

3. KEZ BELL'S PARALİZİSİ OLAN OLGU REHABİLİTASYONU

Dr. Gülten MERT (x)

ÖZET :

Aynı kişinin değişik zamanlarda 3 kez Bell's paralizi olması nedeniyle araştırma yapma gereği duyulmuştur.

GİRİŞ :

Periferik fasiyal paralizi: Yüzün simetrisini bozan, konuşma, yemek yeme ve sıvı gıda almada zorluk oluşturan, kapanamayan göz kapağı sonucu kornea tahrişi ve akan göz yaşı ile hem fiziksel hemde psikolojik etki yapan bir hastalıktır (1).

Oluşma nedenleri çeşitlidir. Potgieter'in etiyolojik sınıflandırmasına göre, konjenital, travma, nörolojik veya metabolik hastalıklar, enfeksiyon, toksik neden, neoplaziler, idiopatik nedenlerle oluşabilir. Oluşma nedeni belli olan hastalığa Periferik Fasiyal Paralizi, nedeni belli olmayan idiopatik gruba Bell's paralizi denmektedir. 1871 yılında Charles Bell bu hastalığı fasiyal sinirin fallop kanalında, çoğunlukla foramen stilomastoid seviyesinde akut başladığını, etiyolojisi belirtilemediğini, noninflamatuvar patolojileri şeklinde tanımlamış ve kendi soyadını vermiştir. Periferik fasiyal sinirin birçok nedeni olmasına rağmen Potrieter'e göre olguların 2/3, Jongkees'e göre % 81 i, Cawthorne ve Haynes'e göre % 62 si, Lavman'a göre % 52 si Bell's paralizi diye kabul edilmektedir. (2).

Çeşitli etiyolojik faktörler sonucunda sinirde 3 çeşit fizyopatoloji oluşur, Bunlar nöropraksia, aksonotmesis, nörotmesisdir. Nöropraksiada sadece sinir üzerinde baskı söz konusudur. Paralizi oluşması, iskemi veya baskı sonucunda sinir myelinini harabolmuştur, motor bozukluk vardır. (3). Buna göre Haynes, Mc Govern hayvanlarda Bell's paralizisinde sinirdeki fizyopatoloji üzerine yaptıkları çalışmalarda, değişik nedenlerle oluşan vasküler bozukluğun iskemi oluşturduğunu buna bağlı olarak venöz staz ve sinirin fasiyal kanal içinde bulunan kısmında ödem oluşturduğunu, bu ödemin fasiyal siniri sıkıştırıp fonksiyonunu yapmasını engellediğini bildirmişlerdir. (4). Brackmann viral, vasküler iskemi, herediter teorileri ve bunların kombinasyonları üzerine yapılan

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. FTR Anabilim Dalı. Y. Doç. Dr.

çalışmaları incelemiş vasküler iskemi teorisini desteklediğini belirtmiştir. (5). Bugün kabul edilen teori vasküler iskemi teorisidir.

Bulgular ve belirtileri: Hastalığın belirtileri lezyonun yerine bağlıdır. Lezyon stилоmastooid foramende ise yüzde asimetri gelişir. Çünkü, kişi mimik adelerine hareket yaptırdığı an sağlam taraftaki adeler çalıştığı için kontraksiyon olur ve asimetri barizleşir. Göz kırıştırılıp kapatmaya zorlanırken göz küresi yukarı ve içe döner (Bell fenomeni), ağıza alınan lokma dişeti yanak arasında toplanır. Sıvı ağızdan akabilir, olguların çoğunda paraliziden evvel kulak civarında ağır, ses duyma, hafif ateş ve kırgınlık olabilir. (1,6).

Alter, Simmonds herediter özellik gösterdiğini, **Cawthorne** ve **Haymes** herediter özelliği 105 aileden 30 da görülmesi nedeniyle kabul ettiklerini belirtmişlerdir. (6). **Gregg, Melotte** her iki cinsde eşit görüldüğünü, mevsim değişikliklerinin etkili olduğu ve en fazla 21-40 yaşlarında görüldüğünü ileri sürmektedirler. (1,6,7).

Teşhis metodları, elektrodiagnosis, kuvvet-zaman grafik eğrisi ve elektromyografi-dir.

Elektrodiagnosis: Adale ve sinire, galvanik ve faradik akım verilerek minimal cevabın normal tarafla karşılaştırılması ile tanı ve prognozu hakkında bilgi edinilmesidir. (3). **Jonkees** normal şahıslarda sağ ve sol adale cevap farkının 0,2-0,4 mamp olduğunu belirtir. **Alford** hasta ve sağlam taraf farkını 2 mamp kabul etmiştir. Görüşler azçok değişmekle beraber genelde farkın 3 mampden fazla olması prognozun kötüye gittiği fikridir. (8,9).

Kuvvet-zaman grafik eğrisi: Galvanik akım şiddeti artırılarak, zaman azaltılarak elde edilen değerlerin grafik eğri olarak gösterilmesidir. Eğrinin sola kayması veya merdiven gelişmesi rejenerasyonu, sağa kayması dejenerasyonu belirtir.

Elektromyografi: Adale, rejenerasyonda polifazik potansiyel, dejenerasyonda fibrilasyon potansiyeli görülmesidir. (3,8,9).

Prognoz: Periferik fasiyal paralizilerin prognozu, lezyon yerine, şiddete ve nedene bağlıdır. Bell's paralizi için ise belirli bir görüş yoktur. Genel kaniya göre kendiliğinden düzelir, bir görüşe göre, ilk hafta sonunda tam paralizi gösteren olguların iyileşme şansı % 50, ikinci hafta sonunda eğer tam paralizi devam ediyorsa iyileşme şansı sıfırdır. Başlangıçta ağrı varsa prognoz kötü diyenler olduğu gibi ağrının kötü prognoza işaret etmediğini belirtenler vardır. Gençlerde, yaşlılardan daha çabuk ve hızlı iyileşme olduğunu hastanın genel durumu ile ilişkili olduğunu belirtenlerde vardır. **Adler**'de çizilen kuvvet-zaman grafi eğrisinin prognoz hakkında fikir verdiğini belirtmiştir. (2,5,7,8).

Olgu Takdimi :

Y. K isimli 44 yaşında, erkek, Orman Bekçisi. 1980 Ekimde sağ, 1985 Ekimde

sol, 1991 Martta yine sol yüz felci olmuş. Halsizlik kulak civarında ses duyma ve ağrı hisseden olgu, camide nazam kılariken, vantilatörden gelen serin hava ile 3. kez felç olduğunu k.b.b. polikliğinde film çekilip muayene olduğunu, birşey bulamadıkları için gönderildiğini belirtti. Rehabilitasyon programına alınan olgu, 9 gün önce hastalandığı ve hastalık seyri devam ettiği için 2 hafta doluncaya kadar elektrik stimulasyon yapılmayıp, göz ve kulak pamukla kapatıldıktan sonra, 15 dk yüzeysel ısı veren infrared aleti kullanıldı. Egzersiz öncesi yapılan adale değerlendirmesinde, alın ve kaş inaktif, göz 9-10 mm açık, Bell femomeni var, burun ağız ve çene bölgesindeki adalelerde inaktif. Olgu, ağızda lokma biriktiği, sıvının aktığını belirtti. Yanak şişirme, ısıklık çalma, üfleme, dudak germe büzme yapamıyor, o, e haflerini çok belirgin söyleyemiyordu. Progresif nöromuskuler fasiltasyon (PNF) teknikleri uygulandı ve olguya ayna önünde her iki elinin yardımıyla gerekli egzersizler öğretildi ve önerildi.

Elektrodiagnostikte M. frontalis adalesi, hasta tarafda galvanik akıma 3 mamp, faradik akıma 2, 6 mampde cevap verdi. Fark 0,3-1,2 mampdir. Kısmi dejenerasansda adale hipoekstabil. Prognozun iyiye gideceği genel kanya, Aldred ve Alfordurkine uyumludur. (8,9). 11. gün gelişme, frontalis, orbikularis ve levator palpepra superior adalelerinde görüldü. 2.ci haftasonu yapılan grafik eğrisinde reobaz 1,4, kronaksı 2,6 msn bulundu. 300 msn ve 0,05 msn zaman arasında adalenin minimum akım şiddetine cevap vermesi için sonlara doğru akım şiddeti artırıldı ve çiziline eğrinin merdivenli olup sola kaydığı görüldü. 17nci günde burun kanadında aktivite başladığı, ağızda lokmanın birimediği ve sıvı gıdanın akmadığı, olgunun sevinçle söylediği gelişmeleri. PNF tekniklerine ve olguya önerilen egzersizleri yapması tekrarlanarak gelişmeler gözlemlendi.

20.nci tedavide göz tam kapanıyor, burun adaleleri aktif, sadece M. orbikularis orisde büzme ve dudaklar öne uzatılıp O sesi çıkarma anında hafif kayma vardı. Kulağındaki ses ve halsizlik, hava cereyanında kalmasıyla hastalanması, sinire baskı olduğu, ödem sonucu vasküler iskemi teorisine uyduğu görülmektedir. (1,4,5) Ekim ve Mart aylarının mevsim geçiş dönemleri olması, Doğu Anadolu'da özellikle değişken havaların görülmesi ve meslek gereği her hava koşulunda çalışma zorunda kalması, Gregg ve Melott'un 21-40 yaşlarında çok görüldüğü fikri ile uyum göstermektedir. Zira olgumuz 33,39 ve 44 yaşlarında Bell's paralizisi olmuştur. (1,6).

Isıklı çalabilen, yemeğini rahat yiyebilen ve söylenen önerilere dikkat edeceğini ve ağızda kalan hafif asimetriyi, egzersiz yaparak tam düzleteceğini ve sonra göstermek için kontrole geleceğini belirten olgu taburcu olmuştur.

Sonuç olarak, zamanında gerekli önlemler alınırca, Bell's paralizisi oluşmaz fakat toplumun bilinçlendirilmesi, basın yayın ve televizyon ile sık sık sağlık konusunda bilgi verilmesi gerektiği kanısındayız.

SUMMARY :

THE REHABILITATION OF A CASE HAVING BELL'S PALSY THREE TIMES

Its is interesting that the same person has had Bell's palsy for three times. Thus, this paper was prepared.

KAYNAKLAR :

- 1- Aktin, E.: "Nöroloji Kitabı". İstanbul Üniv. Tıp Fak. Yay, 1983, 336-338.
- 2- Potgieter, M. : "Introduction, etiology, applied anatomy and prognosis and degree of paralysis". Aff. med, 47: 27, 1973.
- 3- Krusen, F, H., Kotke, F.J., Ellwood, M.: "Hand book of Physical Medicine and Rehabilitation. W.B Saunders Company, Philadelphia, 1969, p 208-209.
- 4- Govern, F.H.: "Management of Bell Palsy, experimental aspects". Arch otolaryng, 189: 144-146, 1969.
- 5- Brackmann, D.E.: "Bell Palsy: Incidence, etiology and results of medical treatment". Otolaryogal Clin, 7: 357-368, 1974.
- 6- Amioff, M.J.: "Bell's Palsy and its treatment". Post Grad. Mejj, 49: 46-49. 1973.
- 7- Zenbilci, N.: "Sinir Sistemi Hastalıkları". Cerrahpaşa Tıp Fak. Yay. 1979.
- 8- Alford, B.R. : "Electrodiagnostic studies in facial paralysis". Arch Otolarysgs, 85: 259-264. 1967.
- 9- Jonkees, L.B.: "Tests for facial nerve function". Arch. Otolarygs, 89: 127-130. 1963.