

RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA VÝSKYTU PERIFERNÍ PARÉZY NERVUS FACIALIS V ENDEMICKEJ OBLASTI LYMESKÉ BORELIÓZY REGIONU OPAVA – OKOLÍ ZA ROK 2011

Lucia Haratimová

Neurologické oddělení

Slezská nemocnice v Opavě, p.o.

VLASTNÍ POZOROVÁNÍ I

- ✘ Za dobu od 1.1.2011 do 31.12.2011 jsme pomocí nemocniční počítačové sítě vytvořili soubor pacientů podle základní diagnózy G51.0 – G51.9. Jednalo se o pacienty ambulantně ošetřené, resp. posléze hospitalizované na neurologickém oddělení, dále o ambulantně ošetřené pacienty bez následně navazující hospitalizace a v neposlední řadě o pacienty, ke kterým byl neurolog přizván ke konziliárnímu vyšetření.
- ✘ Z vyhledaných pacientů (celkový počet 62) byli vybráni ti, u nichž v období od 1.1.2011 do 31.12.2011 vznikla periferní paréza nervus facialis.
 - Zahrnutí do souboru nebyli pacienti:**
 - ✘ u kterých byli v uvedeném období provedeny ambulantní kontroly pro dříve vzniklou periferní parézu n. facialis.
 - ✘ pacienti, kteří navštívili neurologickou ambulanci v daném období s jinou základní diagnózou (tj. nesprávně zadaný kód základní diagnózy dle MKN).

VLASTNÍ POZOROVÁNÍ II

- ✘ Po úvaze rovněž nebyli do souboru zahrnuti **3 pacienti (2 muži a 1 žena)**, u kterých byla jasně stanovená diagnóza periferní parézy n. facialis, spadající do uvedeného časového rozmezí, nicméně pacienti odmítli z různých důvodů další došetřování.
- ✘ Do souboru pacientů jsem rovněž nezařadila **dvě pacientky** - u obou žen (rok narození 1952 a rok narození 1978), přijatých na neurologické oddělení pod diagnózou periferní obrny lícního nervu (a tímto směrem i zaléčených), u kterých nakonec byla stanovena dg centrální parézy n. facialis na podkladě ischemické CMP.
- ✘ Odložené MRI mozku obou pacientek prokázalo v prvním případě atypické ložisko již odeznívající ischemie paraventrikulárně vlevo, resp. v druhém případě akutní ischemii v povodí ACM vpravo.

VLASTNÍ POZOROVÁNÍ III

U vzniklého souboru pacientů (34 pacientů) byla v dokumentaci vyhledána:

- × doba od vzniku prvních příznaků nemoci do 1. návštěvy u lékaře (praktický lékař, neurolog, infektolog, pediatr, příp. dětský neurolog)
- × doba od vzniku potíží do nasazení adekvátní terapie
- × výška léze
- × vstupní i výstupní tíže postižení
- × výsledky provedených vyšetření
- × stanovení pravděpodobné etiologie vzniku periferní obrny lícního nervu.

VYŠETŘENÍ

- ✘ S cílem ulehčit všem kolegům neurologům náročnou ambulantní práci a pohotovostní služby bylo **vytvořeno tzv. strukturované MAKRO**.
- ✘ Jeho obsahem byla podrobnější anamnéza, návrh objektivního neurologického nálezu
- ✘ Po podrobném vyšetření následuje předběžné stanovení diagnózy, v optimálním případě tedy diagnózy periferní parézy n. facialis
- ✘ Stanovíme výšku léze
- ✘ Určíme tíži postižení dle modifikované House – Brackmannovy škály – **viz tabulka**
- ✘ K etiologii je v tomto období obtížné se vyjádřit.
- ✘ Pacientovi nabídneme hospitalizaci s provedením lumbální punkce (od podzimu 2011 provádíme lumbální punkce paušálně atraumatickou jehlou, čímž se počet odmítnutých lumbálních punkcí zcela minimalizoval)
- ✘ Tento výkon i další došetřování vedeme nyní ambulantní cestou.

Stupeň

Charakteristika

I - normální

Normální funkce

II – mírná dysfunkce

V klidu: normální symetrie a tonus
Při pohybu: mírná asymetrie, zavře oko s minimálním úsilím

III – střední dysfunkce

V klidu: normální symetrie a tonus
Při pohybu: střední asymetrie, zavře oko s úsilím

IV – středně těžká dysfunkce

V klidu: normální symetrie a tonus
Při pohybu: výrazná asymetrie, oko zcela nezavře přes maximální úsilí

V – těžká dysfunkce

V klidu asymetrie
Minimální pohyb, oko nezavře

VI - plegie

Bez pohybu

ANAMNÉZA I

- × první symptomy, jakého byly charakteru, kdy vznikly, kdy vznikla motorická porucha
- × přítomnost bolesti, nepříjemných pocitů
- × pokud bolest, kde a jakého byla charakteru
- × produkce slz
- × hyperakuze, diplakuze
- × poruchu chuti na jazyku
- × dáme prostor pacientovi k prezentaci dalších symptomů, které byly pro něj nezvyklé, obtěžující
- × úrazový děj v předchorobí
- × nedávný febrilní infekční
- × průjemovitě onemocnění
- × stresová zátěž (psychická i fyzická)
- × případně zánět středouší, prochlazení

ANAMNÉZA II

- ✘ epidemiologická anamnéza - zákus klíštěte, přítomnost erythema chronicum migrans či oligoartritidy v dalších týdnech
- ✘ prodělaná vakcinace proti klíšťové meningoencefalitidě
- ✘ v osobní anamnéze se zaměřujeme na některá vybraná onemocnění mající vztah ke vzniku periferní parézy n. facialis (diabetes mellitus, hypertenze, vředová choroba gastroduodena, TBC, sarkoidóza, polyneuropatie, závažné úrazy, operace a jiné nemoci, které pacient je ochotný a schopný sdělit).
- ✘ zvykle se ptáme na farmakologickou a alergickou anamnézu
- ✘ u žen gynekologická anamnéza, údaj o poslední menstruaci, možnost gravidity.
- ✘ důležitý je údaj o váze pacienta vzhledem k další aplikaci kortikosteroidů (KS).

OBJEKTIVNÍ NEUROLOGICKÝ NÁLEZ

Objektivní neurologický nálezn by se v ničem neměl lišit od běžně užívaného tak, jak je každý z kolegů zvyklý neurologické vyšetření provádět.

Podrobněji se zaměříme:

- × na hlavové nervy
- × řeč
- × inervaci n. facialis - obou jeho větví
- × palpaci parotidy
- × známky meningeálního dráždění
- × na boltci a na měkkém patře nepřehlédnout přítomnost vesikul !!!
- × podobně vyšetřit končetiny (často velmi diskrétní nálezn mono- či hemiparézy, kvadruparézy, cerebelárních symptomatiky)

LABORATOŘ

- ✘ Na neurologické ambulanci, nebo posléze při hospitalizaci je na našem pracovišti proveden **následný laboratorní screening**:
- ✘ krevní obraz, sedimentace, glykémie, glykovaný hemoglobin, renální parametry, Na, K, Cl, ALT, AST, GMT, sérologie boreliózy, TSH, fT4
- ✘ Základní likvorologické vyšetření, oligoklonální pásy, protilátky proti klíšťové encefalitidě, Lymeské borelióze + 1 zkumavka do zásoby při nálezu pleocytózy v likvoru k jeho dalšímu vyšetření (dle doporučení infektologa, případně další terapie probíhá na infekčním oddělení)
- ✘ Nově provádíme odběr intrathekální syntézy antiboreliových protilátek z likvoru
- ✘ U dětí již neprovádíme odběr glykovaného hemoglobinu, sedimentace a tyreoidálních hormonů (pokud pediatr neurčí jinak)

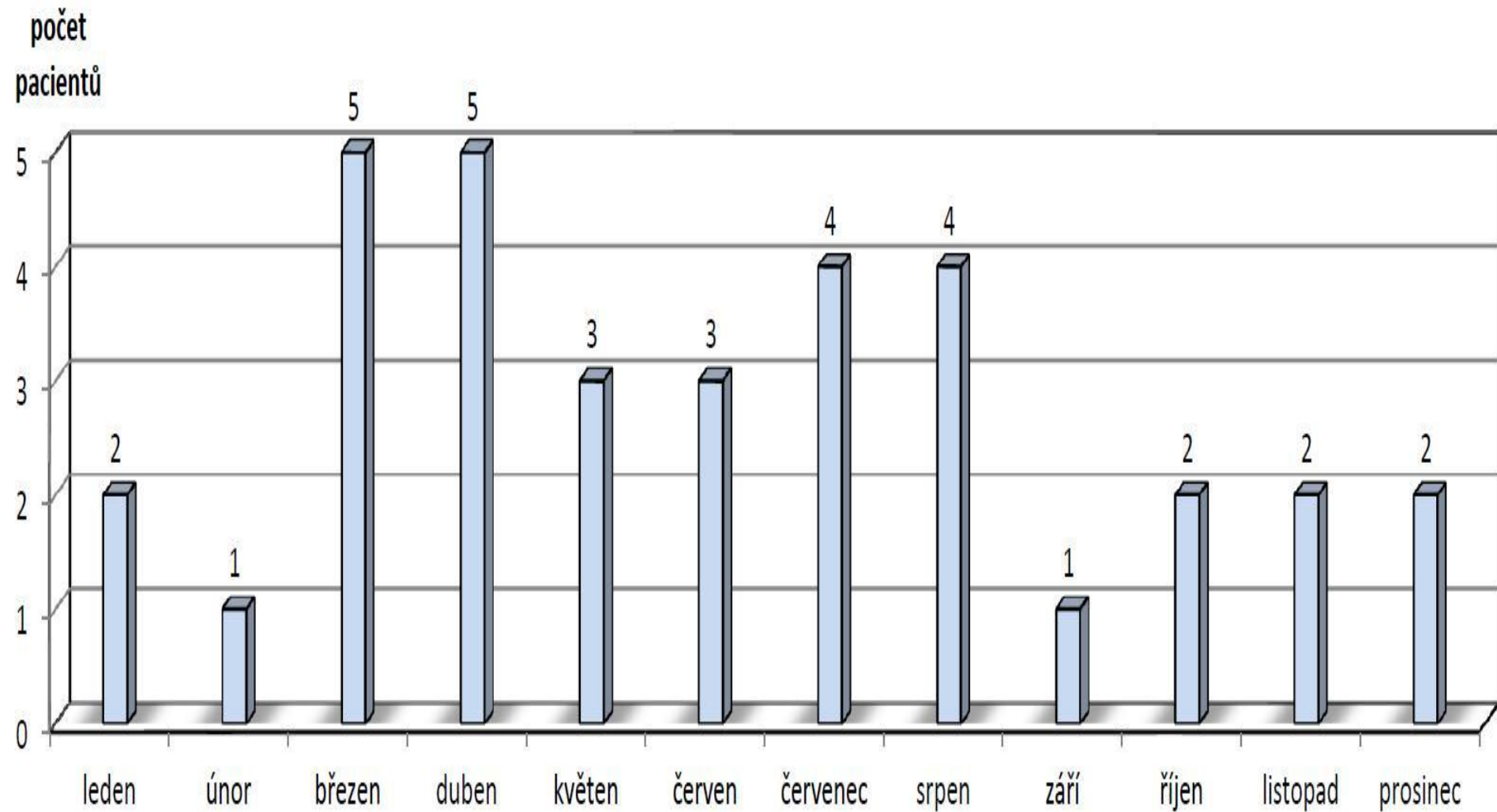
TERAPIE

- ✘ Při prvním kontaktu pacienta s lékařem je do medikace zařazen Prednison 20mg dle váhy, zaznamenáme první dávku, v kolik hodin byla pacientovi podána, **dávkování:**
- ✘ 1. a 2. den 2-2-0, 3. a 4. den 2-1-0, 5. a 6.den 1-1-0, 7. a 8.den 1-0-0, 9. a 10.den 1/2-0-0 do dobrání balení (balení Prednisonu po 20 tbl).
- ✘ Helicid 20 mg cps 1-1-1 a KCl 0.5g tbl 1-1-1 (současně s Prednisonem)
- ✘ B-komplex forte 1-0-1 dlouhodobě
- ✘ Péče o oko
- ✘ Vydána na doma brožura o paréze lícního nervu, je poučen o režimových opatřeních, odeslán k okamžité řízené rehabilitaci.
- ✘ Oční a ORL vyšetření v den prvního kontaktu s neurologem
- ✘ EMG vyšetření 7.-10. den od vzniku parézy – první kontrola po tomto EMG vyšetření, další za 3 – 6 – 12 měsíců.

VÝSLEDKY I

- ✘ Za rok 2011 jsme v našem regionu, kterého spád činí 170 000 obyvatel, zaznamenali tedy 37 periferních obrn lícního nervu. Toto číslo ať pro Vás není matoucí, jelikož 3 vyřazení pacienti, kteří odmítli veškeré došetřování, měli prokazatelně periferní obrnu lícního nervu, byť nezjištěné etiologie.
- ✘ **Incidence tedy činí 21,7 případů / 100.000 obyvatel / rok.**
- ✘ V našem souboru pacientů bylo 7 dětí, 12 žena 15 mužů. Věkový medián u dětí byl 12,80 let, v rozmezí 9 – 17,5 let.
- ✘ Průměrný věk žen v souboru byl 62,25 let, v rozmezí 24 – 86 let.
- ✘ Průměrný věk mužů v souboru 43,86, nejmladší muž měl 20 let, nejstarší 70 let.
- ✘ Do 24 hod od vzniku parézy se k lékaři dostavilo 11 pacientů. Z opačného spektra, 2 pacienti se prvně dostavili k lékaři až po měsíci, resp. po 2 měsících od vzniku parézy. Zbylým pacientům trvalo rozhodnutí o návštěvě lékaře v průměru 3 dny.
- ✘ Dle očekávání je častější výskyt perif. obrn n. facialis na jaře, o něco méně na podzim (graf 1).

GRAF 1



VÝSLEDKY II

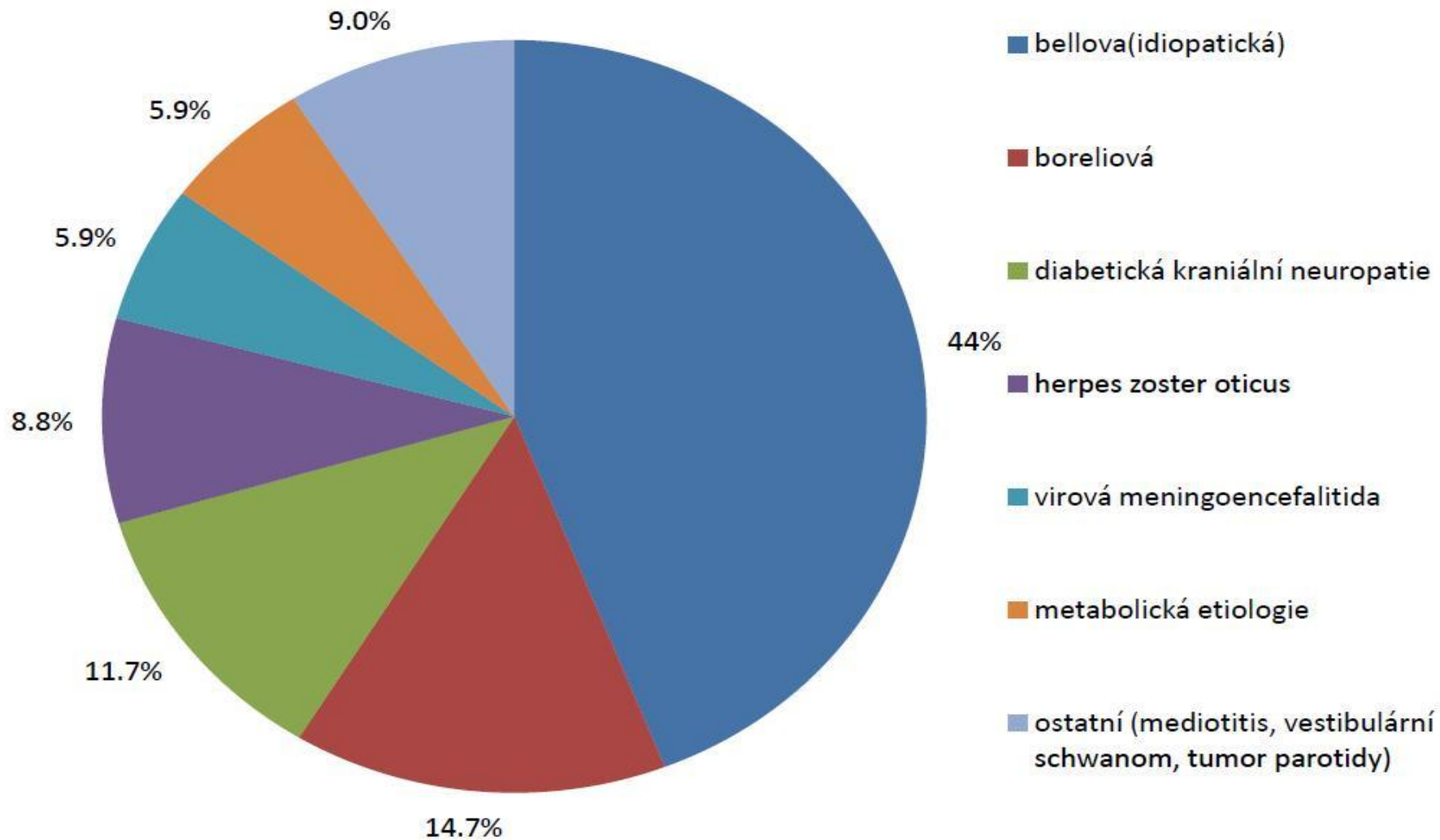
- ✘ Celkovou aplikací kortikoidů bylo léčeno **23 dospělých pacientů, 7 dětí (či dospívajících), 4 pacientům nebyly kortikoidy vůbec podány** – 2 pacienti přišli k lékaři po uplynutí 10 dnů od vzniku potíží (terapeutický efekt podání KS je tedy sporný). U dalších dvou pacientů jsem se ani retrospektivně v dokumentaci nebyla schopná dopátrat důvodu či spíše závažné kontraindikace nepodání KS.
- ✘ Lumbální punkce byla provedená u **30 pacientů**, u jednoho dítěte a 3 dospělých pacientů tento výkon nebyl proveden. V jednom případě z uvedených 30 lumbálních punkcí šlo o výkon odložený o několik měsíců, pacientka opakovaně výkon odmítala, ale pro MRI nález mozku suspektní z diagnózy RS ho nakonec podstoupila.
- ✘ Atraumatickým způsobem byla lumbální punkce provedená **4x**. Převažující výška léze u našeho souboru pacientů byla **infrachordální (24x)**. Převažující stranové postižení - **vlevo 18x**.

ETIOLOGIE

Etiologie periferní obrny lícního nervu na našem pracovišti (Graf 2)

- × idiopatická (Bellova) obrna 15x
- × Lymeská borelióza 5x
- × diabetická kraniální neuropatie 4x
- × herpes zoster oticus 3x
- × virová meningoencefalitida (etiologické agens blíže neurčeno) 2x
- × metabolická etiologie 2x
- × mediotitis otica 1x
- × vestibulární schwannom 1x
- × tumor parotidy 1x

GRAF 2



VÝSLEDKY III

- ✘ 14,7% z celkového počtu periferních obrn lícního nervu tvořila obrna lícního nervu při Lymeské borelióze. Jednalo se o **5 případů** z celkového počtu 34 obrn, z toho **2 děti ve věku 9 let a 3 dospělé ženy s věkovým průměrem 66 let.**
- ✘ Periferní paréza n.facialis je nejčastějším projevem LB u dětí, přichází v 50-55% případů.
- ✘ V České republice je promořenost klíšťat boreliemi kolem 15% (ve Středočeském a Moravskoslezském kraji až 27%).
- ✘ Incidence onemocnění LB v ČR se v posledních 10 letech pohybuje kolem **35 /100000/ R.** Nejvíce jsou postižení **dospělí nad 45 let s lehkou převahou žen a děti ve věkové skupině 5-9 let, nezřídka postižených oboustrannou obrnou.**
- ✘ Dochází k diseminaci borelií do centrálního nervového systému, kde vyvolají zánětlivou odpověď. Vysokou afinitu k centrálnímu nervovému systému vykazují sérotypy B.garinii a B.burgdorferi sensu stricto. Neurologické příznaky mohou být prvním projevem boreliové infekce, kožní nález časného lokalizovaného stádia nemusí být přítomen. Zhodnotit incidenci LB v našem regionu je spíše úkolem infektologů, na jejich oddělení se koncentrují veškeré případy LB a to nejenom z tohoto regionu. Náš soubor byl velmi malý a neobsahoval všechny případy LB s neurologickými projevy.

PROGNÓZOVÁNÍ DLE EMG

- ✘ Pokud není přítomná mezi 7. - 10.dnem spontánní patologická aktivita, pak se jedná o funkční blok (předpokládaná úprava obrny do 3 týdnů) nebo o demyelinizaci (úprava do 6-8 týdnů).
- ✘ Pokud jsou přítomné známky, že proběhla Wallerova degenerace, pak stimulujeme supramaximálním podnětem a snímáme CMAP, srovnáváme zdravou a nemocnou stranu obličeje (pokles ve srovnání s druhou stranou v % odpovídá zhruba % poškozených axonů). U axonotméze lze očekávat pozvolnou úpravu v řádu 4-6měsíců.

ZÁVĚREM...

- ✘ Rok 2011 byl prvním rokem, kdy jsme tento nový přístup k diagnostice a léčbě periferních obrn lícního nervu uvedli do praxe.
- ✘ Pacienty jsme měli v plánu sledovat minimálně 6 měsíců až 1 rok od vzniku prvních potíží. Na první kontrolu s odstupem 3 týdnů se ještě pacienti dostavili, jen minimum pacientů se dostavilo ke druhé, či dokonce třetí kontrole (po 6 měsících).
- ✘ Při prvním kontaktu s pacientem bylo důležité určit tíži postižení dle škály HBS. Tato škála byla rovněž součástí strukturovaného MAKRA. Retrospektivně právě škálování dle HBS bylo největším zdrojem chyb. Škálování při kontrole opisnou formou („obrna v dobré regresí“) je nedostačující a nic neříkající.
- ✘ Na druhou stranu, prognózování dle EMG bylo pro nás stěžejní.



SLEZSKÁ NEMOCNICE OPAVA

Děkuji za pozornost.