

# PARALIZIA FACIALĂ DE TIP PERIFERIC CHARLES BELL LA COPIL ȘI ADOLESCENT

## Fizioterapie și recuperare funcțională

# BELL'S FACIAL PALSY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

## Physiotherapy and Rehabilitation

Ligia Robănescu<sup>1</sup>, Cristina Bojan<sup>1</sup>, M. Stoicescu<sup>1</sup>

### REZUMAT

---

Paralizia facială Bell este o formă de paralizie temporară de cele mai multe ori, probabil virotică sau produsă în urma unui traumatism. Poate fi uni sau bilaterală.

Tratamentul include medicație (steroidi, antivirale, vitamine din complexul B), fizioterapie (comprese calde, exerciții speciale, masaj, electrostimulări, infraroșii, terapie laser, acupunctură), infiltrații cu toxina botulinică, excepțional tratament chirurgical.

**Cuvinte cheie:** paralizie facială, medicație antivirală, steroidi, fizioterapie, reabilitare.

### ABSTRACT

---

Bell's facial palsy is a form of temporary facial paralysis, probable a virus infection or trauma, to one or two facial nerves.

Treatment may include medication (such a steroids, antiviral drugs, B vitamins), physiotherapy (heat packs, special exercises, massage, electrical stimulation, infra red, low level laser therapy, acupuncture), Botulinum toxin, possible surgery.

**Key words:** Bell's palsy, antiviral drugs, steroids, physiotherapy, rehabilitation.

Paralizia facială Bell este o afecțiune neurologică acută interesând traiectul nervului facial sub nucleul bulbo-protuberanțial, producând pareza sau paralizia homolaterală a musculaturii feței, mai rar bilateral (cca 20% din cazuri).

Este cea mai frecventă boală ce afectează un nerv cranian.

Se întâlnește în mod egal la ambele sexe, gravidele fiind mai des afectate (8). S-ar părea că în peste 60% din cazuri, partea dreaptă este cea interesată.

#### TABLOU CLINIC

- dureri retroauriculare sau faciale.
- asimetrie facială, trăsăturile feței coborâte de partea bolnavă, deviate spre partea indemnă.

- în mișcarea de arătare a dinților, se ridică numai partea sănătoasă.
- ștergerea șanțului nazo-labial.
- lagoftalmie, chiar și în somn („ochi de iepure”).
- de partea afectată globul ocular este rotat în sus și în afară (semnul Ch. Bell).
- epiphora - prin paralizia neuronul Horner.
- uneori ulcerații ale corneii lipsind clipirea.
- hiperacuzie.
- disgenezie (alterări ale gustului).

#### ETIOLOGIE

- virusul herpes zoster.
- virusul herpes simplu, care ar exista în stare latentă în ganglionul geniculat, reactivat în stări de stress, expunere la frig etc.

---

<sup>1</sup>Spitalul “Prof. Dr. Al. Obregia”, Clinica de Neuropediatrie, București

Adresă corespondență:

Ligia Robănescu - Șos. Berceni nr. 10-12, sector 4, c.p. 041915

— „a frigore” (idiopatică), fără etiologie precizată (8,12, 20, 22).

## DIAGNOSTIC

a. Examenul clinic dă indicații asupra topografiei leziunii (9).

— leziune între neuronul protuberanțial și ganglionul geniculat - **paralizie facială periferică fără tulburări de gust și de sensibilitate a limbii.**

— la nivelul ganglionului geniculat - **paralizie facială + tulburări văl palatin + audição dureroasă + tulburări de gust, salivatie, sensibilitate limbă.**

— sub ganglionul geniculat, deasupra nervului scăriței - **paralizie facială + tulburări auditive, tulburări de sensibilitate linguală și salivatie.**

— sub nervul scăriței - **paralizie facială + tulburări sensibilitate linguală și de salivatie**

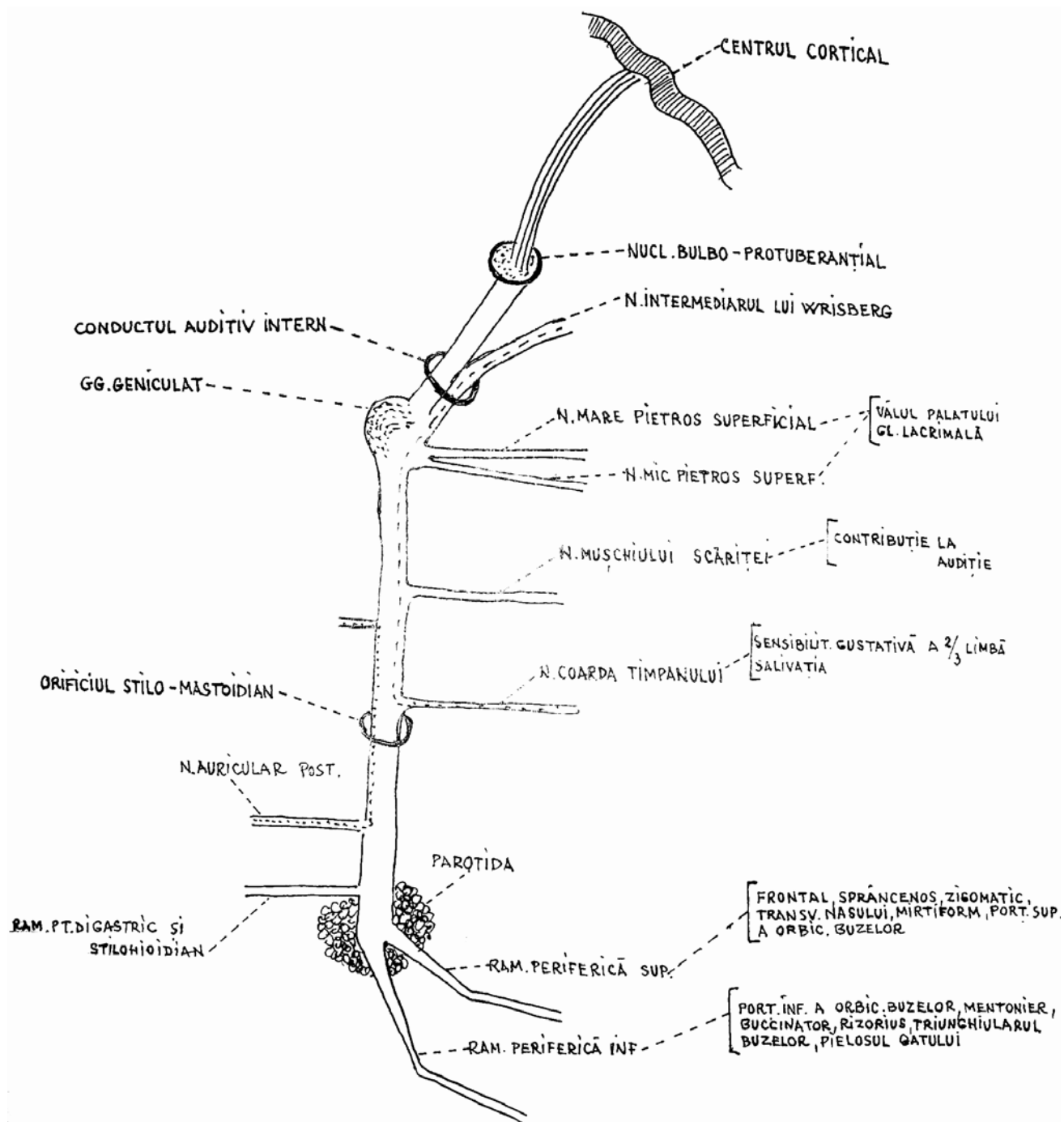


Fig. 1. Nervul facial (schemă). După Grigorescu D., Păunescu-Podeanu A.

- sub orificiul stilo-mastoidian – **paralizie facială pură motorie, dureri auriculare, pareză pavilion sau pareze incomplete.**

*b. Controlul: (12,14, 22, 24, 28)*

- conductului auditiv extern: vezicule granulații, polipoză.
- zonei parotidei: eventuale tumori.
- orofarinxului: amigdale.
- extremităților: în sindromul Lyme.

*c. EMG*

După 10 zile oferă date asupra evoluției (22)

- fibrilații = evoluție nefavorabilă.
- potențiale polifazice voluntare = prognostic favorabil.

*d. RMN*

Eventuale leziuni vasculare, tumorale etc.

*e. Audiograma*

Poate releva neurinom de acustic.

*f. VSH, leucogramă – eventual proces inflamator.*

*g. Culturi secreție ureche.*

*h. Nivelul plumbului în sânge (neuropatii).*

*i. Puncție lombară (Guillain-Barre).*

*j. Testul stetoscopului (paralizie nerv stapedius) (12) – hiperacuzie.*

*k. Testul salivatiei comparativ dreapta cu stânga (12).*

*l. Testul Schirmer cu benzen pentru reflexul nasolacrimar.*

*m. Testarea sensibilității limbii pe ambele părți cu zahăr, sare, oțet.*

*n. Test anticorpi IgM și IgG (Boala Lyme) (24).*

## DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

### Afecțiuni vasculare:

- aneurisme, embolii, tromboze,
- hemoragii pe teritoriul arterei cerebeloase inferioare (sindromul Horner, ataxie, analgezie heterolaterală)

- Sindromul Ramsey-Hunt (herpes zoster al ganglionul Geniculat) (26): vezicule la adult, dureri, vertij, tulburări gust.
- Sindromul Melkersson-Rosenthal (paralizie facială alternantă) (5, 6, 23): edem facial, limbă fisurată.
- Boala Lyme (prin căpușe) (24): dureri articulare și musculare, eritem extremități, tulburări gastrice, tulburări vedere, auz.
- Neoplasm zona cerebelo-pontină, neurinom de acustic.
- **Inflamații:** meningo-encefalite, abces cerebral, sifilis, TBC.
- **Afecțiuni autoimune:** scleroza multiplă, colagenoze, sindromul Guillain-Barre.
- **Afecțiuni iatrogene** (după intervenții chirurgicale la nivelul urechii, glanda parotidă).
- Traumatisme cu fracturi craniene, hematom epi sau subdural.
- **Paralizii faciale congenitale:** travaliu prelungit, distrofie miotonică, mal. Albers-Schonberg (osteo - petroză cu compresie pe nerv).
- Distrofii musculare
- Poliomiiozită paralizie facială bilaterală
- Miastenie
- Hipoplazia m. triunghiular al limbii
- Sindromul Goldenhar – arcurile embrionare branhiiale 1 și 2 anormale
- Sindromul Moebius – congenital, de obicei bilateral + leziuni ale altor nervi cranieni

## EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

- Paralizia Bell se reduce spontan în 85% din cazuri în câteva săptămâni
- 10% din cazuri rămân cu ușoară asimetrie facială
- 5% netratate rămân cu sechele importante, cu disfuncții musculare, diskinezii (3, 8, 19)
- Revenire la normal rapidă mai ales la copiii sub 10 ani
- Prognostic bun dacă nu există tulburări ale gustului (5)
- Prognostic nefavorabil când persistă peste 3 săptămâni (1, 19, 22)
- dureri faciale
- afectare a gustului
- modificări lacrimale (5, 6)
- repetarea episoadelor de pareză.

### Complicații (8, 17)

- la bolnavii peste 60 ani
- la cei cu sindromul Ramsey - Hunt
- bolnavi cu diabet
- sarcină
- EMG cu degenerare severă
- agenezie.

### Sechele

Dacă după 3 luni regenerarea nu este completă:

- epiphora („lacrimi de crocodil”) (15)
- obstrucție nazală
- asimetrie facială
- disgenezie (3,12)
- agenezie
- disestezie (senzație dezagreabilă la stimuli gustativi normali)
- infecții ale corneii
- sincinezii esențiale și emoționale (2, 8)
- hemispasm facial (8, 12)
- hipertonia musculaturii afectate
- recurență în 10 - 12% din cazuri (12, 15)
- Paralizia Bell la copii (12)
- cea mai frecventă cauză a paraliziei faciale la copiii sub 10 ani
- ¾ din cazuri – revenire spontană
- 6% rămân cu spasm facial, sincinezii
- prognostic nefavorabil în infecția cu Zona Zoster.

## TRATAMENTUL

### În faza acută:

- prevenirea complicațiilor corneei – lacrimi artificiale
- mască pentru închiderea ochiului noaptea
- eliminarea alimentelor ce stagnează în partea afectată.

### Tratamentul medicamentos (10, 12, 21, 25)

- steroizi
- medicație antivirală
- vitamine din grupul B
- toxină botulinică (2, 13):
  - în pleoapa superioară pentru protecția ochiului;
  - pentru reducerea spasmului facial.

Tratamentul medicamentos este contestat de unii autori, dar se pare că este totuși eficient, mai ales dacă este introdus în primele 72 de ore.

### Tratamentul chirurgical (10)

- Transpoziții musculare cu mușchi temporal, mase-  
ter, ce nu sunt conectați la nervul facial
- Decompresiune a nervului facial.

### Tratamentul fizio-kinetic (3, 15, 18, 27)

Înainte de a începe tratamentul se efectuează:

- aprecierea tonusului muscular:  
0 = tonus normal  
1 = hipotonie  
2 = atonie
- electroneurografie (în primele zile) pentru aprecierea procentului de fibre afectate.
- EMG – viteza de conducere nervoasă, comparativ dreapta cu stânga

### Masajul extern

- blând, de la un punct situat la 1,5 cm. deasupra rădăcinii sprâncenelor spre 1/3 mediană a regiunii anterioare a pielii capului
- se plasează 4 degete pe sprânceană – masaj spre rădăcina părului și înapoi
- fricțiuni circulare în sensul acelor de ceasornic pe obraz, bărbie
- efluraj la nivelul feței și alunecări pe tegumente
- masaj în 8 pe tâmpile.

**Nu vibrații, tapping, stretch pentru mușchii faciali, ei neavând fusuri musculare, deci nu stimulează contracția.**

### Masajul endobucal

- se practică în cazul apariției tetanizărilor mușchiului buccinator, zigomatic, canin, pielosul gâtului
- degetul mare în gură în dreptul urechii, celelalte 4 degete exercită mișcări în jos și înainte 10-30 sec., apoi spre centru și în sus spre maxilar
- automasaj – cu policele opus părții paralizate, pe fața internă a obrazului
- indexul și mediusul pe fața externă
- se masează obrazul întinzându-l ușor în jos și spre partea indemnă, fără a se permite coborârea pleoapei inferioare

### Exerciții de mimică

Nu se recomandă imediat după apariția paraliziei, ci după câteva zile, pentru că:

- la nervul facial degenerarea e foarte lentă
- mușchii faciali nu au fusuri musculare
- se dă timp nervului facial să înceapă regenerarea
- se evită apariția spasmului facial (15).

### Exercițiile de mimică sunt precedate câteva zile de:

- aplicații de căldură umedă sau sollux 10 min. la 1 m.
- masaj ușor
- exerciții mentale de mimică la copiii mai mari sau adulți.

### Principiile aplicării exercițiilor de mimică (15)

- se anulează întâi acțiunea mușchilor de partea indemnă
- mușchii paralizați vor fi plasați în poziție neutră pe cât posibil
- mușchii paralizați nu vor fi întinși la maximum (fibrele de actină și miozină se pot apropia)
- exercițiile se execută lent, pentru a recruta cât mai multe unități motorii
- când se lucrează cu mușchii din partea superioară a feței, nu se vor activa cei din partea inferioară și invers
- dacă apare brusc hipertonie și apoi sincinezii, mușchii paralizați trebuie plasați în întindere maximă
- recuperarea va fi analitică și progresivă, nu globală, căci s-ar dezvolta dezechilibru între mușchii „dilatatori” și cei „constrictori”.

### Exercițiile propriu zise (3, 15, 27)

- exerciții de inspirație pe nas
- încrețirea nasului
- umflarea nărilor
- răsucirea interioară a buzei superioare și protruzia celei inferioare
- apropierea buzelor între ele, cu apăsare
- încrețirea buzelor ca pentru fluierat
- zâmbet fără arătarea dinților
- zâmbet cu arătarea dinților
- se încearcă încet mișcarea buzelor spre zâmbet, apoi se încrețesc încet spre centru
- se încrețește bărbia
- cu indexul și policele se împing ușor colțurile gurii spre pomeți, pentru realizarea surâsului
- se încearcă închiderea ochiului încet, fără coborârea sprâncenei
- se înalță sprânceana și se menține 10 – 15 sec.
- se încrețește fruntea
- se mimează încruntarea
- se încearcă pe rând închiderea ochilor
- pacientul e pus să articuleze: a, e, i, o, u
- se deschid larg ochii, fără a se mișca sprâncenele
- se lasă relaxată buza inferioară în jos și înainte, cu ochii deschiși, musculatura gâtului relaxată 15 sec.

**Nu se va indica mestecarea de chewing - gum, căci ar pune în exercițiu mușchi ce nu trebuie stimulați.**

În cazul sincinezilor:

- se încearcă frânarea activității involuntare a mușchilor paralizați prin întinderea la maximum a acestora

- se apropie buzele, se presează ușor, urmărind în oglindă mișcările necontrolate
- se relaxează buzele ușor, astfel ca mișcările necontrolate ale orbicularului ochiului să se relaxeze după câteva exerciții
- se surâde încet, urmărind în oglindă să nu apară spasmul pleoapelor.

Castillo Morales a descris puncte motorii la nivelul feței, care stimulează, provoacă răspunsuri:

- punct nazal superior
- punct nazal inferior
- punct al aripii nasului
- punct deasupra buzei superioare
- punct în partea externă a ochiului
- punct al bărbiei
- punct sub planșeul bucal

Stimulările se efectuează cu degetul arătător sau mijlociu, presiunea exercitându-se în anumite direcții împreună cu producerea de vibrații.



Fig. 2. Puncte de stimulare (după C. Morales)

Fiecare punct este destinat unor mușchi faciali sau ai gâtului.

Stimulările se fac bilateral, în cazul paraliziei Bell de două ori de partea afectată și odată de partea indemnă.

Metoda este interesantă, am aplicat-o la 15 copii. Pare să scurteze timpul de vindecare.

Necesită însă cunoașterea exactă a modului de acțiune al fiecărui punct motor și mult antrenament.

## ELECTROTHERAPIA

### A. Electrostimulările:

- controversate, căci s-ar adresa mușchilor „dilatați”, mai puternici, în detrimentul celor antagoniști – mai slabi, fiind „suspendați” și greu accesibili. (15)
- se realizează cu curenți exponențiali de joasă frecvență, cu pantă lentă.
- după mulți autori grăbesc vindecarea (3, 4, 15, 27).
- nu sunt indicate în cazul apariției spasmului facial.

### B. Infracșii

- se aplică 15-20 min. cu protecția ochilor.

### C. Ultraviolete

- se aplică 3 grade eritem în zona dintre mastoidă și mandibulă.

### D. Oxigen hiperbaric

Școala germană din Freiburg are rezultate bune la adulți prin respirația O<sub>2</sub> pur în camera hiperbară. Se atinge 7% oxigen în sânge care favorizează regenerarea tisulară și a capilarelor.

### Interzise ultrasunetele!

**Ele pătrund prin osul cranian și sunt absolut contraindicate la nivel cerebral, ureche și alte organe interne sensibile la ultrasunete.**

În concluzie, tratamentul fizioterapeutic al paraliziei faciale Bell este totuși benefic, mai ales că pacienții sosesc după 2-3 săptămâni, timp în care nu s-au constatat întotdeauna semne de ameliorare și în orice caz, tratamentul previne instalarea sechelelor.

## BIBLIOGRAFIE

1. Ahmed A. 2005. When is facial paralysis Bell Current diagn. and treatment. Cleve clin J. Med. 72 (5): 398 - 401, 405
2. Armstrong M.W., Mountain R.E., Murray J.A. 1996. Tretm. of facial synkinesis and facial asymetry with botulinum toxin type A following facial nerve palsy. Clin otolaring. 21, Nr. 1, 15 - 20.
3. Beurskens CH., Heymans P.G. 2003. Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, social and physical aspects of facial disability. Otol.Neurol. 24: 677 - 81.
4. Brach J.S., Swearingen J.M.1999. Physical therapy for facial paralysis: A tailored treatm. approach. Physical therapy 79 (4): 397 - 404.
5. Cezar I. 1997. Neurologie compendium. Ed.100 + 1 Gramar ed. II, 103 - 105.
6. Driguet M.N. 1980. Paralysies facials recidivantes, alternantes et bilaterales chez l'enfant. Thèse Med. Pris - dans Neurologie pédiatrique. Arthuis M., Dulac O., Ponsot G., Pinsard N., Mancini J. Ed. Flammarion Médecine Sciences ed. II, 969 - 70.
7. Fish V.1981. Surgery for Bell's palsy. Arh. Otolaryng. 107: 1 - 11.
8. Gilden D. H. 2004. Clinical practice Bell's palsy. neuronul Englanda J. Med 351 (13): 1323 - 31.
9. Grigorescu D., Păunescu-Podeanu A. 1937. Neurologie practică. 285 - 90.
10. Grogan P.M., Gronseth G.S. 2001. Practice parameter: steroids, acyclovir and surgery for Bell's palsy. Neurol. 56: 830 - 6.
11. Hato N., Matsumoto S., Kasaki H., Takahashi H., Wakisaka H., Honda neuronul et all. 2003. Efficacy of early treatm. of Bell's palsy with oral acyclovir and prednisolone. Otol. Neurot. 24: 948 - 51.
12. Holland N.J., Weiner M. 2004. Recent developments in Bell's palsy. BMJ: 329: 553 - 57.
13. Ito H. 2007. Low dose subcutaneous injections of botulinum toxin type A for facial synkinesis and hiperlacrimation. Acta Neur. Scandinavica. O,
14. Kasse I. and all. 2003. Clinical data and prognosis in 1521 cases of Bell's palsy. Internat. Congress series (2003) issue. Vol. 1240 page 641 - 47.

15. Kiss I. 1999. Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală. Ed. Med. Buc., m p. 190 - 96.
16. Morales C. 1998. Die orofaziale Regulationstherapie. Pflaum Verlag Munchen, seite 150 - 156.
17. Morris A.M., Deeks S.L., Hill M.D. et al. 2002. Annualized incidence and spectrum of illness from an outbreak investigation of Bell's palsy. *Neuroepidemiology* 21 (5) 222 - 61.
18. Nica A.S. 2003. Recuperare medicală. Ed. Universitară C. Davilla. Buc. 176 - 77.
19. Peitersen E. 1982. The natural history of Bell's palsy. *Am J. Otol.* 4 (2): 107 - 11.
20. Peitersen E. 2002. Bell's palsy: the spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different aetiologies. *Acta Otolaryng. Suppl.* 549: 4 - 30.
21. Pensak M.L. 2001. Controversies in otolaryngology. New York Thieme 218 - 311.
22. Roob G., Fazekas F., Hartung H. P. 1999. Peripheral facial palsy: etiology, diagnosis and treatm. *Eur. Neurol.* 41 (1): 3-9.
23. Roseman Boala, Mulvihill J. J. 1978. Melkerson-Rosenthal syndrome în a 7 year old girl. *Pediatrics* 61: 490.
24. Stanek G., Strle F. 2003. Lyme borreliosis. *Lancet* 362: 1639 - 47.
25. Sullivan F.M., Swan I.R., Donnan P.T. et al. 2007. Early treatm. With prednisolone or acyclovir în Bell's palsy. *N. England J. Med.* (16): 1598 - 607.
26. Sweeney C.J., Gilden D.H. 2001. Ramsay-Hunt syndr. *J. Neur., Neurosurg., Psychiatry.* 71: 149.
27. Texeira L.J., Soares Boala, Vieira V.P., Prado G.F. 2008. Physical therapy for Bell's palsy (idiopatic facial paralysis). *Cochrane Database of Syst. Reviews, Issue 3.*
28. Tiemstra J.D., Khatkhate neuronul 2007. Bell's palsy: diagn. And management. *Am Farm. Physician* 76: 997 - 1002.