

PRIKAZ SLUČAJA

52-godišnji muškarac, primljen je na neurološki odjel zbog naglo nastale slabosti desne polovice lica. Tegobe su nastale dan prije prijema, kada je pacijent primijetio spušten desni kut usana i otežano zatvaranje desnog oka. Navodi osjećaj zatezanja i utrnulosti desne polovice lica. Nije bilo gubitka svijesti, slabosti ekstremiteta, poremećaja govora niti smetnji hoda.

Od pridruženih simptoma navodi blagu bol u području iza desnog uha koja je prethodila pojavi facijalne slabosti. Nije bilo osipa, povišene tjelesne temperature niti nedavne traume glave. Od ranijih bolesti boluje od arterijske hipertenzije, regulirane antihipertenzivnom terapijom. Ne navodi ranije neurološke bolesti.

Klinički pregled

Pri prijemu pacijent je afebrilan, urednog općeg stanja, svjestan, komunikativan i orijentiran. Govor je uredan. Meningealni znakovi su negativni.

Neurološkim pregledom utvrđuje se periferna pareza desnog n. facialis: asimetrija lica u mirovanju, spušten desni kut usana, oslabljeno naboranje čela na desnoj strani, nepotpuno zatvaranje desnog oka te oslabljeno puhanje obraza. Pri osmijehu dolazi do povlačenja usnog kuta prema zdravoj strani. Ostali kranijalni živci uredne su funkcije. Mišićna snaga i tonus na ekstremitetima su uredni, nema poremećaja osjeta, koordinacije ni znakova piramidnog puta. Hod je uredan.

Dijagnostička obrada

U laboratorijskim nalazima nije bilo značajnijih odstupanja. Elektroliti, glukoza i upalni parametri bili su uredni. EKG je pokazao sinusni ritam.

Zbog novonastalog neurološkog ispada učinjen je CT mozga, kojim nisu utvrđene akutne ishemijske ili hemoragijske promjene. S obzirom na kliničku sliku i odsutnost drugih neuroloških ispada, nalaz je odgovarao perifernoj parezi desnog n. facialis.

Dijagnoza

Periferna pareza desnog n. facialis – najvjerojatnije idiopatska periferna facijalna paraliza (Bellova paraliza).

Liječenje

U terapiju je uveden kortikosteroid (prednizolon) prema neurološkoj procjeni i u odgovarajućoj dozi, uz zaštitu želučane sluznice prema indikaciji. Zbog nepotpunog zatvaranja oka uvedena je intenzivna lokalna zaštita rožnice umjetnim suzama tijekom dana i zaštita oka

tijekom noći.

Pacijentu je objašnjeno da izbjegava isušivanje oka te da se u slučaju pojave boli, crvenila oka ili pogoršanja vida odmah javi liječniku. U slučaju kliničke sumnje na herpesvirusnu etiologiju razmatra se dodatak antivirusne terapije.

Tijekom hospitalizacije nije došlo do razvoja novih neuroloških ispada. Nakon nekoliko dana započelo je postupno poboljšanje funkcije desne polovice lica. Pacijent je otpušten u stabilnom stanju uz nastavak propisane terapije i preporuku neurološke kontrole.

Preporučeno je praćenje oporavka funkcije facijalisa te fizikalna terapija i ciljane vježbe muskulature lica prema procjeni specijalista. Posebna pažnja posvećena je zaštiti rožnice sve dok se ne uspostavi potpuno zatvaranje oka.

Zaključak

Periferna pareza n. facialis klinički se razlikuje od centralne lezije VII. kranijalnog živca. Kod periferne lezije zahvaćena je cijela ipsilateralna polovica lica, uključujući frontalnu muskulaturu, dok kod supranuklearne lezije pokreti čela često ostaju očuvani zbog bilateralne kortikalne inervacije.

Kod bolesnika s akutno nastalom facijalnom slabošću potrebno je isključiti hitna stanja, osobito moždani udar, posebno ako su prisutni drugi fokalni neurološki ispadi. Važan dio pregleda predstavlja procjena funkcije ostalih kranijalnih živaca, ekstremiteta, osjeta, koordinacije i govora

Prikazani slučaj opisuje akutno nastalu perifernu parezu desnog n. facialis bez drugih neuroloških ispada, što je uz urednu osnovnu dijagnostičku obradu i klinički pregled upućivalo na idiopatsku perifernu facijalnu paralizu. Pravodobno prepoznavanje periferne facijalne pareze, razlikovanje od centralne lezije te odgovarajuća zaštita oka i rana terapija važni su za smanjenje komplikacija i postizanje što boljeg funkcionalnog oporavka.