

# Hipertansiyona Bağlı Gelişmiş Periferik Fasial Paralizi: Bir Olgu Sunumu

PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS BECAUSE OF HYPERTENSION: A CASE REPORT

Haluk ÖZTÜRK\*, Özkan HEREK\*, Rıdvan AKIN\*\*, Turgay SAKARYA\*, İlhami SÜRER\*\*\*, Salih ÇETİNKURŞUN\*\*\*\*

Op.Dr.GATA Çocuk Cerrahisi AD,  
\*\* Uz.Dr.GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
\*\* Dr.GATA Çocuk Cerrahisi AD,  
\*\*\* Doç.Dr.GATA Çocuk Cerrahisi AD, ANKARA

## ÖZET

Periferik fasial paralizi, ciddi hipertansiyonun ilk bulgusu olabilir. Bu yazımızda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve sağ nonfonksiyonel böbrek nedeniyle kliniğimize yatırılan, preoperatif incelemeleri sırasında periferik fasial paralizi gelişen hipertansif bir olgu sunuldu. Pediatrik yaş grubunda periferik fasial paralizi ile başvuran olguların tümünde kan basıncı ölçümlerinin önemi vurgulandı.

**Anahtar Kelimeler:** Fasial paralizi, Hipertansiyon, Çocukluk çağı

T Klin Pediatri 1997, 6:70-72

## SUMMARY

Peripheral facial paralysis may be the first sign of severe hypertension. We described a case with hypertension which admitted to our department because of recurrent urinary tract infection -right nonfunctional kidney. Right peripheral facial paralysis developed during the preoperative evaluation due to hypertension. We suggest that in pediatric age group monitoring of the blood pressure is very important diagnostic modality in all patients with peripheral facial paralysis.

**Keywords:** Facial paralysis, Hypertension, Childhood

T Klin J Pediatr 1997, 6:70-72

Hipertansiyon çocukluk çağına tamamen gizli olarak kalabildiği gibi sıklıkla baş ağrısı, poliüri, polidipsi, epistaksis, hematüri gibi nedenlerle yapılan incelemeler sırasında kan basıncının ölçülmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu sık görülen belirtiler yanısıra çocukluk çağına hipertansiyonun ilk belirtisi fasial paralizi olabilmektedir (1-3).

Hipertansiyona bağlı fasial paralizi gelişebileceğinin ilk defa 1869 yılında Moxon tarafından açıklandığı bildirilmektedir (3-5). Literatürde, tüm fasial paralizilerin %3.7-%8'inin hipertansiyona bağlı geliştiği belirtilmektedir (3-5). Yazımızda atrofik sağ böbrek ve idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle kliniğimize başvurusunda hipertansiyon varlığı saptanan, operasyon hazırlığı sırasında sağ periferik fasial paralizi gelişen bir olgu sunularak çocukluk çağına gelişen fasial paralizilerde hipertansiyon araştırılmasının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

A.L. sekiz yaşında kız olgu. Özgeçmişinde sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü bulunan, üç ay önce

**Geliş Tarihi:** 25.11.1996

**Yazışma Adresi:** Dr.Haluk ÖZTÜRK  
GATA Çocuk Cerrahisi AD,  
ANKARA

sol fasial paralizi nedeniyle başvurduğu bir merkezde kortikoterapi ve fizyoterapi uygulanmış. Kliniğimize başvurusundan bir hafta önce sağ lomber bölgeden başlayıp kasığa vuran karın ağrısı yakınması başlaması ve bu yakınmalarına sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ateş yüksekliği yakınmalarının da eklenmesi üzerine başvurduğu başka bir hastanede idrar yolu enfeksiyonu ve atrofik böbrek saptanarak kliniğimize sevk edilen olgu yatırıldı. Fizik incelemelerinde: Sağ lomber bölgede hassasiyet, kan basıncı (KB): 210/110 mmHg (yaş ve cinse göre 99 persantilin üzeri) (6), nabız: 110/dk ritmik olarak saptandı. Radyolojik ve sintigrafik incelemelerinde: ultrasonografide sağ böbrek 59.9x26.3 mm boyutlarında atrofik ve kaliksiyel sistemi dilate, sol böbrek 98.5x41.8 mm boyutlarında ve normal olarak bulundu. Yapılan dimerkaptosüksinikasin (DMSA), dietilen triamin pentaasetikasin (DTPA) incelemelerinde ve Doppler ultrasonografide renal arter stenozuna ait bulgu saptanmadı. İVP'de sağ böbrek nonfonksiyonel, sol böbrek normal olarak bulundu. Miksiyon sistoüretrografide (MSUG) vezikoureteral reflü bulgusu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde: Üre: 45 mg/dl, kreatinin: 0.8 mg/dl, kreatinin klirensi: 88 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>, FeNa: %1.25, VMA: 3.6 mg/dl, aldosteron: 826.1 pg/dl, angiotensin: 11.2 mg/dl olarak bulundu. Gözdibi incelemesi normal bulundu. Olguya hipertansiyon tedavisine yönelik olarak kaptopril: 0.5 mg/kg/gün dozunda başlandı. Antihipertansif tedavinin ikinci gününde olguda sağ periferik fasial paralizi



**Şekil 1.** Hipertansiyona bağlı sağ periferik fasial paralizi gelişmiş olgunun görünümü

gelişti (Şekil 1). Periferik fasial paralizi gelişmeden önceki izlemlerinde KB: 140/110-150/120 mmHg (99 persantalin üzeri) düzeylerinde bulunan olguda fasial paraliziyi açıklayacak patoloji saptanmaması üzerine, fasial paralizi hipertansiyona bağlandı. Antihipertansif tedavi dozu arttırılarak 1 mg/kg/gün'e çıkıldı. Nöroloji konsültasyonu sonucunda İbuprofen: 20 mg/kg/gün dozunda başlandı. Yapılan kranial manyetik rezonans (MR) incelemesinde ek bir patoloji saptanmayan olguda 1 mgr/kg/gün kaptopril tedavisiyle KB: 120/100 mmHg düzeylerinde kontrol altına alındı. Olguda KB'nın dengede tutulmasından sonra sağ nefroüretrektomi uygulanarak, atrofik-nonfonksiyonel sağ böbrek çıkarıldı. Postoperatif dönemde kaptopril dozu KB kontrollerine göre azaltılarak kesildi. Antihipertansif tedavinin kesilmesine karşın KB:100/80 mmHg düzeyinde tutulan, İbuprofen tedavisinden kısmen fayda gören olguda fasial paralizye yönelik kortikosteroid tedavisi (prednisolone 2 mg/kg) başlanarak, sekiz gün süreyle uygulandı. Fasial paralizi bulguları gerileyen olgu fizyoterapi uygulanmak ve bir ay sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Postoperatif birinci ay kontrolünde fasial paralizinin tamamen kaybolduğu saptandı.

### TARTIŞMA

Hipertansiyon ile birlikte fasial paralizi gelişebileceğinin ilk defa 1869 yılında Moxon tarafından bildirildiği

belirtilmektedir (3-5). Merwarth fasial paralizili yetişkin olgularda yaptığı incelemelerde, hipertansiyonun tüm fasial paralizi olguların %3.7'sinde neden olduğunu belirlemiştir (4). Paine ise çocuk yaş grubunda yaptığı bir araştırmada postnatal fasial paralizili olguların %4.2'sinde hipertansiyon saptadığını bildirmiştir (7). Lloyd ve arkadaşları ise bu oranı %8 olarak belirlemişler, ciddi hipertansif olgularda fasial paralizi gelişme sıklığını ise %20 olarak bildirmişlerdir (5).

Hipertansiyonlu çocuklarda ilk klinik belirti fasial paralizi olabilmektedir (1-3,5). Lloyd ve arkadaşlarının serisinde hipertansiyon ile birlikte fasial paralizi gelişen 7 olgudan 3 tanesinde fasial paralizi ilk başvuru bulgusu olarak gözlenmektedir (5). Yine Voorhees ve arkadaşlarının bildirdikleri iki olgu da fasial paralizi ile başlamış, yapılan incelemelerinde hipertansiyon saptanmıştır (2). Hipertansiyona bağlı gelişen fasial paralizilerde tutulum genellikle tek taraflı olmakta ve birden fazla atak geçirme sık olarak bildirilmektedir (5). Olgumuzda hipertansiyon fasial paraliziden önce belirlenmiştir. Ancak olgumuzun üç ay öncesinde karşı tarafta geçirilmiş bir fasial paralizi öyküsü bulunmaktadır. Bu atak esnasında hipertansiyon varlığının araştırılmamış olması, renal patoloji ve hipertansiyon tanısının gecikmesine neden olduğu gibi başvuru bulgularının da üriner sistem enfeksiyonu olmasına neden olmuştur. Bu nedenle olgumuzda da ilk başvuru bulgusu fasial paralizi olarak kabul edilebilir.

Hipertansiyonda görülen fasial paralizinin nedeni kesin olarak belli değildir. Genel olarak fasial sinir kanalı içerisine olan kanamaların ve fallopiyan kanal içindeki damarların dilatasyonuna bağlı gelişen ödem ve basıncın, fasial paralizi oluşmasında rol oynadığı belirtilmektedir (2-5,7). Yaş ve cinse göre ciddi hipertansiyon, KB değerlerinin 99 persantil'in üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır (6). Olgumuzda fasial paralizinin geliştiği dönemde yaş ve cinse göre KB değerlerinin 99 persantil'in üzerinde olması hipertansiyon ile fasial paralizi arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Hipertansiyona bağlı fasial paralizi gelişen olgularda hipertansiyonun düzeltilmesiyle birlikte fasial paralizinin gerilediği ve bazı olgularda tamamen kaybolduğu bildirilmiştir (5). Ancak hipertansiyon varlığı araştırılmadan tedavide etkinliği kanıtlanmış kortikosteroid tedavisinin verilmesi, olgularda hipertansiyonu ağırlaştırarak fasial paralizinin de ağırlaşmasına ya da tedaviden yararlanılmamasına neden olabilmektedir (3,5). Bu nedenle olgumuzda da öncelikle hipertansiyona yönelik tedavi esas alınmış, sağ nefroüretrektomi izleyerek antihipertansif tedavi olmaksızın KB'nın 100/80 mmHg düzeyinde dengede tutulmasına karşın fasial paralizide belirgin düzelme görülmemesi üzerine kortikosteroid tedavisine başlanmıştır.

Sonuç olarak çocukluk çağı fasial paralizilerinde, özellikle birden fazla fasial paralizi atağı geçirmiş olgularda etyolojide hipertansiyon varlığının akılda tutularak KB'nın mutlaka ölçülmesinin hipertansiyon ve hipertansiyon oluşumunu sağlayan nedenin daha erken tanı ve

tedavisini sağlayacağı gibi, fasial paraliziye yönelik tedavinin de daha doğru bir şekilde yapılmasını sağlayacağı görüşüne varılmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Cura A. Çocukta hipertansiyon klinik belirtileri. Çocukta kan basıncı yüksekliği, tanısı, tıbbi ve cerrahi sağaltımı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitapları 1984; 47:13.
2. Voorhees RL, Zeitler LD, Ross M. Hypertension and associated peripheral facial paralysis. Laryngoscope 1972; 82:899-902.
3. Siegler RL, Brewer ED, Corneli HM, Thompson JA. Hypertension first seen as facial paralysis: Case reports and review of the literature. Pediatrics 1991; 87:387-9.
4. Merwath HR. The occurrence of peripheral facial paralysis in hypertensive vascular disease. Ann Internal Med 1942; 17:298-307.
5. Lloyd AVC, Jewitt DE, Lloyd Still JD. Facial paralysis in children with hypertension. Arch Dis Child 1966; 41:292-4.
6. Task force on blood pressure control in children. Report of the second task force on blood pressure control in children. Pediatrics 1987; 79:1-25.
7. Paine RS. Facial paralysis in children: review of the differential diagnosis and report of ten cases treated with cortisone. Pediatrics 1957; 19:303-16.