



PARALIZA OBRAZA: TEŽAVE IN REHABILITACIJA

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

PREDSTAVITEV

Spoštovana/i Gospa/Gospod, ta brošura vam želi zagotoviti nekaj koristnih informacij o težavi, s katero se soočate. Nekatere navedbe ste že pridobili od svojega zdravnika specialista, druge pa vam bodo morda koristile pri oblikovanju učinkovite rehabilitacijske poti.

KRATEK UVOD

Obraz s svojo bogato gibljivostjo predstavlja najbolj neposreden stik z drugimi in sprememba "normalne funkcionalnosti" pomeni nelagodje, ki ni povezano le z "motoričnim deficitom", temveč tudi s komunikacijo, kar ima predvidljive in zelo pogoste posledice na čustvenem in psihološkem področju. Obraz predstavlja izhodišče, na katerega se vsi že od malih nog sklicujemo, da bi prepoznali osebe in podobe. To "primarno" potrebo lahko zadovoljimo tako, da usmerimo svojo pozornost na "ključne točke" komunikacije, tj. na oči in usta.

Več znanja o kliničnem razvoju te zapletene patologije vodi k pravilnejši terapevtski usmeritvi s farmakološkega in kirurškega vidika glede na dokaze v znanstveni literaturi. Hkrati se je razvil tudi rehabilitacijski pristop.

NEKAJ ZGODOVINE

Pojav je bil znan že v času Egipčanov, Rimljanov in Inkov, o čemer pričajo številne slikovne in kiparske najdbe. Arabskemu zdravniku in filozofu Avicenni, ki je pred letom 1000 deloval v Perziji, dolgujemo odkritja o razliki med periferno in centralno paralizo. Poimenovanje "Bellova paraliza" pa je povezano s sirom Charlesom Bellom, britanskim kirurgom, anatomom in nevrologom, ki je leta 1830 opisal inervacijo mišic in kože na obrazu.



Slika 2. Glava moškega s paralizo obraza. Smirne, 2. stoletje našega štetja (s spleta)

POŠKODBA OBRAZA. O ČEM GOVORIMO?

VZROKI

Za paralizo obraza je lahko več vzrokov:

- **Bellova paraliza:** je najpogostejša oblika obrazne paralize. Gre za periferno nevropatijo, ki se lahko pojavi v vseh starostnih obdobjih, čeprav je veliko pogostejša po 60. letu starosti. Natančen vzrok ni znan; domnevajo, da je posledica vnetja obraznega živca, ki nadzoruje mišice na eni strani obraza, ki ga je verjetno sprožila virusna okužba. Pojavnost se giblje med 15 in 40 primeri na 100.000 prebivalcev na leto. Po ocenah se ponovitve pojavijo v 10 do 64 % primerov, v 36 % primerov pa prizadenejo isto stran¹.
- **Patologije z nevrološko etiologijo:** možganska kap, poškodba glave, progresivne demielinizacijske bolezni. V teh primerih je paraliza opredeljena kot "centralna".
- **Tumorji:** med tumorji, ki lahko povzročijo paralizo obraza, sta tudi nevrinom slušnega živca in schwannom. Pogosto je prizadetih več kranialnih živcev, kot v primeru nevrinoma slušnega živca ali tumorjev obušesne žleze. Motnje (simptomi) se lahko razlikujejo od akutne in vztrajne paralize do počasnejše in bolj progresivne².
- **Okužbe:** Nekateri virusi, kot so varicella-zoster, herpes simpleks in virus Epstein-Barr (EBV), lahko povzročijo paralizo obraza. Lymska borelijoza, okužba, ki jo povzroča bakterija *Borrelia burgdorferi*, ki se na človeka prenaša z ugrizom klopa, lahko poleg drugih simptomov povzroči tudi obojestransko paralizo obraza.
- **Travma:** zaradi nesreč ali globokih poškodb.

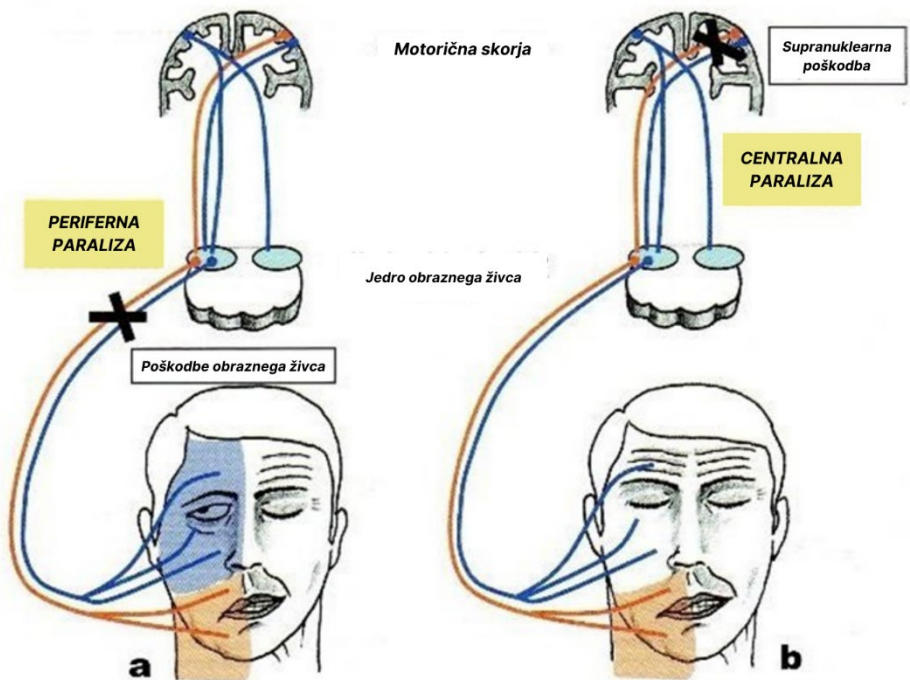
¹ Dodatne informacije so na voljo v seznamu spletnih virov (8,9)

² Dodatne informacije so na voljo v seznamu spletnih virov (8,9)

Če dva do tri tedne po začetku bolezni ni znakov okrevanja, se je treba posvetovati z zdravnikom specialistom v fizikalni in rehabilitacijski medicini, da se čim prej začne ustrezna rehabilitacija.

Razlika med centralno in periferno paralizo

Pri periferni paralizi je prizadeta celotna polovica ustnice (slika 3a), pri centralni pa le spodnji del (slika 3b).

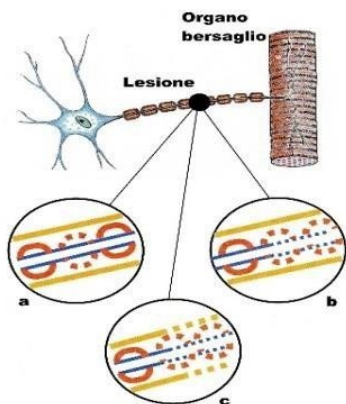


Slika 3) Odvisno od stopnje poškodbe so prizadete naslednje funkcije

- a) polovica obraza (npr. pri herpes simpleksu)
- b) samo spodnji del (npr. pri možganski kapi) (6)

Od česa je odvisen obseg poškodbe?

Obseg poškodbe, s katerim so povezani funkcionalni rezultati, je odvisen od stopnje okvare živca, ki lahko sega od bolj ali manj hude stopnje kompresije do prekinitve živčnih vlaken, kot je prikazano na sliki 1.



Slika 1. a) blaga stopnja kompresije, spontano okrevanje v 2-3 tednih; b) večja prizadetost živčnih vlaken, okrevanje v nekaj mesecih; c) popolna poškodba, morda bo potrebna operacija (6, spremenjeno)

KAKO PRIDEMO DO DIAGNOZE?

Za postavitev pravilne diagnoze je potreben nevrološki pregled ter poglobljene radiološke slikovne in laboratorijske preiskave. Zlasti:

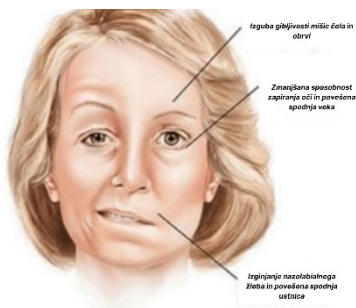
- Igelna elektromiografija (EMG), ki meri mišično električno aktivnost, daje informacije o poškodbah živčnih vej po nastanku patologije in lahko pozneje dokumentira njihovo reinervacijo (ponovno vzpostavitev aktivnosti).
- Elektronevrografija (ENG) je dragoceno prognozično orodje tudi po 1-3 mesecih. Meri hitrost živčne prevodnosti (senzorične in motorične komponente) in amplitudo odziva od začetka. Hitrost prevajanja, ki je funkcija aktivnosti živčnih vlaken, pove, kako poteka okrevanje.

Kaj se zgodi, ko oseba utrpi periferno paralizo?

VII lobanjski živec je v osnovi motorični živec s senzorično komponento, ki prenaša inervacijo požiralnika $\frac{2}{3}$ sprednjega dela jezika; zato bodo motnje skoraj izključno motorične, z izgubo prostovoljnih in refleksnih odzivov, npr. mežikanja. Po drugi strani pa občutljivost, ki jo vodi trigeminalni živec, ostane nedotaknjena.

V akutni (mlahavi) fazi se pojavi atonija na poškodovani strani obraza, s sploščenostjo čelnih gub, spuščeno spodnjo veko, sploščenostjo nazolabialnega žleba, spuščnim ustnim kotičkom.

Na poškodovani strani se zaradi atonije pojavijo težave pri žvečenju, izguba tekočine pri pitju in umivanju zob, izguba sline ter motnje v verbalni in neverbalni komunikaciji; lahko se pojavi tudi povečana občutljivost na visoke zvoke in bolečina.



Slika 4. Pri periferni paralizi je jasna asimetrija med zdravimi in obolelimi deli opazna tudi na obrazu v mirovanju (z interneta, spremenjeno)

Značilna in jasno vidna manifestacija bolezni je Bellov znak, ki je sestavljen iz vrtenja očesnega zrkla navzgor in navzven, ko se poskuša zapreti veke. Ta znak postane viden pri periferni paralizi zaradi nezmožnosti aktivacije orbikularne mišice in posledično nezmožnosti zapiranja vek. Zaradi atonije lahko spodnja veka pade navzven, kar lahko zmanjša zaščito in hidracijo globusa, vendar ne zaradi pomanjkanja izločanja solz, temveč zaradi nezmožnosti same veke, da bi zadržala nastale solze. Brez ustreznih zaščitnih ukrepov bolnik tvega okužbo in razjedo roženice.



Slika 5 (Internet)

Okrevanje se običajno pojavi v razmeroma kratkem času, zapleti pa lahko vključujejo pretirano povečanje mišičnega tonusa (hipertonus) in izgubo selektivnosti gibov (pojav sinkinezij, tj. masivnih in nehotenih gibov: npr. pri žvečenju se zapre oko ali pri zapiranju vek se raztegne ustni kotiček). Sinkinezije v svojem razvoju vodijo v strukturiranje spazma mišičevja, nimajo spontanega okrevanja in se celo poslabšujejo. Pogost je tudi tako imenovani "pojav krokodiljih solz", solzenje, povezano z žvečenjem; vsi ti pojavi so posledica "naključne" reinervacije, ki prizadene druga mesta in ne fizioloških.

Farmakološko zdravljenje

1. **"Klasična" farmakoterapija** Terapija temelji na dajanju kortizona ali kombinaciji kortizona in protivirusnih zdravil pri najhujših ali popolnih oblikah paralize.³
2. **Botulinum toksin** Če gre za strukturirano hipertonično, je farmakološka alternativa lokalno infiltracijsko zdravljenje z botulinum toksinom v mišici, ki jo prizadene krč, ali v podkožju. Toksin z delnim paraliziranjem mišice le-to sprosti in tako zmanjša ali celo odpravi krče. Učinek je začasen in traja od 3 do 6 mesecev, nato pa je treba zdravljenje ponoviti.

³ Dodatne informacije so na voljo v seznamu spletnih virov (8)

REHABILITACIJSKO ZDRAVLJENJE: nekaj premislekov

Obstajajo različni pristopi k rehabilitaciji:

1. **Elektrostimulacija:** ta se postopoma opušča, saj se zdi, da ogroža regeneracijo živčnih vlaken, namesto da bi jo omogočala, in povzroča trajne mišične kontrakture, ki so popolnoma neuporabne za okrevanje.
2. **Tehnike rehabilitacije:** predlogi segajo od mišično-analitičnega pristopa klasične nevromotorične reedukacije (npr. Kabatova metodologija), do zahteve po ekspresivni mimiki, do zdravljenja, ki se nanaša na nevrokognitivni pristop in tako imenovane poti "*Self-trainig*".

Omejitev teh pristopov, z izjemo nevrokognitivnega, je, da vedno temeljijo na zunanjih dražljajih ali refleksih, ki se ne nanašajo na strategije, za katere nevroznanost navaja, da "olajšujejo" ponovno pridobitev gibanja, in ki zahtevajo aktivacijo kognitivnih procesov, kot so spomin, pozornost, zavestno zaznavanje taktilnega ali motoričnega dražljaja ter sposobnost oblikovanja podobe gibanja, ki ga je treba izvesti.

Cilji rehabilitacijskega zdravljenja

Raznolikost patoloških slik kaže na pripravo individualnega projekta rehabilitacije s programom vadbe, ki je popolnoma prilagojen posameznikovim potrebam. Vendar pa je na splošno mogoče opredeliti številne "gold standardne" cilje, ki se lahko štejejo za veljavne za splošne težave, kot so npr:

- povrnitev simetrije obraza v mirovanju in gibanju
- izboljšanje količine gibanja, pri čemer je pomembno iskanje kakovosti (selektivnost)

- delovanje na komunikacijske, verbalne in neverbalne vidike ter druge funkcionalne vidike, kot so: žvečenje, sesanje, zadrževanje tekočine
- preprečevanje ali učenje obvladovanja zapletov.

V okviru rehabilitacijskega programa je po potrebi zagotovljeno usposabljanje negovalcev.

Rehabilitacijsko zdravljenje na oddelku za rehabilitacijo

V naši službi menimo, da je pristop, ki temelji na fizioloških mehanizmih učenja in s tem motoričnega učenja, primernejši od drugih metodologij, ki iščejo refleksno aktivacijo gibanja in pogosto povzročajo nadležne mišične kontrakture, ki ovirajo okrevanje.

Cilj okrevanja, ki obravnava funkcije obrazne mimike ter funkcije fonacije, žvečenja in požiranja, je ponovno vzpostaviti kompleksnost in prefinjenost gibov, ki so značilni za obrazno mimiko, glavnega akterja vse "neverbalne" komunikacije, ki je, kot vemo, "nenadomestljivo" dopolnilo verbalni komunikaciji.

Prizadevamo si za obnovitev obraznih funkcij ne le z mišičnega vidika, temveč tudi kognitivnih in izraznih funkcij. Predvsem mora oseba pridobiti zavest: npr. z gibi, ki jih vodi terapevt, pogosto z zaprtimi očmi, da bi ji olajšali zaznavanje pravega giba in jo vodili k pravilni in čim popolnejši obnovi informacij glede natančnega gibanja obraza.

S pravilno ponovno pridobitev najprej zaznave in nato gibanja se bomo izognili uporabi kompenzacijskih strategij, ki jih naše telo "spontano" uporablja, vendar ogrožajo ponovno vzpostavitev funkcije. Prav zaradi pomembnosti obrazne mimike v medosebnih odnosih je pomembno, da je ta obnovitev čim bolj podobna fiziološki, pri kateri se spontano aktivirajo strategije programiranja gibanja, ki jih je treba po dogodku namesto tega ponovno pridobiti.

Pogostost zdravljenja

Odvisno od primera bo bolnik na začetku na pregledu 2-3-krat tedensko. Posvet traja 45 minut.

Terapevtski predlogi: nekaj primerov

V nadaljevanju so prikazane slike nekaterih vaj in orodij, ki se uporabljajo med rehabilitacijskim zdravljenjem.

Prepoznavanje otipljivih površin

Za ponovno vzpostavitev enakopravnega zaznavanja obraza se uporabljajo loparčki za pregled grla, prevlečeni s površinami, prijetnimi na otip. Vaja je koristna tako za zaznavanje okvarjenih mišic kot tudi za zmanjšanje/odpravo morebitne bolečine zaradi neskladja med informacijami, ki prihajajo iz paretičnega obraza, in tistimi, ki so shranjene "v spominu".



Obnovitev sposobnosti zadrževanja tekočin

Včasih patologija povzroči pomanjkanje sposobnosti upravljanja tekočin v ustni votlini z nadležnim uhajanjem. Cilj predlagane vaje je z uporabo tridimenzionalnih površin, zaznanih v licu ali ustnici, obnoviti zaznavanje obolelega dela, da bi ponovno vzpostavili funkcijo zadrževanja, ki jo opravljajo mišice lica in ustnice.



KORISTNE INDIKACIJE ZA PREPREČEVANJE NADALJNJIH POŠKODB

V akutni in subakutni fazi so koristni naslednji previdnostni ukrepi:

- poskrbite, da se med vsakodnevnimi dejavnostmi ne pojavijo stanja kontrakture/utrujenosti obraza;
- da bi izboljšali zavedanje, v ogledalu preverite, koliko, na primer med govorjenjem, prevladuje zdravi del, ki za seboj vleče bolni del in poslabšuje asimetrijo;
- izogibajte se siljenju obraza, npr. pri daljšem pogovoru, zlasti po telefonu, kjer ni vizualnega opomnika za neverbalno komunikacijo;
- dokler se veka ne zapre sama, in po nasvetu oftalmologa, spite z obližem na očesu. V tem obdobju so priporočljivi pogosti pregledi oči, da bi se izognili poškodbam roženice (uporaba posebnih kapljic za oči itd.);
- izogibajte se preveč svetlim lučem in pretiranemu sedenju za računalnikom (za slednje so lahko koristne zaščitne leče proti modri svetlobi, vprašajte svojega oftalmologa); ko začitute utrujenost oči, se ustavite in sprostite obraz;
- izogibajte se mrazu, prepihu in si dobro zaščitite obraz;
- Da bi se izognili patološkim kompenzacijskim strategijam, lahko postopoma poskušamo žvečiti na oboleli strani, vendar ne preveč čvrsto ali žvečljivo hrano. Izogibajte se žvečenju ameriškega žvečilnega gumija;
- ko si umivate zobe, usta izpirate počasi, z majhnimi količinami vode, brez siljenja.

Za zaključek lahko rečemo, da se je treba za čim bolj fiziološko okrevanje izogibati telesnim vajam, s katerimi se poskuša povrniti moč: s tem namreč tvegamo pojav nehotenih gibov in pretirano povečanje mišičnega tonusa, pri čemer pa ne moremo odpraviti hiperaktivnosti na zdravi strani, asimetrije in funkcionalnega primanjkljaja.

Bibliografija

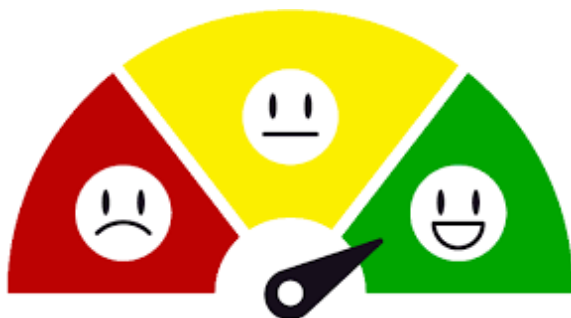
1. Bandel D., Mezzarobba S. (2007), "Il linguaggio di Fabio: dall'esperienza della patologia... al linguaggio del cambiamento", Riabilitazione Neurocognitiva, vol.1. 49-57
2. Bandel D., Antoni S., Supanz C., De Michiel A. (2009). Il volto tra percezione, emozione ed espressione: esperienza di trattamento neurocognitive in un soggetto con paralisi del VII nervo cranico. Riabilitazione Neurocognitiva, vol. 2, 163-176
3. Baron M. R. (1997). L'utilizzo dell'immagine nelle lesioni del VII nervo cranico. Riabilitazione e Apprendimento, Guido Gnocchi Editore, anno 17, n. 2, 139-142
4. Decety J. (1996), The neurophysiological basis of motor imagery. Behav. Brain Res. 77 (1-2): 45-52 cit. in Perfetti (2000)
5. Jeannerod M. (1984). The representing brain: neural correlates of motor intention and imagery, Behav. and Brain Sci., 17, 187
6. Lotter M., Quinci A. (2012). La riabilitazione delle paralisi del VII nervo cranico – Teorie e proposte terapeutiche, ed. Piccin
7. Perfetti C. (2000). Immagine motoria, rappresentazione mentale ed esercizio terapeutico. Riabilitazione Cognitiva vol. 1, 13-29

Spletni viri

8. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4559>
9. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/malattie-neuro-oftalmologiche-e-dei-nervi-cranici/paralisi-del-nervo-facciale>
10. [Bertinchamp U. \(2017\). Facilitazione propriocettiva neuromuscolare: concetto PNF \(Kabat-Knott-Voss\). EM Consulte, I – 26-075-B-10](#)

OPOMBA

Ta brošura vsebuje informacije, ki so veljavne v času tiskanja in se redno posodablja. Med posameznimi izdajami lahko pride do sprememb v delovanju.



Dokument je pripravil: Urad za medije, komuniciranje, zunanje
odnose in odnose z javnostmi na podlagi besedil in slik, ki jih je
zagotovila Kompleksna struktura za Rehabilitacijo
Dr. Valentina Pesavento