

# NERVUS FASİYALİS PARALİZİSİ

## NERVUS FACIALIS PARALYSIS

Tijen ACARKAN, MD<sup>1, 2, 3 \*</sup>, Hüseyin NAZLIKUL, MD<sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup>Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

<sup>2</sup>Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

<sup>3</sup>International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

### Özet

Fasiyal paralizi, modern tıbbı göre, VII. kafa çifti N. fasiyalis boyunca herhangi bir yerdeki disfonksiyona bağlı olarak gelişen, periferik ve santral olarak iki formda karşımıza çıkan paralizi tablosudur ve tedavi protokolünde kortizon ile iyileşmeyi hızlandırmak, korneal komplikasyonları ve diğer olası sekelleri önlemek ve varsa viral replikasyonu inhibe etmek vardır. Nöralterapi ve tamamlayıcı tıp yaklaşımında ise fasiyal paraliziye sebep olabilecek çok sayıda komşuluk, bağlantı, fonksiyon bütünlüğü ve bozucu alan da değerlendirilmektedir. Her zaman olduğu gibi etyopatogenezi bilinen vakaların tedavilerinin başarı oranları çok daha yüksek olmaktadır. Nöralterapi ile sekel tedavilerdeki başarı bu sonucu desteklemektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Nöralterapi, fasiyal paralizi, paralizi, Nervus fasiyalis, VII. kafa çifti, lokal anestezi, bozucu alan.

### Abstract

Due to modern medicine, facial paralysis is a kind of paralysis that has two types as central and periferic that occurred because of any dysfunction appeared along the VII. cranial nerve and accelerating the treatment by cortizone; preventing the corneal complications also other residues; inhibition viral replications if exist constitutes the treatment. In the approach of neural therapy and complementary medicine such neighborlies, connections and function integrities should be commented. As always the success rate is much higher when the etiopathophysiology is clear. Residues treatments by neural therapy supports that result too.

**Key words:** Neural therapy, facial paralysis, paralysis, N. facialis, VII: cranial nerve, local anesthesia, disturbance field.

## N. FASİYALİS'İN FONKSİYONEL ANATOMİSİ

N. fasiyalis yüz ifadelerini kontrol eden kasları innerve eden, dilin arka kısmının üçte ikisinden ve ağız boşluğundan gelen tat duyusunu ileten 12. kafa çiftinden yedincisidir. Embriyolojik olarak 2. brankiyal arkten gelişir ve beyin sapından, pons ile medulla oblangata arasından çıkar. Kafa ve boyunda çeşitli gangliyonlara parasempatik lif bağlantısı sağlayan önemli komşulukları, anatomik trasesi ve innervasyonları olan N. fasiyalis, somatomotor, duysal ve parasempatik lifler içerir. Motor çekirdeği, Nucleus nervi facialis; Sensitif çekirdeği nukleus solitarius; Parasempatik çekirdeği nukleus salivatorius'tur (2, 5, 6, 16, 19, 20, 27).

Motor çekirdeği nukleus n. fasiyalis olan sinirin, motor liflerinin innervasyon sağladığı kaslar:

- Mimik kasları
- Stapediyus kası

- Aurikular kaslar
- Digastrik kas arka karnı
- Sitalohiyoid kas
- Platisma'dır.

Intrauterin 8. ayda tüm dalları ve anastomozları tamamlanır. Fasiyal sinirin pregangliyonik, parasempatik ve sekretomotor liflerinin innervasyon sağladığı yapılar ise; Lakrimal bez, submandibular/sublingual bez, nazal mukozal bezlerdir. Fasiyal sinirin tad lifleri, dilin ipsilateral 2/3 anterior kısmından duyu alır. Ayrıca dış kulak kanalı derisine de duysal innervasyon sağlar. İlk olarak korda timpani ve n. petrosus superfasiyalis major gelişirken en son oksipital, infraorbital, servikal ve mandibular dalları gelişir (8, 14, 17, 30).

Fasiyal sinir, **motor**, **duysal** ve **parasempatik** liflerden oluşur. Duysal ve parasempatik lifler n. intermedyus içinde fasiyal kanalda motor lifleri taşıyan n. fasiyalis ile **genikulat gangliyonda** birleşir. Genikulat gangliyon, *sensitif liflerin gangliyonudur* (3, 11, 15, 24).

**Motor lifleri:** N. Fasiyalis'in motor lifleri yüzün mimik kaslarını innerve eder. 1. çekirdeği serebral **kortekste** presantral girusta, 2. çekirdeği **ponsta** nukleus nervi fasiyalis'tedir.

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Tijen Acarkan, MD  
Hakkı Yeten Caddesi 17/9 34394 Fulya İstanbul Türkiye  
Tel: 00 90 212 219 19 12  
tijenacarkan@naturel saglik.com.tr

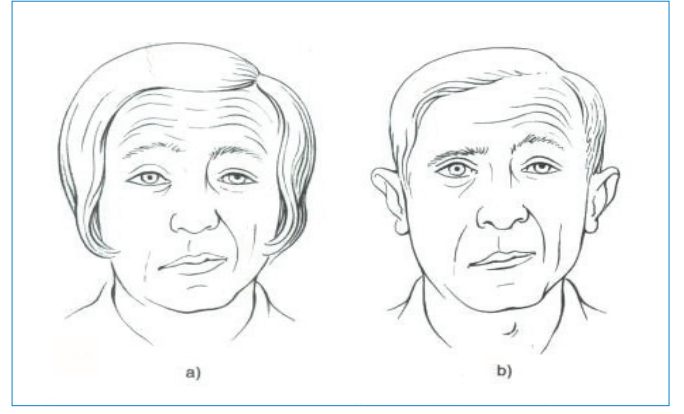
**Duysal Lifleri:** 2 yol halinde seyreder. **1. yol** dış kulak yolu girişinin, dış kulak yolu arka duvarı ve timpan zarı bölümünün, konka, tragus, heliks, antiheliks ve lobülün bir kısmına ait cildin duysal uyarıları taşıyan liflerin 1. çekirdeği genikulat gangliyondadır. Buradan çıkan lifler n. intermedius yoluyla ponsta n. trigeminus'a katılır. Buradan, 2. çekirdeği kortekste girus postsentralis'te sonlanır. Bu dal stilomastoid forameninden hemen önce fasiyal sinirden ayrılır. **2. yol;** Dilin homolateral 2/3 ön bölümüne ait tat duyusunu taşıyan lifler korda timpani içerisinde fasiyal sinire ulaşır. 1. çekirdeği genikulat gangliyonda bulunur. Buradan n. intermedius içerisinde ilerleyen tat duyusu liflerinin, 2. çekirdeği ponsta nukleus solitarius'tadır. Bu çekirdekten başlayan yol kortikal tat merkezlerine ulaşır (13, 17, 23).

**Parasempatik lifleri:** Yine iki grupta inceleyebiliriz: İlki *lakrimo-muko-nazal sistem*: Lakrimal, burun, damak bezlerini innerve eder; Perifere doğru ponstan n. intermedius içinde giden bu parasempatik lifler n. petrosus superfasiyalis major aracılığıyla sinirden ayrılır. 1. çekirdeği ponsta nukleus salivatorius superior; 2. çekirdeği sfenopalatin gangliyon'dadır (17).

Diğeri *submandibuler ve sublingual bezleri* innerve eder: Korda timpani aracılığıyla fasiyal sinirden ayrılır ve gangliyon submandibulare'den sonra submandibular ve sublingual bezlere gider. 1. çekirdeği ponsta nukleus salivatorius superior; 2. çekirdeği gangliyon submandibulare'dedir (17, 28, 30, 31).

#### Fasiyal Sinir Anatomik Lokalizasyon Olarak Üç Parçaya İncelenir:

- Supranükleer parça: Fasiyal sinir çekirdeğine ait motor hücrelerin primer santral bağlantıları aberan piramidal yolun kortikobulber lifleri ile sağlanır. **Yüzün alt yarısının motor çekirdeklerine uzanan kortikobulber liflerin hepsi çapraz yapar.** Buna karşılık **yüzün üst yarısına gidenlerin bir kısmı çapraz yapar, bir kısmı ise yapmaz.**
- Nükleer Parça: Fasiyal motor çekirdeği yaklaşık 7000'i motor (efferent), 3000'i duyu (afferent) olmak üzere yaklaşık 10.000 kadar sinir lifinden oluşur. Motor çekirdek dördüncü ventrikülün altında, ponsun 1/3 alt kısmında, X. sinirin çekirdeğinin (Nukleus ambiguus) hemen yakınında yerleşmiştir. Bu motor çekirdeğin biraz iç ve üstünde ise nukleus salivatorius bulunur (15, 26, 31).
- İnfranükleer parça: Bu bölüm 6 ayrı lokalizasyonda değerlendirilmektedir.
  - Serebellopontin açığı
  - İnternal akustik kanal
  - Labirintin segment
  - Timpanik segment
  - Mastoid segment
  - Ekstrakranial segment



Şekil 1 | a. Santral fasiyal paralizi. b. Periferik fasiyal paralizi

## FASİYAL PARALİZİ ve SINIFLAMASI

N. fasiyalis'in tüm trasesi boyunca her hangi bir yerdeki disfonksiyona ya da hasara bağlı gelişen paralizi tablosudur. N. Fasiyalis'in ponstaki motor çekirdekleri iki tarafta motor korteksten inerve olur; yüzün 1/3'lük üst kısmı ponstaki çekirdeğin çift innervasyonlu kısmından lifler alırken; yüzün alt 2/3'lük kısmı tek innervasyonlu kısmından lifler alır. Bu trase de göz önünde bulundurarak iki tip fasiyal paralizi vardır (2, 7, 9, 10, 24):

### 1. Periferik fasiyal paralizi

Fasiyal sinirin motor liflerinin medulladaki motor nükleusları ile en uç dalı arasında herhangi bir yerde hasara uğraması sonucunda, hasara uğrayan liflerin innerve ettikleri yüz kaslarında fonksiyon kaybının ortaya çıkmasıdır. Fasiyal sinirin **periferde** zedelenmesiyle ortaya tek taraflı bir yüz felci çıkar (12, 30).

- Tutulan tarafta yüz mimik kasları hareket ettirilemez (nazolabial oluk silinir, dişlerini gösteremez, ılık çalamaz, alnını kırıştıramaz, kaşını kaldıramaz). Yüz asimetrisi her zaman görünür. Etkilenen frontal bölge düzdür ve yukarı kaldırılamazken, yine tutulan tarafta ağız köşesi istirahatta bile aşağı sarkıktır ve gülmeye eşlik edemez. Lezyon tarafındaki gözde kornea refleksi kaybolur.
- Tutulan tarafta göz kapağı düşüklüğü meydana gelir. Alt göz kapağının aşağı sarkması bazı hastalarda aşırı göz yaşı ile birlikte görülür. Tam gelişmiş bir yüz felcinde tüm 3 dalın da eşit olarak tutulduğu görülür ve göz kapakları tam kapanmaz (Göz kapaklarının tamamen kapanamaması -lagoftalmi- orbikularis okuli kasının zayıflığından ileri gelir).
- Tutulan tarafta kuru göz ya da artan göz yaşı (N. Fasiyalis içerisinde gangliyon pterigopalatinuma giden presinaptik parasempatik liflerin harabiyetine bağlı olarak lakrimasyon bozulu) olur.
- Dilin 2/3 ön kısmında tat duyusunda azalma (N. Fasiyalis içerisinde tat duyusu taşıyan liflerin harabiyetine bağlı olarak tat duyusu kaybı) görülür.
- Tükürük salgısında azalma, kuru ağız (N. Fasiyalis içerisinde gangliyon submandibulare'ye giden presinaptik

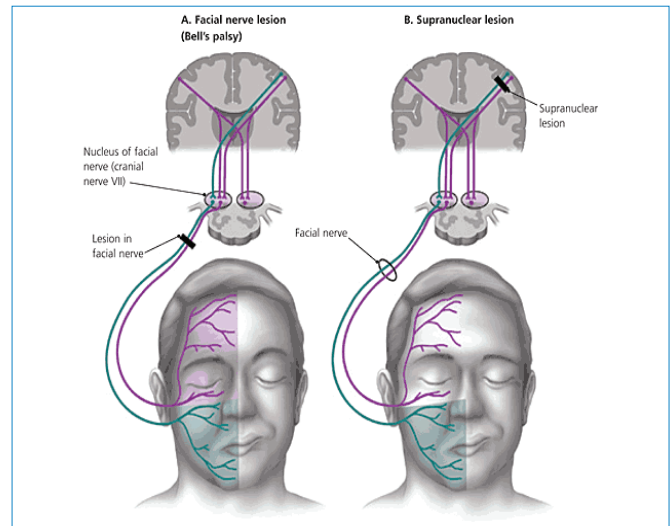
parasempatik liflerin harabiyetine bağlı olarak salivasyon fonksiyonu bozulur) olur.

- Bell fenomeni görülür. Bell fenomeni, gözler kapanmak istendiğinde göz küresinin yukarı doğru dönmesidir. Nadir olarak timsah gözyaşı fenomeni denilen yemek yerken göz yaşı akması da ortaya çıkabilir.
- M. Stapedius paralizisine bağlı olarak hiperakuzi (sesi fazla duyma) görülebilir ancak nadiren ilk semptomdur.

Hastalar bir başkasının yüz asimetrisini veya bir gözünün kapanmadığını fark ettiği veya tükürüğü, gıdayı veya sıvıyı ağızlarının etkilenen tarafında tutmada zorluk çektikleri zaman felcin farkına varırlar. Kulak arkasında sızlayıcı ağrı yaygın bir başlangıç dönemi şikayetidir. Hastalık başlamadan birkaç gün önce hastalar kulak arkasında ve o taraf boyunca ağrıdan şikayet ederler. Tetikleyici olarak belirgin bir neden bulunamaz. Felcin derecesi değişkendir. %90 vakada 4-6 haftada tam düzelme olurken, geri kalan oranda 3-6 ay içinde belirgin düzelme olur. %5-8 oranında vakada ise ağır sekel kalır. İnkomplet ve geç başlayan fasiyal paralizilerde iyileşme daha iyidir (2, 3, 6, 10, 15, 316, 24, 28, 30).

## 2. Santral fasiyal paralizi

Korteks ile pons arasında kortikobulber yolun herhangi bir seviyede tek taraflı olarak zedelenmesi, lezyonun karşı tarafında yüzün alt kısmında üst motor nöron tipi paraliziye sebep olur. Yüzün üst kısmının hareketlerinden her iki taraf-



Şekil 2 | Periferik ve santral fasiyal paralizde klinik lezyonun yerine ve innervasyon alanına göre değişiklik gösterir.

taki korteksten lifler alan rostral fasiyal nükleus; Orta ve alt kısmının hareketlerinden ise sadece kontralateral kortikal motor merkezden lifler alan fasiyal kaudal nükleus sorumludur. Dolayısıyla *santral (supranükleer) fasiyal paralizde* fasiyal sinirin frontal bölümü fonksiyonel olarak intakttır. Lezyonun karşı tarafında göz seviyesinin altında özellikle perioral kaslarda parezi veya paralizi görülür. Ağız sağlam tarafa doğru kayar. Frontal ve orbikularis okülü kaslarının fonksiyonları normaldir (çünkü göz ve alın çevresine karşı taraftan da lifler gelir). Alın bölgesi kaslar tutulmadığı için göz kapanır. Ağlama ve gülme gibi refleksmimetik fonksiyonlar korunmuştur. Lakrimasyon ve salivasyon vardır. Bell fenomeni (-)'tir (13, 20, 25, 27).

Tablo 1 | House-Brackmann fasiyal paralizi derecelendirme sistemi.

Disfonksiyon derecesi	Grade	Tanım
Normal	1	Tüm yüz bölgesi normal, simetrik fonksiyon
Hafif disfonksiyon	2	Sadece inceleme ile fark edilebilen hafif kas zayıflığı Minimal efor ile gözünü tamamen kapatabilir Maksimal efor ile gülümseme sırasında hafif asimetri Güçlülükle fark edilen sinkinezi Sinkinezi veya spazm yoktur
Orta derecede disfonksiyon	3	Belirgin kas zayıflığı Kaşını kaldıramaz Maksimal efor ile gözünü tam kapayabilir Maksimal efor ile ağız köşesinde tam asimetrik hareket vardır. Belirgin ancak fonksiyon bozukluğu yaratmayan sinkinezi veya kas spazmı
Orta-şiddetli disfonksiyon	4	Belirgin ve çehre bozukluğuna neden olan kas zayıflığı Kaşını kaldıramaz Maksimal efor ile gözünü tam kapatamaz Maksimal efor ile ağız köşesinde asimetrik hareket vardır Şiddetli sinkinezi veya kas spazmları bulunabilir.
Şiddetli Disfonksiyon	5	Zorlukla fark edilen hareket Göz kapağında çok zayıf hareket vardır, ancak gözünü kapatamaz. Ağız köşesinde çok zayıf hareket vardır. Sinkinezi, kontraktür veya spazm yoktur.
Komplet paralizi	6	Yüzde hareket yoktur ve istirahat halinde tonus kaybolmuştur. Sinkinezi, kontraktür veya spazm yoktur.

**VAKA:** Daha önce herhangi bir sağlık yakınması olmayan 38 yaşında kadın hasta, sağ kulağında hafif bir ağrı hissetmiş. Bir gün sonra telefonda konuşurken sesler normalden daha fazla gelmeye başlamış. Ertesi gün, sağ gözünün kapanmadığını ve aynı taraf ağız çevresinin gülme esnasında hareket etmediğini fark etmiş. Muayenede sağ gözünde göz yaşı olmadığını, alını kırıştıramadığını, sağ tarafa gülemediğini, dilinin sağ tarafında tat duyusunun olmadığını ve sağ göz kapağını kapatamadığını, fakat bunları yapmak istediğinde gözünün yukarı doğru döndüğü belirleniyor. Diğer bulgular normaldi.

**TANI:** Bening (İdiyopatik) fasiyal paralizi (Bell paralizisi). Lezyon proksimalde. Yüzün bir tarafındaki yüz kaslarını, frontalis ve orbitalis okülü kaslarını tutan tam bir motor işlev kaybı ile stapedius kası ve göz yaşı bezi işlev kaybı ile karakterize. Semptomları başlangıcından itibaren birkaç gün içinde oluşan akut ve geçici tam Bell palsi.

## FASİYAL PARALİZİ NEDENLERİ

1. İdiyopatik (> %50). **Bell paralizisi:** Periferik fasiyal paralizilerin yarısından fazlası Bell paralizisidir. Klinik nörolojide en yaygın ve özgün örneklerden biridir. Bütün mimik kaslarında ani başlayan tek taraflı parezi/paralizi vardır. Diğer bir SSS patolojisine ait belirti bulunmaz. Lezyon

başlangıcı birkaç saatten birkaç güne kadar değişir. Benign olmasına rağmen sekel kalma kaygısı yaratır. Özel patofizyoloji bilinmemektedir. Vasküler ve viral (HSV, VZV, CMV, EBV) sebeplerden kaynaklanabilir (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).

2. Travmatik (%20)
  - Temporal kemik kırıkları
  - Doğum travması
  - Yüzdeki künt travma ve laserasyonlar
  - Yüz ve temporal kemiğin penetran yaralanmaları
  - Cerrahi travma (Diş Tedavileri) (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).
3. Enfeksiyöz
  - Otitis eksterne/otitis media/kronik süpüratif otit/malign otitis eksterna
  - Mastoidit
  - Herpes zoster
  - Tüberküloz
  - Enfeksiyöz mononukleus
  - Akut süpüratif parotit (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).
4. Neoplastik (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).
5. Konjenital
6. Metabolik ve Sistemik
  - Gebelik
  - DM
  - Sarkoidoz
  - Otoimmün hastalıklar
  - Gullian Barre Sendromu (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).

## EPİDEMIYOLOJİ ve SIKLIK

Fasiyal paralizi, sinirin tüm periferik lezyonlarının dörtte üçünü teşkil eder. İnsidansi yılda yaklaşık 100.000'de 25'tir. Her iki cinste de eşit oranda görülür ve çoğunlukla erişkin yaşta ortaya çıkar.

## KÖTÜ PROGNOZ BULGULARI

İleri yaş, hiperakuzi, tat duyusunda azalma, ağır paralizi, komplet ve tam dejenerasyon, elektrofizyolojik bulgularda ağır dejenerasyon, ağır aksonal harabiyet (2, 5, 6, 10, 11, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30).

## NÖRODİYAGNOSTİK TESTLER

Topografik tanı fasiyal sinirin anatomisi ve fizyolojik anatomisi üzerine temellendirilmiştir.

1. Stilomastoid foramenden çıkarken oluşan fasiyal sinirin motor bölümünün tümünü kaplayan bir lezyon:
  - Bütün ipsilateral yüz hareketlerinin paralizisine neden olur
  - Lezyon tarafında hasta alını kırıştırmaz
  - Gözünü kapayamaz

- Dişlerini gösteremez
  - Dudağını büzemez ve ıslık çalamaz (2, 5, 6, 10, 11, 16, 22, 24, 26).
2. Genikulat gangliyon lateralinde bulunan bir fasiyal sinir lezyonu:
    - Dilin 2/3'lük ön kısmındaki bozulmuş tat duyusundan, sublingual ve submandibular tükürük bezi salgısından kaynaklanan bütün bozuklukları oluşturur. (Bozulmuş tükürük salgısı pregangliyonik, parasempatik liflerle superior salivator çekirdek arasındaki kesilmeden kaynaklanır).
    - Pregangliyonik, parasempatik liflerin yıkımının bir sonucu olarak lezyon tarafındaki lakrimasyonun bozulmasına sebep olur.
  3. Fasiyal sinirin hücrelerine uzanan kortikobulber ve kortikoretiküler lifleri tutan merkezi lezyonlar:
    - Yüzün kontralateral alt yarısında özellikle oral bölgede belirgin bir kas zayıflığı oluşturur.
    - 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 (26, 23).

## NÖRALTERAPİ VE REGÜLASYON TIBBİNDA NERVUS FASİYALİS PARALİZİSİNE YAKLAŞIM

Fasiyalis paralizisini anlamak ve tedavisinde başarılı olmak için farklı bir bakış açısı ve farklı bir anlayış gerekmektedir. Bu da Nöralterapi ve tamamlayıcı tıp perspektifinden bakabilmekle mümkündür. Nöralterapi, organizmanın organik olmayan lokal veya genel hastalıklarında, vejetatif sinir sisteminin (VSS) afferent ve efferent yollarının uyarılması veya uyarının engellenmesini, bozulmuş doku ve / veya organ perfüzyonunun yeniden regülasyonunu sağlayan etkin bir tedavi metodudur (1, 2, 15, 28, 31).

Günümüzde fasiyal paralizinin nedenleri henüz yeterince açıklanamamıştır ve hala çeşitli teoriler tartışılmaktadır. Bunlardan bazıları, fasiyal paralizinin bir immun sistem hastalığı olduğu, sinir sisteminde biyokimyasal değişime uğrayan taşıyıcılar sayesinde olduğu ya da beyin sapının irritasyonu veya beyin aktivitesinin değişimi sonucunda oluştuğudur. (3, 4, 11, 15, 27, 28).

Fasiyalis paralizi tümüyle farklı sebeplerden de oluşabilir; Hasta fark edilmeyen görme bozukluklarını, bazı neuralji ve miyofasiyal kökenli disfonksiyonları ya da VII. kafa çift alanıyla bağlantılı yapılardan kaynaklanan disfonksiyonları, fasiyalis paralizi sanabilir. Costen sendromu gibi çene yapısı bozuklukları ve beyin tümörleri baş ağrısına

sebeplere olabileceği gibi N.fasiyalis paralizisine de neden olabilir. Modern tıpta henüz oluşum faktörlerini gideren bir tedavi formu geliştirilmediği için günümüzde fasiyal paralizide sebep ayırt etmeden (yer kaplayan oluşumlar hariç) genelde kortizon/steroid verilmekte ve özellikle kısa süreli akut atakların müdahaleleri *steroid* ile yapılmaktadır. (3, 4, 11, 15, 27, 28).

**Homeostaz:** Vücutta, hücreler kendi iç ortamlarının ve yakın çevrelerinin bileşimini etkin bir biçimde homeostazla korurlar. Bu koruma, pek çok fizyolojik parametreyi oldukça dar sınırlar içinde tutmak zorundadır. Homeostazın sağlanması ve korunması, sistemde geniş bir alana dağılmış olan pek çok hücrenin işlevsel işbirliğini gerektirir, bu işbirliğinde de Vejetatif Sinir Sisteminin (OSS=VSS) çok önemli rolü vardır (27, 18)).

**Allostaz:** Bu hücreler arasındaki işlevsel işbirliği değişik nedenlerle bozulduğu veya engellendiği takdirde, VSS tarafından iletilen patolojik uyarı ya da uyarılar doku ve organlarda disfonksiyon veya hastalıklara (allostaz) neden olabilir (1, 28, 38).

**Nöralterapi:** Bozulmuş olan beden fonksiyonlarının, lokal anestezi maddeler kullanılarak nörovejetatif sistemin uyarılmasıyla organizmanın yeniden regülasyonu sonucu beden fonksiyonlarının normale dönüştürülmesi esasına dayanan bir bütüncül tedavi metodudur (1, 3, 4, 11, 15, 27, 28, 30, 31).

### Perspektif: Boyun Omurgasından Kafatasına Geçiş

Kafatası ile servikal geçiş, anatomik olarak ve komşulukları ile önemli bir bağlantıdır.

Muskuler yapı, ligamanlar, medulla spinalis, atlanto oksipital ve sfeno bazilar eklem ilişkisi bu yapıyı önemli kılan oluşumlardır. Bu önemli geçit zengin anatomik yapısına rağmen dar ve hassastır. Bozukluklara yatkın yapısıyla baş ağrılarına neden olabileceği gibi fasiyal paralizide de rol oynamaktadır. Bu sebeple fasiyal paralizide varlığında atlanto-oksipito servikal bağlantı dikkatle ve duyarlılıkla muayene edilmeli, özellikle üst servikal bölgenin rotasyonunda bir engelin olup olmadığı araştırılmalı ve blokajın tespitinde manuel terapi yaklaşımıyla blokaj kaldırılmalı, tedavi edilmelidir (28).

### Perspektif: Çene Kemigi

Çene yapısı bozuklukları da baş ağrılarına yol açabileceği gibi fasiyal paralizinin oluşumunu da tetiklemektedir. Bu bozukluklar çoğu zaman teşhis edilmez. Oysa çene yapısını düzeltmek için birçok başarılı yöntem geliştirilmiştir. Ağzı açıp kaparken çene kemiklerinden gelen sesler böyle bir bozukluğa işaret edebilir. Bunları daha da uzatmak ve bütüncül yaklaşımın diğer faktörlerini açmak mümkün ama bu yazının kapsamını aşacaktır. Onun için diğer perspektifler için sadece ana başlıklar altında belirteceğim (27).

### Diğer Perspektifler

Bağırsak florası, bağ dokusu, lenfatik sistem, vejetatif sinir sisteminin (VSS) regülasyon kapasitesi, alerji, pseudo alerji, besin duyarlılığı, kişinin psikolojik durumu, hormonal yapı, miyofasiyal ve trigger noktanın aktifleşmesine neden olan sebepler, kronik enflamasyonlar, eser element, vitamin ve mineral miktarları, glikoz oranları, metabolizma ve sindirim fonksiyonu, bedenin asit baz dengesi, mevcut sıvı miktarı veya bozucu alan varlığı gibi... Görüldüğü gibi bütüncül tıp yaklaşımı ile yaklaştığımızda, hastalık yok hasta vardır; Aynı klinik yakınmalar olsa dahi sorunu ortaya çıkaran ve besleyen durum kişiden kişiye değişkendir (27, 28).

## FAŞİYAL PARALİZİNİN TEDAVİSİNDE NÖRALTERAPİ İLE NELER YAPABİLİRİZ?

Nöralterapi lokal anestezi madde kullanımı ile yapılan bir regülasyon tedavisidir. Disfonksiyona sebep olan yere yapılan bu enjeksiyon tekniği ile ama vejetatif sinir sisteminin yeniden regülasyonunu sağlamaktır. Fasiyal paralizide disfonksiyon ya da hasar sinirin kendisinde olduğu için tedavinin önemli bir kısmını N. fasiyalis'e ulaşmak oluşturur. Bu sinire ulaşabildiğimiz gangliyonlar; Ggl oticum, Ggl sphenopalatinum ve Ggl stellatum'dur (1, 3, 4, 11, 15, 27, 28, 31).

Bu 3 gangliyonun enjeksiyonlarının yanı sıra bağlantılarından dolayı N. Trigemini'nin çıkış noktalarının enjeksiyonu; Tat ile ilgili dilin arka bölümünün innervasyonunu sağlayan X. ve VII. kafa çifti olduğu için tonsil enjeksiyonu; Servikal kranial sinir C5 kadar indiği için C1-C5 segmentine quadel; Servikal accesorius bağlantı içi üst servikal faset enjeksiyonları; Bozucu alan ile dış bağlantısının değerlendirilmesi ve gerekli enjeksiyonlar; N. fasiyalis kafadan çıkış yeri anatomik olarak mastoid önünden çıktığı için fasya bağlantısı üzerinden M.SCM ve M. trapezius tetik nokta enjeksiyonu; Fasiyal paralizide kortizona cevap vermesinin sebebi lenfatik staz o yüzden submandibular tek lenf yetmez Lenfatik servikal zincirin Gerek submandibular gerek Belt halkası olarak hem ventral hem dorsalden açılması; Kraniyale giden arteriyel dolaşımı arttırmak için sempatik bağlantı T6-T8 faset enjeksiyonları ve tüm bu takipli yaklaşımlarda tedaviye sistemik ve sempatik etkinliğin artırılması için IV prokain enjeksiyonu ile sistemik antiinflamatuvar ve şelasyon etkisi için serum baz infüzyonu fasiyal paralizinin tedavisinde kullanabileceğimiz yaklaşımdır (1, 3, 4, 11, 15, 27, 28, 31).

Bu protokol ile kliniğimizde takip ettiğimiz fasiyal paralizisi tanımlı vakalara örnekler:

**1. vaka:** 1974 doğumlu erkek hasta, 2 yıl önce sol fasiyal paralizisi tanısı. Uzun dönem kortizon tedavisi ve fizik tedavi görmesine rağmen kliniği dirençli olan hasta geldiğinde yüzün sol tarafında kasılmaları vardı; dudak sol taraf düşüktü; gülmeye katılmıyordu; göz kapağı tam kapanmıyordu (Grade 4). Düzenli nöralterapi ile 2 ayın sonunda hastanın kliniğinde %80 iyileşme elde edildi.

**2. vaka:** 1982 doğumlu kadın hasta, gebeliğinin 34. haftasında viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçiriyor ve yüzün sol yarısında paralizisi geliyor. Klinik tabloda sol taraf yüz ağrısı da var ki N. trigeminus'un üçüncü dalına tekabül ediyor; Amerika'da yaşayan hastaya trigeminus V3 trasesinde zona zoster teşhisi konularak düşük doz antiviral tedaviye başlanıyor. Doğumdan sonra tedavide antiviral dozu artırılıyor ve kortizon ekleniyor. Yaklaşık altı ay süren tedavisinin sonunda sol gözü tam açık, göz kuruluğu, ağız sol taraf motor kaybı ve nevralsi tipi ağrı ile ağır fasiyal paralizisi tanısı ile kliniğimize geldi (Grade 6). Yapılan 10 seans nöralterapi ile hastanın önce nevralsi ağrıları sonra fasiyal paralizisi tablosu % 90 oranında geriledi.

**3. vaka:** 1979 doğumlu erkek hasta, 2 yıl önce diş tedavisi sırasında gelişen sağ taraf fasiyal paralizisi tanısı. Kliniğimize geldiğinde tam tablo fasiyal paralizisi ile beraber VI trasesini uyan nevralsi tipi baş ağrısı vardı. Muayenesinde hastanın çok sayıda restore dişi ve temporomandibuler eklem disfonksiyonu vardı (Grade 4). 4 seans bozucu alan ağırlıklı nöralterapi sonunda hastanın hem nevralsi ağrıları hem de paralizisi tablosu tam olarak geriledi.

**4. vaka:** 1971 doğumlu erkek hasta, kliniğimize geldiğinde bir gön önce rüzgarda kalma ile gelişen sağ taraf paralizisi tablosu vardı. Tablo tam oturmamıştı (Grade 2). Ağız sağ taraf gülmeye tam katılmıyor, sağ göz kapatmak için tam sıkması gerekiyordu. Yüzün sağ tarafında hafif bir hassasiyeti mevcuttu. İkinci seans nöralterapinin sonunda tablo tam oturmadan %100 iyileşme gerçekleşti.

**5. vaka:** 49 yaşında erkek hasta, 8 ay önce soğuğa maruz kalma ile aniden kulak arkasında başlayıp başa ve boyuna yayılan analjeziklere cevap vermeyen ağrı şikayeti sonrası ağzında sola kayma, tat alamama, hafif derecede sağ gözünde kapanmama, göz kırpmama, kaşını kaldıramama ve yiyecekler ağzının sağ tarafından dökülmesi şikayeti ekleniyor. Doktor tarafından verilen semptomatik tedavi ile 1 ay sonrasında kayma artmış, gözünü hiç kapatamamaya başlamış. 60mg kortizon tedavisine başlanmış. cevap alınmayınca 18 seansta FTR uygulanmış. Değişiklik olmamış. Zaman içerisinde tablosuna yaygın baş ve sırt ağrıları ile depresyon da eklenen Grade 6 fasiyal paralizisi tanılı hastaya yapılan 5 seans nöralterapi sonrası Grade 2 olarak yaklaşık %85-90 iyileşme elde edilmiştir.

Bu vakalarda da gördüğümüz gibi, bedenin bütünlüğü, analitik olarak yaklaştığımız her vakada gözler önüne seriliyor. Örnek vakalarda kafa çiftlerinin bağlantısının önemi (örneklerde V. ve VII. kafa çiftleri) fasiyal paralizinin hem tanı hem tedavi için önem kazanıyor. Yine örnek vakalardan da yola çıkarak, Tamamlayıcı tıp ve nöralterapi yaklaşım ile erken vakalarda çok daha hızlı cevap almamıza rağmen geçirilmiş fasiyal paralizisi sekellerinde de yüz güldürücü sonuçlar almaktayız.

## Kaynaklar

1. Acarkan T. Nöralterapi nedir, neden faydalıdır ve niçin kullanılmalıdır. [www.noralterapi.com.tr](http://www.noralterapi.com.tr)
2. Angerer M, Pfadenhauer K, Stöhr M. Prognosis of facial palsy in Borrelia burgdorferi meningopolyradiculoneuritis. *J Neurol* 1993;240:319-321.
3. Barop H. Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates, 1996.
4. Barop H. Praxisdokumentation. 2004
5. Birkmann C, Bamborschke S, Halber M, Haupt WF. Bell's palsy: electrodiagnostics are not indicative of cerebrospinal fluid abnormalities. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:581-584.
6. Burmeister HP, Baltzer PA, Klingner CM, Pantel M, Kaiser WA. Computer und
7. Magnetresonanztomographie des N. facialis. *HNO* 2010;58:433-442
8. Cardoso JR, Teixeira EC, Moreira MD, Fávero FM, Fontes SV, Bulle de Oliveira AS. Effects of exercises on Bell's palsy: systematic review of randomized controlled trials. *Otol Neurotol* 2008;29:557-60.
9. Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;8:CD002914.
10. de Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, Chen JM. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:985-93.
11. Dosch M. Neurologie und Neuraltherapie. *Freudenstädter Vorträge* 1979; 6: 129-44.
12. Engström M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, Axelsson S, Pitkäranta A, Hultcrantz M, Kanerva M, Hanner P, Jonsson L. Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet Neurol* 2008;7:993-1000.
13. Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Basetti S, Gervais A, Zimmerli S, Weber R. Bklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86:2375-2384.
14. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265:743-752.
15. Fischer L. Neuraltherapie nach Huneke. Grundlagen, Technik, praktische Anwendung. 2. A. Stuttgart: Hippokrates, 2001
16. Gilden DH. Bell's palsy. *N Engl J Med* 2004;351:1323-1331. Goudakos JK, Markou KD. Corticosteroids vs corticosteroids plus antiviral agents in the treatment of Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head*
17. Jones H.R. Netter Nöroloji, Nobel Tıp Kitapevi 2013 s.112-121 *Neck Surg* 2009;135:558-64.
18. Hato N, Yamada H, Kohno H, Matsumoto S, Honda N, Gyo K, Fukuda S, Furuta Y, Ohtani F, Aizawa H, Aoyagi M, Inamura H, Nakashima T, Nakata S, Murakami S, Kiguchi J, Yamano K, Takeda T, Hamada M, Yamakawa K. Valaciclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otol Neurotol* 2007;28:408-413.
19. Heckmann JG, Heckmann SM, Lang CJ, Hummel T. Neurological aspects of taste disorders. *Arch Neurol* 2003;60:667-671.
20. Hellebrand MC, Friebe-Hoffmann, Bender HG, Kojda G, Hoffmann TK. Das Mona-Lisa- Syndrom – die periphere Fazialisparese in der Schwangerschaft. *Z Geburtsh Neonatol* 2006;210:126-134.
21. Hesse S, Werner C, Melzer I, Bardeleben A. Lidbeschwerung mit einem auf das Oberlid geklebten Bleiplättchen zur vorübergehenden Therapie des Lagophthalmus. *Akt Neurol* 2010;37:341-343.
22. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-147.
23. Hufschmidt A, Shabariv V, Yakovlev-Leyendecker O, Deppe O, Rauer S. Prevalence of taste disorders in idiopathic and B. burgdorferi-associated facial palsy. *J Neurol* 2009;256:1750-1752.
24. Kohler A, Chofflon M, Sztajzel R, Magistris MR. Cerebrospinal fluid in acute peripheral facial palsy. *J Neurol* 1999;246:165-169.
25. Lockhart P, Daly F, Pitkethly M, Comerford N, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;4:CD001869.
26. Mamoli B. Zur Prognoseerstellung peripherer Fazialisparesen unter besonderer Berücksichtigung der Elektroneurographie. *Wien Klin Wochenschr* 1976;53:3-28.
27. Nazlıkul H. Nöralterapi Kitabı Nobel Kitabevi 2010 İstanbul
28. Nazlıkul H. Tamamlayıcı Tıp ve Regülasyon (Komplementär und Regulatormedizin) S6-9 Barnat 5/2006
29. Oğul E. Temel ve Klinik Nöroloji 1996 Bell paralizisi. s.328
30. Türk Börü Ü. Fasiyal paralizisi BARNAT (Tamamlayıcı Tıp ve Nöralterapi Süreli Yayın organı) 3/ Eylül 2007
31. Weinschenk S. Neuraltherapie bei Pelvipathie. *Ärztz f Naturheilverf* 1995; 36: 762-763