



Guillain-Barre Syndrome with Bilateral Peripheral Facial Nerve Paralysis Admitted to the Emergency Department

Acil Servise Bilateral Periferik Fasiyal Sinir Paralizisi ile Başvuran Guillain-Barre Sendromu

Davut Kaplan, Engin Özakın, Arif Alper Çevik, Nurdan Acar, Gökür Yıldız

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

ABSTRACT

Facial nerve paralysis is a common disorder seen in the emergency room. It is mostly located unilaterally but bilateral facial paralysis rarely occurs. A 26 year old patient who presented with bilateral peripheral facial nerve paralysis due to the Guillain-Barre Syndrome is presented.

Keywords: Bilateral peripheral facial nerve paralysis, Guillain-Barre Sendrome

Received: 10.03.2011 **Accepted:** 04.05.2011

ÖZET

Fasiyal sinir paralizisi Acil Servis (AS)' te sık görülen durumlardan dır. Genellikle tek taraflı yerleşim gösterir buna karşın bilateral fasiyal sinir paralizisi nadirdir. Bu yazıda 26 yaşında bilateral periferik fasiyal sinir paralizisi nedeniyle gelen ve Guillain-Barre Sendromu (GBS) teşhisi konan olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilateral periferik sinir fasiyal paralizisi, Guillain-Barre Sendromu

Geliş Tarihi: 10.03.2011 **Kabul Tarihi:** 04.05.2011

Giriş

Fasiyal sinir paralizisi, fasiyal sinirin tek taraflı iskemik, enfeksiyöz ya da inflamatuvar nedenlerle geliştiği veya sinirin fallop kanalına sıkışarak oluştuğu kabul edilen klinik durumlardan biridir. Bilateral fasiyal sinir paralizisi nadirdir ve tüm paralizisi hastalarının %0.3-2 arasını oluşturur (1). Yıllık insidansı 5 milyonda 1'dir (2). Etiyolojisi çoğunlukla belirlenebilir ve sıklıkla alta yatan ciddi bir hastalığın bulgusu olarak karşımıza çıkar. Bu durum ayrıntılı araştırmayı ve acil tedaviyi gerektirebilir. Bu makalede AS'e bilateral fasiyal sinir paralizisi kliniği ile gelen ve GBS tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yirmi altı yaşında, matbaa ustası, erkek hasta her iki tarafta yüz hareketlerinde güçsüzlük ve gözlerini kapatmakta zorluk nedeniyle AS'e başvurdu. Bir hafta önce bacaklarda ağrı ve güçsüzlük nedeni ile aile hekimi tarafından boğaz enfeksiyonu düşünülerek amoksisilin tedavisi verilmiş, iki gün sonrasında kulaklarda uğultu, ağızda tatsızlık hissi, yüz kaslarında güçsüzlük başlamış. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın fizik muayenede genel durumu iyi, şuuru açık, kooperasyon ve oryantasyonu tam, vital bulguları normal ölçüldü. Otolaringolojik muayenesinde iki taraflı fasiyal sinir paralizisi saptandı (her iki göz kapağını kapatamama, yemek yeme ve konuşmada zorlanma, her iki nazolabiyal oluklarda silinme ve alını kırıştırmama) (Resim 1). Diğer kraniyal sinirler, nörolojik ve sistem muayenelerinde de anormallik saptanmadı. Tam kan sayımı normal, biyokimya testlerinde patoloji saptanmadı. AS'te çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve beyin manyetik rezonans görüntülemeleri (MRG) normal olarak rapor edildi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde basınç normal, görünüm berrak, protein: 95 mg/dL (normal değer: 15-45 mg/dL), diğer parametreler normal sınırlardaydı. BOS mikroskopik incelemesinde hücre ve mikroorganizma görülmedi. Bu klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulgularıyla hasta GBS düşünülerek Nöroloji servisine yatırıldı. Lyme IgM ve IgG negatif saptandı. Yirmi dört saatlik idrarda kalsiyum (Ca) negatif ve kanda anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) aktivitesi normal bulundu. Hastaya 7 gün boyunca intravenöz immunglobulin 6x1 gr, göz koruyucu thilotears jel 4x1 verildi. Şikayetleri gerilemesi üzerine 10 gün sonra mestinon 2x1 tb, trental 2x1 tb, refresh ve viskotears göz damlası ile Fizik Tedavi ve rehabilitasyon polikliniği önerilerek taburcu edildi. On beş gün sonra yapılan kontrolünde hastanın şikayetlerinin azaldığı görüldü.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Davut Kaplan, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
Phone: +90 530 455 04 01 E-mail: davkap21@hotmail.com

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.jaemcr.com
©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 1. Bilateral fasiyal sinir paralizi

Tartışma

Periferik fasiyal sinir paralizi en sık karşılaşılan nöropatilerdendir. En sık nedenleri herpes simplex virus aktivasyonuna bağlı olduğu düşünülen idiyopatik periferik fasiyal sinir paralizisidir. Sıklıkla tek taraflı tutulum görülür. Bilateral fasiyal sinir paralizi varlığında, etyolojik faktör sıklıkla teşhis edilebilir ve genelde yaşamı tehdit eden durumlardır. Bunlar arasında erişkin yaş grubunda Lyme hastalığı, GBS, lösemi, sarkoidoz, menenjit, sifiliz, Moebius sendromu, enfeksiyöz mononükleozis, kafa travmaları etyolojide rol oynayan sebepler iken çocuk yaş grubunda ise Lyme hastalığı, travma, idiyopatik, GBS, akut otitis media ve doğumsal fasiyal displeji en sık nedenler arasında yer almaktadır. Tam kan, biyokimya, BOS incelemesi, EBV, CMV, HSV, Lyme ve sifiliz (VDRL) testleri, ACE aktivitesi, mikrobiyolojik çalışma, temporal kemik, beyin ve göğüs için BT, beyin MRG gibi radyolojik inceleme gerekebilir.

Lyme hastalığı endemik bölgelerde fasiyal sinir paralizisinin sık nedenlerinden birisidir. Etken bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi*dir. Fasiyal sinir paralizi bu hastalarda %11 oranında gözükürken %23 bilateraldir (3). Ancak hastamızda endemik bölgeye seyahat öyküsü, eritema migrans bulgusu, karakteristik döküntü ve kene ısırığı hikayesi yoktu. Lyme anti IgM negatif saptandı.

Sarkoidoz etyolojisinin tam olarak bilinmediği tipik olarak akciğer tutulumu ile karşımıza çıkan sistemik, kronik, granülomatöz bir hastalıktır (4). Nadiren fasiyal sinir paralizisinin tek nedeni olabilir. Nörolojik bulgular yaklaşık %5'i bunlarında %50'sinde periferik fasiyal sinir

paralizi görülür (5). Hastamızda ölçülen idrar Ca, ACE testi negatif ve kranial MRG incelemesi normal olarak rapor edildi.

Sistemik lupus eritematozis ve Poliarteritis nodoza fasiyal sinir paralizi sine neden olabilen diğer hastalıklardır (6). Hastanın başvuru kliniği, laboratuvar bulguları ve normal MRG bizi santral sinir sistemini tutan lösemi, lenfoma ve malignitelerden dışlamış oldu. Literatürde belirtilen amiloidoz, sifiliz, poliomyelit, tüberküloz ve porfiri gibi hastalıklar çok nadiren bu kliniğe sebep olması ve hastanın klinik bulguları ile de uyumsuz olması nedeniyle öncelikli düşünülmemiştir (7).

Travmalar genellikle motorlu araç kazaları sonrasında görülür. Fasiyal sinir paralizi temporal kemiklerde longitudinal kırıklar sonrasında oluşabilir. Hastada travma öyküsü ve bulgusu yoktu.

Guillain-Barre Sendromu geçirilmiş bakteriyel ya da viral enfeksiyonun tetiklediği otoimmün, akut, sıklıkla ciddi ve fulminant seyreden poliradikülopatidir. En sık ve en erken bulgu parestezidir. Asıl bulgu, genellikle erken dönemde gelişen simetrik güçsüzlüktür. Distal kasların yanı sıra proksimal kaslar da etkilenebilir. Alt ekstremitelerde tutulum distal kaslar, interkostal kasların etkilenmesiyle solunum yetmezliğine yol açarak mekanik ventilasyon ihtiyacı gerekebilir. Başlangıçta kranial sinir tutulumu daha az gözükmeyle birlikte çoğunluğu bilateral olarak, fasiyal sinir paralizi %25-55, okulomotor parezi sıklığı %5-13 arasında değişir (8). Dizatri ve disfajinin de eşlik ettiği diğer kranial sinir tutulumunda görülebilir. Belirtiler, hastalığın ilerleme ritmi, akciğer tutulum derecesi, laboratuvar bulguları ve iyileşme süresi büyük farklılıklar gösterir. Semptomlar genellikle viral enfeksiyonun geçirilmesinden 3-4 hafta sonra başlar. Elektrofizyolojik testlere ilaveten hastamızda da olduğu gibi BOS analizinde GBS için hücre artışı olmaksızın protein artışı ile karakteristiktir (9). Erken dönemde BOS değerleri normal olabilir ancak normal olması GBS tanısını dışlamamalıdır (9). BT ve MRG, GBS için tanı koydurucu olmamakla birlikte diğer sebepleri dışlamak içinde yardımcıdır. Genelde intravenöz immunglobulin infüzyonu yanında destek tedaviler verilir. Prognoz genelde iyidir. Hastamızda GBS ön tanısı ile servise yatırılıp erken dönemde başlanan tedavi ile verdiği olumlu yanıtla tanı doğrulanmış ve hasta klinik olarak düzelmıştır.

Sonuç

Kendiliğinden oluşan bilateral periferik fasiyal sinir paralizi çok nadirdir. Doğru ve detaylı alınan öykü, tam fizik muayene, geniş ve kapsamlı laboratuvar ve radyolojik incelemeler etyolojiyi aydınlatmak adına gereklidir ve bilateral periferik fasiyal sinir paralizi ile gelen hastalarda GBS tanısını akılda tutmak gereklidir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Sharma OP. Neurosarcoidosis: a personal perspective based on the study of 37 patients. *Chest* 1997; 112: 220-8. [CrossRef]
2. Teller DC, Murphy TP. Bilateral Facial Paralysis: A case presentation and literature review. *J Otolaryngol* 1992; 21: 44-7.
3. Kilic R, Ozdek A, Felek S, Safak MA, Samim E. A case presentation of bilateral simultaneous Bell's palsy. *Am J Otolaryngol* 2003; 24: 271-3. [CrossRef]

4. James DG. Differential diagnosis of facial nerve palsy. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1997; 14: 115-20.
5. McIntosh WE, Brenner JF, Aschenbrenner JE. Bilateral facial paralysis as the sole presenting feature of sarcoidosis: report of a case. *J Am Osteopath Assoc* 1987; 87: 245-7.
6. Blaustein DA, Blaustein SA. Anti nuclear antibody negative systemic lupus erythematosus presenting as bilateral facial paralysis. *Journal of Rheumatology* 1998; 25: 798-800.
7. Price T. Bilateral simultaneous facial nerve palsy. *J Laryngol Otol* 2002; 116: 46-8. [\[CrossRef\]](#)
8. Holinger LD, Holinger PC, Holinger PH. Etiology of bilateral abductor vocal cord paralysis: A review of 389 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1976; 85: 428-36.
9. Hauser SL, Asbury AK. Guillain-Barre syndrome and other immune-mediated neuropathies. In: Kasper DL, Harrison TR, eds. *Harrison's principles of internal medicine* 16th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2005: 2513-8.