possible mechanisms. In this study we analyze patients with FPF admitted to our hospital.

Material and Methods: We evaluated epidemiological, clinical, and demographical aspects of 108 patients with FPF admitted to our hospital from April 2008 to March 2010.

Results: Fifty-three patients (49,1%) were female and 55 (50,9%) were male. The age of population was between 8 and 82 (the average is 45). Twenty-five of the patients had DM and 23 had HT. Three patients were pregnant. Approximately 50% of patients applied to our clinic in summer months. Eight patients had recurrent BP. One of these patients had DM and one had HT. In our study 82,4% of the patients recovered without any sequelae.

Conclusion: Epidemiological and demographical features of the patients included in this study are compatible with the literature. In spite of the foreign literature published so far we found that the frequency of disease is increased during summer months.

Key words: Facial paralysis, Bell's palsy, season

Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:56-59

GİRİŞ

Bell paralizi akut olarak başlayan, genellikle yüzün tek taraflı kısmi veya tam felcidir. İnsidansı 15-40/100000'dir ve tüm fasiyal paralizilerin %60-70'ini oluşturur. En sık 15-40 yaşlarında görülür. Hastaların %9'unda önceden paralizisi geçirme hikayesi bulunmaktadır. Hastaların %0,3'ünde bilateral paralizisi izlenmektedir. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir (1).

Bell paralizi için gerekli olan minimum tanı kriterleri Taverner tarafından tanımlanmıştır (2):

1) Yüzün bir tarafındaki tüm kas gruplarının paralizisi olmalıdır

2) Ani başlangıçlı olmalıdır

3) Santral sinir sistemi bulguları olmamalıdır

4) Serebellopontin köşe ya da kulak hastalıklarının belirtileri olmamalıdır.

BP etyolojisi bilinmemektedir. Genetik, vasküler, metabolik, otoimmün ve enfeksiyöz sebepler suçlanmaktadır. Son yıllarda Herpes virüs enfeksiyonlarının BP etyolojisinde rolü olduğunu kanıtlayan yayınlar artmıştır (3). Kulak arkasına yayılan hafif ağrı, yüzde uyuşukluk, sese karşı duyarlılığın artması ve tad duyusu bozuklukları eşlik edebilen semptomlardır (4). Bell paralizi çocuklarda görülen fasiyal paralizilerin az bir kısmını oluşturmaktadır. Bundan dolayı çocuklarda fasiyal paralizisi etyolojisi daha dikkatli değerlendirilmelidir (5).

BP tedavisinde sıklıkla kortikosteroidler, antiviral ajanlar ve gereğinde dekompresyon cerrahisi uygulanmaktadır. Kortikosteroidler, BP tedavisinde en sık olarak kullanılan ajanlardır. Özellikle hastalığın ilk haftasında kortikosteroid tedavisinin başlanması kas fonksiyonlarının

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Cüneyt Kucur
Zeynep Kamil EAH, KBB Servisi, İstanbul

Telefon / Phone: +90-532-796-1000

Elektronik posta adresi / E-mail address: kucur@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 28 Aralık 2010 / December 28, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 18 Mayıs 2011 / May 18, 2011

düzelmesini ve komplikasyon oranlarının azalmasını sağlamaktadır. Anti-viral ajanların kullanımı herpes zoster fasial paralizisinde faydalı bulunmakla birlikte idiopatik fasial paralizide faydasının sınırlı olduğu düşünülmektedir (6,7). Klinik olarak iyileşme görülmeyen veya elektrofizyolojik testler ile rejenerasyonun gözlenmediği olgularda cerrahi tedavi gündeme gelebilmektedir.

BP prognozu çok iyidir, hastaların %85'inde 3-4 hafta içinde klinik olarak önemli derecede iyileşme gözlenir. Yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık olarak %71'inde mimik kasları fonksiyonları tamamen düzelirken %29'unda yüz kaslarında güçsüzlük, kontraksiyon, hemifasiyal spazm veya sinkinezi gibi sekeller kalabilmektedir (4).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya hastanemizin Acil Servisine ve Kulak Burun Boğaz polikliniğine Nisan 2008-Mart 2010 tarihleri arasında FP kliniğiyle başvurup BP tanısı alan hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılan toplam 108 hastanın bilgilerine kayıtlar geriye doğru (retrospektif) incelenerek ulaşıldı. İzole periferik fasiyal paralizisi (PFP) ile başvuran her hasta BP olarak kabul edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, hangi ayda başvurduğu, daha önce BP geçirip geçirmediği bilgileri ile DM, HT, hiperlipidemi (HL) ve gebelik gibi durumların eşlik edip etmemesi ile hastaların prognozu değerlendirmeye alındı. Çalışmamızdaki hastaların bulguları değerlendirilip literatür ile uyumluluğuna bakıldı. İstatistiksel yöntem olarak nonparametrik Ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 108 BP'li hastanın 53'ü (%49,1) kadın, 55'i (%50,9) erkek idi. Hastaların yaşları 8 ile 82 (ortalama 45) arasında değişiyordu. Hastaların 52'sinde (%48) sol ve 56'sında (%52) sağ PFP mevcuttu. Hastaların 12'sinde (%11,1) DM, 10'una (%9,2) HT, 13'ünde (%12) DM ve HT, 6'sında (%5,5) HT ve HL vardı. Üç hastada (%2,8) gebelik mevcuttu. Çalışmamızdaki 54 (%59,4) BP'li hastada herhangi bir sistemik hastalık veya gebelik saptanmadı. Çalışmaya katılan hastaların 51'i (%47,2); Mayıs (15), Haziran (12), Temmuz (11) ve Ağustos (12) aylarında başvurmuştu.

Sekiz hastada (%7,5) daha önceden geçirilmiş BP öyküsü vardı. Bu hastaların 2'si 4. kez, 1'i 3. kez ve 5'i 2. kez BP atağı geçirmekteydi. Tekrarlayan BP'li hastaların

birinde DM, birinde ise HT mevcuttu fakat diğer 6 hastada herhangi bir sistemik hastalık veya travma öyküsü yoktu.

Çalışmaya katılan bütün hastaların rutin biyokimyasal incelemeleri, detaylı KBB ve nöroloji muayeneleri yapıldı. Eşlik eden DM, HT, HL gibi sistemik hastalıklar kontrol altına alınmaya çalışıldı ve her hastaya yatak istirahati önerildi. Ayrıca pediatrik yaş grubunda bulunan 3 hasta haricindeki bütün hastalara oral steroid tedavisi verildi. Hastaların 4'ü (%3,7) tedavi sonrası kontrollerine gelmediği için prognozları bilinmemektedir. Takipleri tamamlanan 104 hastanın 6'sında (%5,5) motor fonksiyonların kısmi düzelmesi, 4'ünde (%3,7) hemifasiyal spazm, 3'ünde (%2,8) timsah gözyaşları sendromu ve 2'sinde (%1,8) sinkinezi gibi komplikasyonlar gözlenmiştir. Çalışmamızda bulunan 89 (%82,4) hasta sekelsiz bir şekilde iyileşmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada iki yıl süresince hastanemize PFP kliniğiyle başvurup BP tanısı almış hastaları epidemiyolojik, klinik ve demografik özellikler yönüyle değerlendirdik. Çalışmaya katılan tüm hastaların detaylı KBB ve nörolojik muayenesi yapıldı. Eşlik eden nörolojik problemleri olan, akut-kronik otiti olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak BP görülme sıklığı açısından cinsiyet farklılığı olmadığı ve yine sağ kulak ile sol kulağın eşit oranlarda tutulduğu belirtilmektedir (1).

Eşlik eden sistemik hastalıklara baktığımızda; hastaların 25'inde (%23,1) DM ve 23'ünde (%21,2) HT vardı. BP ile DM ve HT birlikteliğiyle ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Valença ve arkadaşları (8) BP'li hastalarda DM %11,1 ve HT %11,7 oranında ve Yanagihara ve arkadaşları (9) BP'li hastalarda DM %11,2 ve HT %23 oranında saptamışlardır. Ayrıca DM ve HT olan hastalarda olası komplikasyonlar açısından steroidler dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Çalışmamızda bulunan 3 (%2,8) hastada gebelik mevcuttu. BP gebe kadınlarda 3,3 kat daha fazla izlenmektedir ve sıklıkla 3. trimesterde ya da erken postpartum dönemde izlenmektedir. Tekrarlayan gebeliklerde rekürren paraliziler, gebelik sırasında bilateral fasiyal paraliziler izlenmiştir. Muhtemel sebebin gebelikte değişen hormonal ve elektrolit durumu olduğu bildirilmiştir (10).

Çalışmaya dahil ettiğimiz 108 BP'li hastadan 64 (%59,4)ünde herhangi bir sistemik hastalık veya gebelik

durumu saptanmadı.

BP ile iklim ilişkisini değerlendiren birçok araştırmacı, BP görülme sıklığının kış aylarında arttığını söylemektedir. Sık sık veya uzamış süreyle soğuğa maruziyet fasiyal alanda vazo-motor değişikliklere yol açarak refleks iske-mi ile ödematöz bir nörite yol açarak veya gangliyon hücrelerinde latent durumda olan Herpes Simplex Virüsü-1 (HSV-1)'in tekrar aktivasyonuna sebebiyet verebileceğini bildirilmiştir (11,12). Yabancı literatürlerin aksine çalışmamıza katılan hastalar yaz aylarında yoğunlaşmaktaydı; hastalarımızın 51'i; Mayıs (15), Haziran (12), Temmuz (11) ve Ağustos (12) aylarında başvurmuştu. Mevsimler arasında saptanan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ülkemizde BP görülme sıklığı ile mevsimler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada da BP'nin, en sık Mayıs ve Nisan aylarında görüldüğü tespit edilmiştir (13). Herpes virüs aktivasyonuna sebep olabilen bir diğer faktörün ultraviyole ışığa maruziyet olması sıcak havalarda da BP görülme sıklığının artabileceğini açıklayabilir (14,15). Dünya literatürü ile ülkemiz verileri arasında böyle bir farklılık olduğunu göstermek açısından daha uzun süreleri kapsayan ve çok merkezli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

BP'li hastaların yaklaşık olarak %7-8'inde rekürren parali görülebilir. Rekürren paralizide öncelikle tümör ekarte edilmeli ve ataklar arasında fonksiyonların daha kötüleşip kötüleşmediği değerlendirilmelidir (16). Pek çok yazar ikinci atağın daha kötü prognoza sahip olduğunu



ve dekompresyon operasyonu için önemli bir endikasyon teşkil ettiğini belirtmektedirler. Fakat diğer grup yazarlar ise primer ya da takip eden ataklar arasında prognoz açısından fark olmadığını, aynı zamanda ikinci atağın ipsilateral yada kontralateral tarafta olmasının fark oluşturmadığını söylemektedirler. Çalışmamıza katılan 8 (%7,5) hastada daha önceden geçirilmiş BP öyküsü vardı. Bu hastaların 2 tanesi 4. kez, 1 tanesi 3. kez ve 5 tanesi 2. kez BP atağı geçirmekteydi. Rekürren parali geçirmekte olan 1 hasta (motor fonksiyonlarda kısmi düzelme) hariç diğer hastalar komplikasyon gelişmeden iyileşme kaydetmiştir.

Bell paralizisinin prognozu, hastaların çoğu için mükemmeldir, %80 ile %90 arasında tam iyileşme sağlanır. Paralizinin sonucunu etkileyen faktörlerden en önemlisinin paralizinin tam ya da kısmi olduğu bildirilmiştir (17,18). Çalışmamızda takipleri tamamlanan 104 hastanın 6'sında (%5,5) motor fonksiyonların kısmi düzelmesi, 4'ünde (%3,7) hemifasiyal spazm, 3'ünde (%2,8) timsah gözyaşları sendromu ve 2'sinde (%1,8) sinkinezi gibi komplikasyonlar gözlenmiştir. Çalışmamızda bulunan 89 (%82,4) hasta sekelsiz bir şekilde iyileşmiştir.

FPF, klinik pratikte oldukça sık karşılaşılan ciddi bir epidemiyolojik problem olmaya devam etmektedir. Buna rağmen etiolojisi, tedavisi ve prognozu konularında tam bir konsensus henüz sağlanamamıştır. Bu konuların aydınlığa kavuşabilmesi için çok merkezli ve yüksek sayılarda olguların dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Lalwani AK. Current, Otorinolaringoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Güneş, Ankara. 2005, pp.885-930.
- Taverner D, Kemble F, Cohen SB. Prognosis and treatment of idiopathic facial (Bell's) palsy. Br Med J 1967; 5579: 581-582.
- Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, Yanagihara N. Bell palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. Ann Intern Med 1996; 124: 27-30.
- Adour KK. Current concepts in neurology: diagnosis and management of facial paralysis. N Engl J Med 1982; 307: 348-351.
- Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002; 549: 4-30.
- Adour KK, Byl FM, Hilsinger RL Jr, Kahn ZM, Sheldon MI. The true nature of Bell's palsy: analysis of 1000 consecutive patients. Laryngoscope 1978; 88: 787-801.
- Dobson R. Antiviral drugs should not be used to treat Bell's palsy, Cochrane analysis concludes. BMJ 2009; 339: b4086
- Valença MM, Valença LP, Lima MC. Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): a study of 180 patients. Arq Neuropsiquiatr. 2001; 59: 733-739.
- Yanagihara N, Hyodo M. Association of diabetes mellitus and hypertension with Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1988; 137: 5-7.
- Cohen Y, Lavie O, Granovsky-Grisaru S, Abouafia Y, Diamant YZ. Bell palsy complicating pregnancy: a review. Obstet Gynecol Surv 2000; 55: 184-188.
- Campbell KE, Brundage JF. Effects of climate, latitude, and season on the incidence of Bell's palsy in US Armed Forces, October 1997 to September 1999. Am J Epidemiol 2002; 156: 32-39.
- De Diego JJ, Prim MP, Madero R, Gavilán J. Seasonal patterns of idiopathic facial paralysis: a 16-year study. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120: 269-271.
- Tuncel D, Gökçe M, Kutlutaş F. Mevsimlerin Bell paralizi sıklığı üzerine etkisi. Tıp Araştırmaları Dergisi 2005; 3: 23-26.

14. Ichihashi M, Nagai H, Matsunaga K. Sunlight is an important causative factor of recurrent herpes simplex. *Cutis* 2004; 74: 14-18.
15. Goade DE, Nofchissey RA, Kusewitt DF, et all. Ultraviolet light induces reactivation in a murine model of cutaneous herpes simplex virus-1 infection. *Photochem Photobiol* 2001; 74: 108-114.

16. Devriese PP, Schumacher T, Scheide A, de Jongh RH, Houtkooper JM. Incidence, prognosis and recovery of Bell's palsy. A survey of about 1000 patients (1974-1983) *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1990; 15: 15-27.

17. Adour KK, Wingerd J. Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): factors affecting severity and outcome in 446 patients. *Neurology* 1974; 24: 1112-1116.
18. Gildeen DH. Clinical practice. Bell's Palsy. *New Eng J Med* 2004; 351: 1323-1334.
