



Kronik Böbrek Yetmezliği ve Periferik Fasiyal Paralizi: Birliktelik mi İstenmeyen Etki mi?

Chronic Renal Failure and Peripheral Facial Paralysis: Co-existence or Adverse Affect?

Ali AYDENİZ, Burhan Fatih KOÇYİĞİT, Savaş GÜRİSOY, Ahmet AKYOL, Ali GÜR
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Sayın Editör,

İdiyopatik fasiyal paraliziye, Bell paralizi denir ve diğer nedenlerin dışlanması ile tanı konur (1). Kronik böbrek yetmezliğine (KBY) bağlı renal osteodistrofi (RO) birçok komplikasyonlara yol açar. Hastalarda nöropati, miyopati, ensefalopati, serebral hemoraji, santral pontin miyelinezosis gelişebilmektedir (2). Amacımız bir olgu nedeniyle, KBY hastalarındaki metabolik ve endokrin değişimler ile uygulanan diyaliz ve ilaçların kas-iskelet sistemine etkilerini gözden geçirmektir.

Elli altı yaşında kadın hasta; hastanemiz kulak-burun-boğaz polikliniğinden, sol periferik fasiyal paralizi ön tanısı ile yönlendirildi. Hastanın öyküsünden, dört gün önce sabah uyandığında yüzde asimetrik görünüm ile gözlerde yaşarma olduğu ve yemek yerken ağzından tükürük aktığı öğrenildi. Travma, soğuk, dental girişim ya da enfeksiyon gibi predispozan sebep yoktu. Özgeçmişinde, KBY hastası olduğu (yedi yıldır) ve günde dört kez periton diyalizi yaptığı öğrenildi. Bu nedenle, kalsiyum diasetat 2100 mg/gün ve elementer demir preparatları 200 mg/gün kullanıyordu. Üç yıl önceki kemik mineral yoğunluğu ölçümü; lomber T skoru:-3,7 kalça T skoru ise:-3,4'tü. Bu dönemde, RO tanısı ile kalsitriol 0,5 mcg/gün başlanılmıştı. Sol periferik fasiyal paralizi tanısı konan hastaya metil prednisolon (1 mg/kg/gün dört gündür), asiklovir 200 mg 3x1, vitamin B kompleksi 3x1, lansoprazol 1x1 başlanmış ve kliniğimize yönlendirilmişti. Yapılan fizik muayenede, yüz asimetrik görünümde, sol tarafta alın kırışıklıkları gözlenmiyor, nazolabial sulkus silikti. Hasta sol tarafta kaşını kaldıramıyor, çatamıyor ve gözünü tam olarak kapatamıyordu.

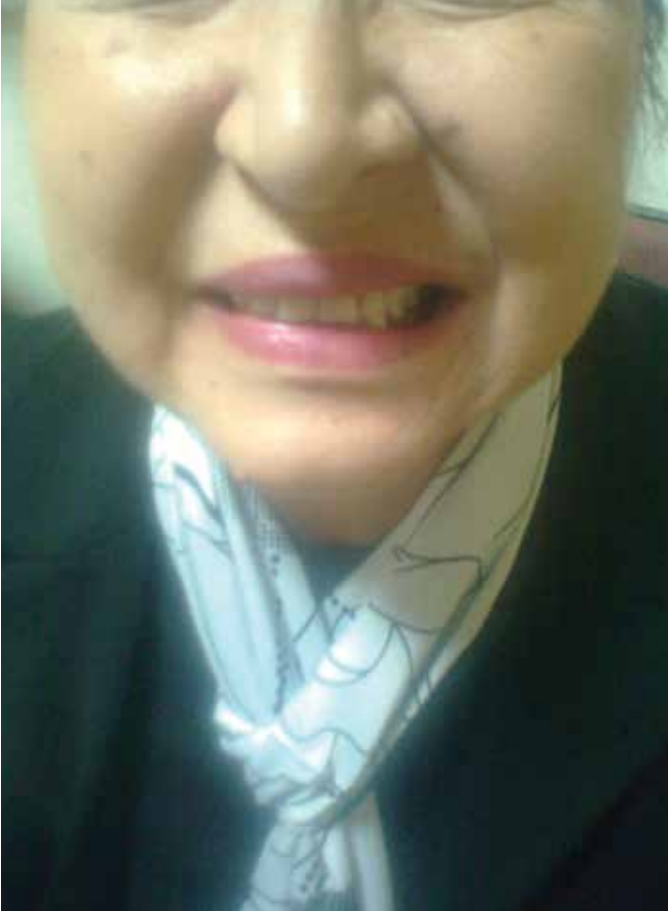
Kraniyal grafide, kalvarial hipertrofi ya da skleroz gibi RO'nun kraniyal tutulum bulgularına rastlamadık. Ayrıca önceki kraniyal

bilgisayarlı tomografi (BT), kemik yapı açısından yeniden değerlendirildi ve patoloji saptanmadı.

Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 10,1 g/dL, hematokrit %30,9 saptandı. Kan üre azotu: 129 mg/dL, kreatinin 10,57 mg/dL, alkalin fosfataz 351 u/L bulundu. Serum 25 OH vitamin D düzeyi 51 ng/mL, kan elektrolitleri, albümin, globulin, ESH normal sınırlardaydı.

Hastaya sol periferik fasiyal paralizi tanısı ile rehabilitasyona başlandı. Aktif olarak; kaş kaldırma, kaş çatma, göz kapatma, burun kanatlarını hareket ettirme, ayna karşısında gülümseme, diş gösterme, çene büzme, ısıklık çalma ve sakız çiğneme egzersizlerini kapsayan fasiyal kasların çalıştırılmasına başlandı. Medikal tedavisine devam edildi. Fizik tedavi ve elektrostimülasyon uygulaması için akut dönem süresinde izleme alındı. Bir hafta sonraki kontrolde yüzdeki asimetri azalmış, gözünü kapatmaya, kaşını kaldırmaya başlamıştı. Nazolabial sulkus belirginleşti (Resim 1). Hastaya, yüz kaslarına uygulanacak dirençli egzersizler gösterildi ve elektrik stimülasyon başlandı. On beş günlük tedavi sonrası periferik fasiyal paralizi belirgin şekilde düzeldi.

Kronik böbrek yetmezliğinde çeşitli nedenlerle fasiyal paralizi gelişebilir. Bunlardan biri, artmış intrakraniyal hemoraji riskidir. Diyaliz süresinde heparin ile antikoagülasyon, yüksek kan üre azotunun platelet fonksiyonlarını bozması ve hipertansiyon suçlanmıştır (3,4). Renal osteodistrofinin, kemik döngüsü ve mineralizasyonunu olumsuz etkilediği bilinmektedir. Kemik mineral yoğunluğunda azalma, deformiteler ve kırık riskinde artma beklenen bulgulardır (5). Kalvarial hipertrofi, skleroz, hiperosteozis gibi nedenler kraniyal tutulum belirtisidir ve leontiasis ossea olarak adlandırılır (6). Leontiasis ossea, kraniyal sinirlere baskı yapı-



Resim 1. Olgunun birinci haftadaki görünümü

rak kranial sinir felçleri oluşturabilir. Abid ve ark. çalışmalarında (7) diyaliz hastasında bilateral fasiyal sinir felcini, RO'ya sekonder kafatası tutulumuna ve kranial sinirlerdeki basıya bağlamıştır. Linezolid, interferon ve diğer bazı ilaçlar da fasiyal paraliziye yol açabilmektedir (8). Kronik böbrek yetmezliği, böbrekteki 1 α hid-roksilasyonun yapılamamasına bağlı olarak, hastadaki aktif D vitamini düzeyini düşürür. Aktif vitamin D (Kalsitriol) tedavisi; KBY hastalarında paratiroid hormon (PTH) düzeyini kontrol etmekte, RO gelişimini önlemekte, kardiyovasküler hastalıkları azaltmaktadır (9). Aktif D vitamininin istenmeyen etkilerinden biri de fasiyal paralizidir (10). Olgumuzda fasiyal paraliziye yol açan nedenler dışlandıktan sonra, kalsitriol kullanımına bağlı fasiyal paralizi gelişmiş olabileceğini düşündük. Fasiyal paralizi ile başvuran hastalarda neoplastik, infeksiyöz, romatolojik ve metabolik nedenler, intrakranial patolojiler, travma, cerrahi operasyonlar ile hastanın kullandığı ilaçlar gözden geçirildikten sonra, bu etmenlerin tümünün dışlanması durumunda Bell paralizi tanısının konması gerekmektedir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - A.A., B.F.K.; Tasarım - S.G., A.G.; Denetleme - S.G., A.G.; Kaynaklar - A.A., B.F.K.; Malzemeler - B.F.K., A.A.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - B.F.K., A.A.; Analiz ve/veya yorum - A.A., S.G., A.G.; Literatür taraması - A.A., B.F.K., A.A.; Yazıyı yazan - A.A., B.F.K.; Eleştirel İnceleme - S.G., A.G.; Diğer - S.G., A.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - A.A., B.F.K.; Design - S.G., A.G.; Supervision - S.G., A.G.; Funding - A.A., B.F.K.; Materials - B.F.K., A.A.; Data Collection and/or Processing - B.F.K., A.A.; Analysis and/or Interpretation - A.A., S.G., A.G.; Literature Review - A.A., B.F.K., A.A.; Writer - A.A., B.F.K.; Critical Review - S.G., A.G.; Other - S.G., A.G.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Axelsson S, Lindberg S, Stjernquist-Desatnik A. Outcome of treatment with valacyclovir and prednisone in patients with Bell's palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003;112:197-201.
2. Trompeter RS, Polinsky MS, Andreoli SA, Fennell RS. Neurologic complications of renal failure. *Am J Kidney Dis* 1986;7:318-23.
3. Papadakis M, Fee P, Wilhelm T, Davenport A, Connolly J. Facial weakness in a haemodialysis patient. *Lancet* 2007;369:714. [CrossRef]
4. Lin CM, Lin JW, Tsai JT, Ko CP, Hung KS, Hung CC, et al. Intracranial pressure fluctuation during hemodialysis in renal failure patients with intracranial hemorrhage. *Acta Neurochir Suppl* 2008;101:141-4. [CrossRef]
5. Mejía N, García PR, Miar AB, Tavira B, Cannata-Andía JB. Chronic kidney disease-mineral and bone disorder: a complex scenario. *Nefrologia* 2011;31:514-9.
6. Lee VS, Webb MS Jr, Martinez S, McKay CP, Leight GS Jr. Uremic leontiasis ossea: "Bighead" disease in humans? Radiologic, clinical, and pathologic features. *Radiology* 1996;199:233-40.
7. Abid F, Lalani I, Zakaria A, Facchini SA, Hunter JV. Cranial Nerve Palsies in Renal Osteodystrophy. *Pediatr Neurol* 2007;36:64-5. [CrossRef]
8. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265:743-52. [CrossRef]
9. Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ* 2010;341:3691. [CrossRef]
10. Muler H, Paquelin F, Cotin G, Luboinski B, Henin JM. Facial paralysis in children. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1975;92:229-34.