

Fasiyal Paraliziler

Prof.Dr. Harun Cansız, Dr. Muhammet Pamukçu, Dr.D. Tuna Edizer

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, K.B.B. Anabilim Dalı

Özet

Fasiyal sinir motor, sensoryal, sekretuar, sensitif olmak üzere dört ana görevi olan mikst bir sinirdir. Başta İdiyopatik Bell paralizi olmak üzere birçok sebep fasiyal paraliziyeye neden olabilmektedir. Çeşitli viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, kafa travmaları, tümörler ve metabolik hastalıklar gibi birçok hastalık fasiyal paraliziyeye sebep olabilmektedir.

Fasiyal sinir paralizili hastanın değerlendirilmesinde ilk ve en önemli adım santral paralizilerin periferik paralizilerden ayırt edilmesidir.

Ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene, yapacağımız laboratuvar tetkikleriyle beraber tanıya giden yolda bize ışık tutacaktır.

Basit bir viral enfeksiyon sonucu fasiyal paraliziyeye gelişebildiği gibi, altta yatan sebebin hayatı tehdit edici bir tümör yada enfeksiyon olabileceğini akıldan çıkarmamak gerekir.

Anahtar kelimeler: Fasiyal paraliziyeye, İdiyopatik bell paralizi, kongenital fasiyal paraliziyeye

Abstract

Facial nerve is a mixed nerve with four main functions, namely motor, sensorial, secretory, sensitive functions.

Many conditions, mainly idiopathic Bell's paralysis, may be the cause for facial paralysis.

Various viral and bacterial infections, head trauma, tumors and metabolic diseases may manifest as facial paralysis. The first and most important step while evaluating a patient with facial paralysis is to differentiate between central and peripheral facial paralysis. A careful history and physical examination together with laboratory investigations will help us reach a proper diagnosis. One should keep in mind that although a simple viral infection can cause facial paralysis, the underlying cause may be a life-threatening tumor or infection.

Keywords: Facial paralysis, idiopathic bell paralysis, congenital facial paralysis

Fasiyal sinirin anatomisi

Fasiyal sinir, intrakranial, intratemporal ve ekstratemporal kısımlardan oluşur (1).

Fasiyal sinir, motor lifler, özel visseral tat lifleri, parasempatik otonomik lifler ve genel duyu lifleri içeren mikst bir sinir olup, motor, sensoryal, sekretuar ve sensitif olmak üzere dört ana görevi vardır.

Fasiyal sinirin motor çekirdeği ponstadır.

Alında frontal kasa giden ve fasiyal sinir çekirdeğinin rostral kısmından kaynaklanan lifler her iki taraftaki kortikobulber yollardan, yüzün alt kısımlarına giden ve fasiyal sinir çekirdeğinin rostral kısmından kaynaklanan lifler ise sadece kontralateral kortikobulber yoldan inerve olurlar. Bu inervasyon farklılığı, periferik ve santral fasiyal paralizilerin ayırıcı tanısında önemlidir. Santral fasiyal paralizilerde alın bölgesine giden liflerin fonksiyonu, sağlam ipsilateral korteksten katılan

supranükleer lifler nedeniyle normaldir. Nükleer ve periferik fasiyal paralizilerde ise, yüz yarımına ait tüm liflerde fonksiyon kaybı meydana gelir (2).

Fasiyal sinir lifleri n.abdusens çekirdeğinin etrafından dönerek ponsu terkederler. Motor lifler, fasiyal sinirin n.stapedius dalı ile m.stapedius'u, yüzün mimik kaslarını, digastrik adenin arka karnını ve m.stilohyoideus'u inerve eder. Tad lifleri, traktus solitarius çekirdeğindeki tad merkezlerinden kaynaklanır ve internal akustik kanalda n.intermedius içinde seyrettikten sonra labirenter segmentinde fasiyal sinire katılırlar. Korda timpani ile fasiyal sinirden ayrılan tat lifleri, temporal kemiği orta kulağın ön duvarından terkettikten sonra n.lingualis içine katılarak dilin 2/3 ön kısmının tat duygusu inervasyonunu sağlarlar. Superior salivator çekirdekten kaynaklanarak n.intermedius ve daha sonra fasial sinire katılan preganglionik parasempatik liflerin bir kısmı n.petrozus süperfisialis majus ile pterigopalatin gangliona ulaşır ve sempatiklerle birleşen postsinaptik lifler lakrimal bezin otonom inervasyonunu sağlarlar. Parasempatik liflerin geri kalanı korda timpani ile fasial sinirden ayrılarak n.lingualis'e katılır; bu lifler submandibüler ganglionda sinaps yaptıktan sonra sempatiklerle birleşerek submandibüler ve sublingual tükrük bezlerinin otonom inervasyonunu sağlarlar (3).

İntratemporal kısım, proksimalden distale doğru, internal akustik kanal içinde "meatal", iç kulak komşuluğunda "labirenter", genikülat gangliondan başlayan birinci dirseği ile mastoid antrum hizasındaki ikinci dirseği arasında "timpanik (horizontal)" ve ikinci dirseği ile stilomastoid foramen arasında "mastoid (vertikal)" segmentlerine ayrılır. Sinirin labirenter, timpanik ve mastoid segmentleri kemik Fallop kanalı içinde seyreder ve labirenter bölüm en dar yeridir(0.61 mm). Fasiyal sinirin parasempatik, tat ve duyu lifleri, meatal segmentte ayrı bir demet halinde (n.intermedius) motor liflere komşu olarak seyrederler. Fasiyal sinir, intratemporal seyri boyunca

ca sırasıyla genikülat gangliondan ayrılan n.petrozus süperfisialis majus, mastoid segmentinden ayrılan n.stapedius ve korda timpani dallarını verir.

Fasiyal sinir temporal kemiği stilomastoid foramende terkettikten sonra, parotis bezinin yüzeysel ve derin lobları arasında seyreden ekstratemporal kısmında temporo-fasiyal ve serviko-fasiyal dallarına ayrılır. Temporo-fasiyal daldan temporal ve zigomatik dallar, serviko-fasiyal daldan marjinal mandibüler ve servikal dallar ayrılır. Bukkal dallar, her iki ana daldan gelen liflerin anostomozu sonucunda oluşur. Fasiyal sinirin ekstratemporal dalları arasında kişiden kişiye varyasyon gösteren anostomozlar bulunur.

FASİYAL SİNİRİN YAPISI VE HASARININ SINIFLANDIRILMASI

Multifasiküler sinir yapısına sahip olan fasiyal sinir; meatal, labirentin ve timpanik bölümlerde tek fasikül, distal mastoid bölümde 2-3 fasikül, ekstrakranial bölümde 6-10 fasikülden oluşmuştur. En dışta epinörium vardır. Fasiküllerin arasında perinörium tabakası bulunur.

Sunderland, 1978'de bir periferik sinir lifinin uğrayabileceği muhtemel beş hasar derecesi tanımlamıştır. Sunderland sınıflandırmasındaki ilk iki derece hasar (nöropraksi ve aksonotmezis), genellikle Bell paralizisi ve herpes zoster otikusda olduğu gibi inflamatuvar sinir lezyonlarında, ödemin neden olduğu intranöral sıkışma sonucunda görülür. Akut supüratif otitis media, kolestetomlu kronik otitis media, yavaş büyüyen tümörler ve sinir kesisine neden olmayan temporal kemik kırıklarında sinirdeki ekstranöral sıkışma sonucunda aksoplazma akımında kesilme olur ve sinir dokusunda venöz drenaj bozulur. Venöz drenajın bozulmasına bağlı gelişen ödem sinirdeki sıkışmayı daha da şiddetlendirir ve aksonlardan sonra endonörium hasarının da eklendiği üçüncü derece hasar (nörotmezis) meydana gelir. Yaralanmanın ilk üç derecesi viral, inflamatuvar ve immun hastalıkların seyrinde

olurken, dördüncü veya beşinci derecedeki hasarlar cerrahi travma, temporal kemik kırıkları, veya tümör invazyonu gibi sinir devamlılığının bozulduğu hallerde oluşur ve iyileşme en iyi koşullarda bile ilk üç derecedeki hasardaki kadar tatminkar olmaz (4).

FASİYAL PARALİZİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

Fizik muayene: Otoskopi, karnial sinirlerin muayenesi, parotis bezi ve boyun palpasyonu, serebellar testler, komplet –inkomplet paralizisi ayırıcı tanısı, paralizinin unilateral-bilateral oluşu, topografik testler, radyolojik incelemeler yapılmalıdır.

Laboratuvar incelemeler: Odyometri, Stapedial refleks testi, Fasiyal sinir elektrofizyolojik testleri yapılmalıdır.

ANAMNEZ

İnkomplet (parezi) veya komplet (paralizi) olması, ani veya progresif gelişimi gibi bilgiler tanı koydurucu olmamakla 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 paraliziyeye eşlik eden semptom ve bulgular da ayırıcı tanı için önemlidir. Yüzde hipoes-tezi, otalji, hiperakuzi, gözyaşında azalma ve tat değişikliği, Bell paralizisi ve Ramsay Hunt sendromunda (herpes zoster otikus) sıktır. Şiddetli kulak ağrısı ve aurikulada veziküllü döküntüler herpes zoster enfeksiyonu için tanı koydurucudur. Senso-

rinöral 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.

Aynı tarafta rekürren fasiyal paralizi Bell paralizisinde, Melkerson-Rosenthal sendromunda (üst dudakta belirgin olmak üzere yüzde ödem, fissürlü dil ve migren benzeri baş ağrıları ile seyreden, herediter geçişli ve otoimmün olduğu düşünülen bir klinik tablodur) ve yavaş büyüyen tümörlerde görülebilir; karşı tarafta rekürrens hemen daima Bell paralizisini düşündürmelidir. Ailede fasiyal paralizi bulunması Bell paralizisi ve Melkerson-Rosenthal sendromunu akla getirmelidir. Anamnezde elde edilebilecek diğer ipuçlarına göre kanserler, sarkoidoz, diabetes mellitus, gebelik, otoimmün hastalıklar ile parotis, posterior fossa ve temporal kemiğe ait geçirilmiş operasyonlar da ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Periferik fasiyal paralizilerin %50'sinden fazlası idiopatikdir. İkinci sırada travmalar (yaklaşık %20), üçüncü sırada enfeksiyöz nedenler gelir. İdiopatik fasiyal paralizi (Bell paralizisi) tanısına, etyolojiden sorumlu diğer nedenler ekarte edildikten sonra ulaşılabilir.

FİZİK 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.

FASİYAL PARALİZİYİ DEĞERLENDİRMEK İÇİN KULLANILAN NÖRODİAGNOSTİK TESTLER

Topografik tanı fasiyal sinirin anatomisi ve fizyolojik anatomisi üzerine temellendirilmiştir.

Tablo. Fasiyal Paralizilerde Etiyoloji (Mark May'den alınmıştır)	
İdiopatik:	Bell paralizisi 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 supüratif otitis media ve kolesteatom Malign otitis eksterna (Pseudomonas aeruginosa) Tüberküloz Lyme hastalığı Enfeksiyöz mononükleozis Akut süpüratif 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 Meningiomlar Lösemiler Histiositozis-X
Konjenital:	Möbius sendromu* Travmatik ve forsepsli doğum
Metabolik ve Sistemik Nedenler:	Gebelik Diabetes mellitus Sarkoidoz* Guillain Barre sendromu* Otoimmün hastalıklar
(*) Bilateral fasiyal paralizi görülebilir.	

Stilomastoid forameninden çıkarken oluşan fasiyal sinirin motor bölümünün tümünü kapsayan bir lezyon, bütün ipsilateral yüz hareketlerinin paralizisine neden olur. Lezyon tarafında hasta alnını kırıştırılmaz, gözünü kapayamaz, dişlerini gösteremez, dudakını büzemez veya ıslık çalamaz. Nazolabial kıvrım düzleşmiştir ve ağız köşesi aşağı düşmüştür. Genikulat ganglionun lateralinde bulunan

bir fasiyal sinir lezyonu, dilin üçte ikilik anterior kısmındaki bozulmuş tat alma kadar periferik lezyondan ve bozulmuş sublingual ve submandibular tükürük bezi salgısından kaynaklanan bütün bozuklukları oluşturur. Bozulmuş tükürük salgısı preganglionik, parasempatik liflerle süperior salivator çekirdek arasındaki kesilmeden kaynaklanır. Normalde ortakulak kemikçiklerinin hareketlerini bas-

Tablo. Fasiyal Paralizi Derecesinin Belirlenmesi:

Günümüzde yaygın olarak kullanılan derecelendirme sistemi House-Barckman sistemidir.

House-Brackmann fasiyal paralizi derecelendirme sistemi (1985) (6)

Disfonksiyon derecesi	Paralizinin derecesi (Grade)	Tanım
Normal Hafif disfonksiyon	I II kas zayıflığı	Bütün yüz bölgelerinde normal, simetrik fonksiyon Sadece dikkatli inceleme ile farkedilebilen hafif Minimal efor ile gözünü tamamen kapatabilir. Maksimal efor ile gülümseme sırasında hafif asimetri. Güçlülükle farkedilebilen sinkinezi bulunabilir. Sinkinezi veya spazm yoktur.
Orta derecede disfonksiyon	III	Belirgin kas zayıflığı Kaşını kaldıramayabilir. Maksimal efor ile gözünü tam kapatabilir. Maksimal efor ile ağız köşesinde asimetric hareket vardır. Belirgin, ancak fonksiyon bozukluğu yaratmayan sinkinezi veya kas spazmları bulunabilir.
Orta-Şiddetli disfonksiyon	IV	Belirgin ve çehre bozukluğuna neden olan kas zayıflığı Kaşını kaldıramaz. Maksimal efor ile gözünü tam kapatamaz. Maksimal efor ile ağız köşesinde asimetric hareket vardır. Şiddetli sinkinezi veya kas spazmları bulunabilir.
Şiddetli disfonksiyon	V gözünü kapatamaz.	Zorlukla farkedilebilen hareket Göz kapağında çok zayıf hareket vardır, ancak Ağız köşesinde çok zayıf hareket vardır. Sinkinezi, kontraktür veya spazm yoktur.
Komplet paralizi	VI	Yüzde hareket yoktur ve istirahat halinde tonus kaybolmuştur. Sinkinezi, kontraktür veya spazm yoktur.

kılayarak işlev gören stapediyal kası da paralize olabilir. Bu paralizi odyometri ile ölçülebilecek stapedial refleks kaybı ile sonuçlanır. Genikulat ganglion veya lateralindeki fasiyal sinir lezyonları üstte anlattığımız bozuklukları ve sfenopalatin gangliona uzanan preganglionik, parasempatik liflerin yıkımının bir sonucu olarak lezyon tarafındaki lakrimasyonun bozulmasına sebep olur.

Fasiyal sinirin hücrelerine uzanan kortikobulber ve kortikoretikuler lifleri tutan merkezi lezyonlar yüzün kontralateral alt yarısında özellikle de oral bölgede belirgin kas zayıflığı oluştururlar. Yüz felci kol ve bacak zayıflığı ile aynı taraftadır. Alının kırıştırılması, kaş çatılması ve kısmen göz kapatılması ile ilişkili olan yüzün üst bölgesinin kasları etkilenmez. Merkezi yüz felcinin

varlığında bile, yüz kaslarının emosyonel innervasyonu korunabilir. Gerçek emosyonel uyarıya yanıt olarak oluşan gülümseme veya gülme sırasında, alt yüz kasları simetrik olarak kasılırlar.

SCHIRMER GÖZ YAŞI TESTİ: Fasiyal paralizide meydana gelen göz yaşı salgısının sağlam taraf ile karşılaştırılması esasına dayanan bir testtir.

ODYOMETRİ VE AKUSTİK REFLEKS: Yüz felci olan bütün hastalar için saf-ton odyogram kaydedilmelidir. Bütün topografik testler içinde akustik refleks testi en nesnel ve en kolaylıkla tekrar edilebilendir ve bu testte stapedral sinir fonksiyonu incelenir.

ELEKTRİKSEL TESTLER (7)

Sinirin fizyolojik durumunu belirlemek için yapılır. Paralitik sürecin prognozu erkenden tespit edilerek uygun tedavi modeli seçilir. Fasiyal sinirin ulaşılabilir kısmı çok kısa olduğundan, genellikle testler lezyonun distalinden yapılır.

- Sinir ileti zamanı (Latency)
- Şiddet-süre eğrisi (SDC)
- Sinir eksitabilite testi (NET)
- Maksimal Stimulasyon Testi (MST)
- Elektromiyografi (EMG)
- Elektronöronografi (ENoG, EEMG)
- Antidromik Potansiyeller
- Trigemino-fasiyal Refleks (TFR)

Fasiyal paralizide prognoz tayini: Fasiyal paralizi tanısı konduktan sonra prognoz olabildiğince erken tayin edilmelidir. En önemli prognostik indikatör elektronörografidir (ENoG). ENoG ile erkenden prognoz tayin edilir ve uygun tedavi modeli seçilir. Eğer cerrahi uygulanacak ise geç kalınmaz.

KONJENİTAL FASİYAL SİNİR PARALİZİLERİ

Yenidoğanda görülen fasiyal paralizilerde travmatik ve konjenital nedenlerin ayırıcı tanısı

yapılmalıdır. Yüzde yumuşak doku yaralanması, mastoid kemik ve parotis üzerinde ekimoz, hemotimpanum görülmesi travmayı düşündürmelidir. Travmanın nedeni genellikle başın doğum kanalında sıkışması ve forsepsle yapılan doğumlardır. Yenidoğanda mastoid tam gelişmediğinden forseps kullanımı siniri yüzde veya petroz kemik içinde hasarlayabilir.

Doğum travmalarına bağlı fasiyal paralizilerin prognozu genellikle iyidir ve spontan düzelme için yeterli süre beklenmeden cerrahi eksplorasyon endikasyonu yoktur.

Möbius Sendromu (Konjenital Fasiyal Dipleji): Mobius sendromu 6 ve 7. sinirlerin konjenital paralizi ile karakterize nadir bir hastalıktır. Diğer kranial sinirler de etkilenebilir, iskelet ve orofasiyel anomaliler ve zeka geriliği görülebilir. Bir çok hastada fasiyal palsy, yarı damak ve dil anomalilerine bağlı yemek ve iletişim problemleri görülür (8).

Hemifasiyal Mikrozomi

Unilateral fasiyal hipoplazi, mikroti, mikrostromi, mandibuler hipoplaziden oluşan tabloya verilen isimdir. Goldenhar Sendromu (okuloaurikülovertebral displazi) bu hastalığın bir varyantı olarak düşünülür. Hemifasiyal mikrozomili hastaların %25'inde fasiyal zayıflık vardır. Goldenhar-Gorlin sendromu okuloaurikülovertebral displazi ve hemifasiyal mikrozominin bir kombinasyonudur.

EDİNSEL FASİYAL PARALİZİLER

Travma: Hem künt hem de penetran kafa travmaları ciddi fasiyal sinir hasarı oluşturabilir (9).

Temporal kemik kırığına yol açan künt travmalarda en iyi tanı yüksek rezolüsyonlu CT ile konur. En sık görülen fraktür longitudinal olanıdır (Yaklaşık %85). Bu tip fraktürlerin yaklaşık %10-20'sinde fasiyal paralizi görülür. Timpanik membran ve dışkulak yolu laserasyonuna bağlı olarak otoraji görülebilir. Sıklıkla sinir genikulat ve labirentin segmentlerde yaralanır (10).

Frontal ve oksipital bölgeye gelen travmalar temporal kemikte daha çok transvers kırıklara yol açar. Genellikle internal akustik kanal ve otik kapsüle uzandığı için işitme kaybı ve vertigooya yol açarlar. Temporal kemik kırıklarının %10-20'si transverstir ve bunların %50'si fasiyal paraliye yol açar. Bu tip kırıklarda fasiyal sinirin en sık labirentin segmenti zedelenir.

Fasiyal sinirin ekstratemporal segmentindeki penetran yaralanmalarda acil eksplorasyon yapıp yaralanan distal dal bulunmalıdır. Eğer primer onarım mümkün değilse sinir greftleri kullanılarak sinir tamiri yapılmalıdır.

Cerrahi travmalara bağlı fasiyal paraliziler en sık serebello-pontin köşe cerrahisinde, iç ve orta kulağa yönelik cerrahi girişimlerde ve parotis bezi cerrahisinde görülür.

ENFEKSİYON

Bakteriyel; Fasiyal parali akut otitis media, koalesan mastoidit, kolesteatomlu ve kolesteatomsuz kronik supüratif otitis medianin komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Akut otitis media sırasında ortaya çıkan fasiyal parali, miringotomi ve aspirasyonla orta kulaktaki supürasyonun uzaklaştırılması ve sistemik antibiyotik tedavisi ile genellikle kısa sürede geriler ve tam düzelir (11).

Akut otitis medianın komplikasyonu olarak ortaya çıkan fasiyal paralizilerde, enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra temporal kemiğin bilgisayarlı tomografisi ile paralizin nüksüne neden olabilecek koalesan mastoidit ekarte edilmelidir. Antibiyotiklerin yaygın kullanımı ve uygun tedavi ile otitis mediaya bağlı fasiyal paraliziler çok azalmıştır.

Mastoidit veya kolesteatom komplikasyonu olarak fasiyal parali gelişmesi nadirdir. Bu hastalarda mastoidektomiyle birlikte kolesteatomun temizlenmesi ve uygun antibiyotik kullanılması gereklidir.

Viral; Herpes zoster otikus(Rumsey Hunt Sendromu); çocuklara %5, erişkinlerde %3-12 olmak üzere fasiyal paralizilerin %2-10'unda etkindir. Herpes varisella-zoster virusunun genikulat ganglionda yerleşmesi bu sendroma neden olur.

Ramsay Hunt'ın, VZV'ün genikulat ganglionda reaktivasyonundan kaynaklandığı herpes zoster otikus hipotezi, PCR ile normal ve RH hastalarının temporal kemimlerinde viral genomun tespit edilmesiyle desteklenmiştir (12).

Fasiyal sinirin komple yada parsiyel paralizisine yol açar. Komple paralizide prognoz kötüdür. Ramsay Hunt sendromunda fasiyal parali ile birlikte şiddetli kulak ağrısı, aurikula ve dış kulak yolunda veziküler döküntüler görülür. Hastaların %10'unda VIII. kranial sinirin de etkilenmesine bağlı işitme kaybı ve denge bozukluğu vardır.

Akut dönemde ağrı kontrolü için analjezikler, dış kulak yolundaki veziküllerin sekonder bakteriyel kontaminasyonunun önlenmesi için antibiyotikli kulak damlaları kullanılmalıdır. Sistemik steroid ile birlikte intravenöz acyclovir tedavisi kullanılabilir. Valacyclovir 1 gr/gün, günde 3 kez 10-14 gün oral yol, acyclovir için iyi bir alternatiftir.

RH sendromu fasiyal sinir ile ilgili kötü prognozu olan bir herpetik hastalıktır. İyi bilinen bir virostatik ajan olan asiklovir ile tedavi ile hastaların az bir kısmında çok iyi sonuçlar elde edilmiştir (13).

Spontan düzelme şansı Bell paralizisinden daha düşüktür; hastaların %50'sinde iyileşme yetersiz ve sekellidir.

Fasiyal paralizilerin %60-75'inden Bell's parali sorumludur. Bell's paralizi, periferik fasial paralizilerin en sık görülen şeklidir. Fasiyal parali bir çok nedene bağlı ortaya çıkabilir, Bell paralizi tanısı koymadan önce bu nedenlerin ekarte edilmesi gerekir (14).

Bell's paralizi fasiyal sinirin, akut başlangıçlı periferik tek taraflı parezi veya paralizisi ile karakterlidir. Başlangıç semptomları arasında yüzde uyuşukluk, gözde sulanma, hiperakuzi veya disakuzi, tad bozukluğu ve gözyaşı azalması sayılabilir. Diabet ve gebelik önemli risk faktörleridir.

10 gün prednizonla birlikte oral antiviral tedavi önerilir. Asiklovir ve prednizolon ile tedavi edilen hastalarda toplam iyileşme oranı %95.7, bu sonuç sadece prednizolon ile tedavi edilen hastalarınkinden daha iyidir (%88.6) (15).

Elektronörografide (EnoG) etkilenmeyen tarafta göre iki ila üç hafta içerisinde %90'dan daha fazla dejenerasyon ve etkilenen tarafta istemli yüz elektromiyografik (EMG) aktivitesi saptanmaması halinde cerrahi dekompresyon düşünülmelidir (FİSCH 1981).

Cerrahi tedavinin amacı, kemik Fallop kanalının açılarak ödem nedeniyle basıya uğrayan fasiyal sinirin dekompresyon edilmesidir.

Bell paralizili hastaların %85'inde tedavisiz fasiyal fonksiyonda tatmin edici düzelme görülmektedir.

TÜMÖRLER

3 haftadan daha uzun süren ve gittikçe artan fasiyal paralizi, tekrarlayan tek taraflı fasiyal paralizi, kas seğirmeleriyle birlikte yüzde uyuşukluk, 6 aydan daha fazla süren fasiyal paralizi, diğer kranial sinir paralizileriyle birlikte fasiyal paralizi ve vücudun başka bir yerinde malignensi bulgusu ile beraber olan fasiyal paralizi vakalarında tümör akla getirilmelidir. Değişik benign ve malign tümörler fasiyal siniri intrakranial, intratemporal ve ekstrakranial seyirinde tutabilir. Fasiyal sinirin en sık görülen primer tümörü schwannoma'dır.

DiĞER NEDENLER

Bilateral fasiyal paralizide Guillian-Barre Sendromu, sarkoidozis, orak hücreli anemi ve

diğer sistemik hastalıklar düşünülmelidir.

Melkerson-Rosental Sendromu; tekrarlayan yüz veya dudak ödemi, dilde fissürlerle birlikte tekrarlayan fasiyal paraliziyile karakterie bir sendromdur. Bu olay çocuklukta başlar ve erişkin döneme kadar uzanır. Ödem ağrısız, gode bırakmayan tiptedir ve tekrarlama eğiliminde olup kısa sürelidir (birkaç gün). Fasiyal paralizi ani ve periferiktir. Klinik olarak Bell paralizisinden ayırd edilemez. Paralizi ödemden yıllar önce fakedilir. Dildeki fissürler (lingua plicata) sendromun en nadir üyesidir ve olguların yaklaşık %30'unda bulunur (16).

Gözün korunması: Gözün korunması çok önemlidir.Korneayı yabancı cisimlerden ve kurumadan korumak gerekir.Fasiyal paralizilerde keratit gelişmesinin nedeni göz kapağının açık kalarak havayla temasın artması yanında, göz yaşının da azalmasıdır. Gün içinde koyu gözlükler ve kurumayı önlemek için suni göz damlaları kullanılmalıdır. Uyku esnasında yumuşak pomadlar kullanılabilir (17).

Fasiyal Sinir Dekompresyonu

ENoG ve paralizinin klinik seyri dekompresyon için hasta seçiminde en iyi rehber olarak kabul edilir. Fasiyal paralizinin ortaya çıkışından iki hafta sonra ENoG %75-90'ın üzerinde dejenerasyon gösterirse cerrahi düşünülür. 14.günden sonra cerrahi önerilmez çünkü,akut viral hastalık geçmiştir ve erken rejenerasyon dönemi başlamıştır (18).

Kaynaklar

1. Philips CD, Bubash LA. *The facial nerve: anatomy and common pathology. Semin Ultrasound CT MR* 2002 Jun;23(3):202-17.
2. Adour KK, Hilsinger RL Jr and Callan EJ: *Facial paralysis and Bell's palsy: A protocol for differential diagnosis. Am J Otol (Suppl)*, Nov 1985.
3. May M. *Anatomy for the clinician. In: May M, Schaitkin BM. (ed). The Facial nerve. New York: Theime; 2000:19-56.*

4. Adkins WY, Osguthorpe JD: *Management of trauma of the Facial Nerve: The Otolaryngologic Clinics of North America*, Mattox ED(ed).
5. Schaitkin MB, May M, Klein RS: *Office Evaluation of the Patient with Facial Palsy: Differential Diagnosis and Prognosis: The Facial Nerve*. New York: Theime; 2000:179-207.
6. House JW, Brackmann DE. *Facial nerve grading system*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-7.
7. Henry BC, Jack MK. *Testing facial nerve function: The Otolaryngologic Clinics of North America: Vol. 24, No.3, June1991 :555-68.*
8. Stromland K, Sjogreen L, Miller M, Gillberg C, Wentz E, Johansson M, Nylen O, Danielsson A, Jacobsson C, Andersson J, Fernell E. *Mobius sequence—a Swedish multidiscipline study*. *Eur J Paediatr Neurol* 2002;6(1):35.
9. Davis RE, Telischi FF. *Traumatic facial nerve injuries: review of diagnosis and treatment*. *J Craniomaxillofac Trauma*. 1995 Fall;1(3):30-41.
10. Adour KK, Boyajian JA, Kahn ZM, Schneider GS: *Surgical and nonsurgical management of facial paralysis following closed head injury*. *Laryngoscope* 1977; 87:380.
11. Gaio E, Marioni G, de Filippis C, Tregnaghi A, Caltran S, Staffieri A. *Facial nerve paralysis secondary to acute otitis media in infants and children*. *J Paediatr Child Health* 2004 Aug;40(8):483-6.
12. Kuhweide R, Van de Steene V, Vlaminck S, Casselman JW. *Ramsay Hunt syndrome: pathophysiology of cochleovestibular symptoms*. *J Laryngol Otol* 2002 Oct;116(10):844-8.
13. Uri N, Greenberg E, Kitzes-Cohen R, Doweck I. *Acyclovir in the treatment of Ramsay Hunt syndrome*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003 Oct;129(4):379-81.
14. Singhi P, Jain V. *Bell's palsy in children*.
15. Hato N, Matsumoto S, Kisaki H, Takahashi H, Wakisaka H, Honda N, Gyo K, Murakami S, Yanagihara N. *Efficacy of early treatment of Bell's palsy with oral acyclovir and prednisolone*. *Otol Neurotol* 2003 Nov;24(6):948-51.
16. Peter O. *Congenital and Acquired Facial Nerve Paralysis in Children: The Otolaryngologic Clinics of North America: Vol. 24, No. 3, June 1991:647-62.*
17. Adour KK: *Medical Management of Idiopathic Palsy: The Otolaryngologic Clinics of North America: Vol. 24, No. 3, June 1991:663-73.*
18. Fish U: *Surgery for Bell's palsy*. *Arch Otolaryngol* 1981;107:1-10.