

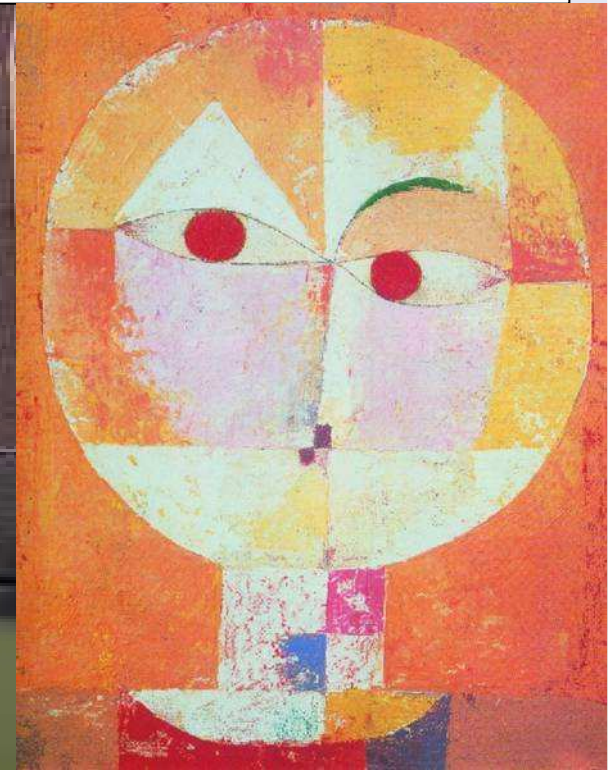


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Società Medico Chirurgica di Ferrara

Il Pronto Soccorso tra menù fisso e piatti di stagione

La paralisi di Bell



*Roberto Melandri
Medicina di Emergenza Urgenza AOU di Ferrara
r.melandri@ospfe.it*

Paralisi periferica del facciale

- ❑ Patologia con forte componente emotiva che induce il paziente a recarsi immediatamente al PS (soprattutto in caso di esordio acuto)
- ❑ Una diagnosi precoce ed una pronta terapia possono favorire un rapido recupero della funzionalità del nervo
- ❑ Negli USA circa 15-30 casi per 100.000 persone all'anno. Più o meno identica nella popolazione europea.
- ❑ Nella forma idiopatica, una stagionalità con prevalenza nei mesi invernali è stata variamente dimostrata in studi statistici ([Spengos 2006](#))

Approccio in PS

- Etiologia
 - Idiopatica
 - Infettiva
 - Traumatica
 - Neoplastica
- In PS la forma di paralisi del facciale di gran lunga più frequente è la idiopatica

La paralisi di Bell

- Si definisce paralisi di Bell la paralisi acuta unilaterale del n. facciale che non può essere attribuita a lesioni centrali o periferiche, infezioni o condizioni infiammatorie sistemiche.
- Non tutti gli autori concordano nell'uso di tale terminologia e spesso i termini paralisi periferica acuta del facciale, paralisi erpetica del facciale, paralisi di Bell e paralisi a frigore vengono utilizzati erroneamente in maniera interscambiabile



Sir. Charles Bell

E' il caso più comune di paralisi del facciale

Paralisi di Bell - Etiologia

- Vecchie teorie: vascolare vs. virale
- McCormick (1972) – herpes simplex virus
- Murakami (1996)
 - 11/14 pazienti con HSV-1 nel fluido neurale
 - Nessuno nei controlli con sindrome di Ramsay-Hunt
- Riprodotto in modelli animali inoculati con HSV-1

Altre paralisi del facciale

□ Infettive

- Sindrome di Ramsay Hunt
- Malattia di Lyme
- Infezioni batteriche dell'orecchio medio, della mastoide o del condotto uditivo esterno

□ Traumatiche

- Il 7° è il nervo più frequentemente coinvolto nei traumi cranici fratturativi (frattura dell'osso temporale)

□ Neoplastiche

- Tumori del nervo o di qualsiasi struttura, lungo il decorso del nervo, che invadono o comprimono il nervo

Diagnosi differenziale

□ *Paralisi centrale*

- 1/3 superiore della faccia risparmiato
- Mm. Orbicolare, frontale e corrugatore della fronte non sono paralizzati perché innervati bilateralmente

□ *Paralisi periferica*

- Paralisi completa dell'emifaccia
- Spianamento delle pieghe della fronte
- Deviazione della bocca verso il lato sano
- Ectropion
- Impossibilità di chiusura della rima palpebrale con Segno di Bell



Diagnosi differenziale etiologica

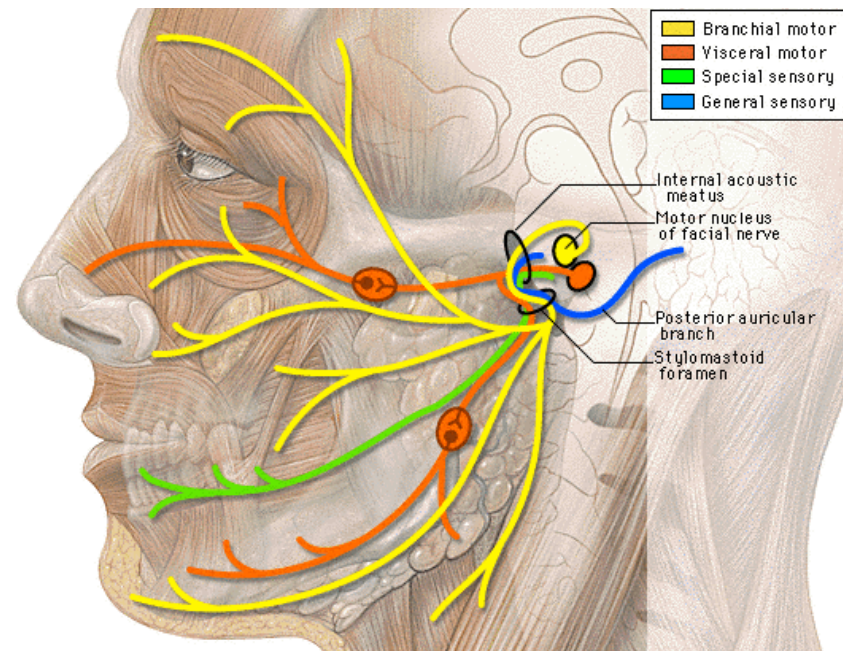
- Paralisi bilaterale o sintomi sistemici
 - Considera Lyme o mononucleosi
- Insorgenza progressiva o ricorrente/dolore significativo/lesioni di altri nervi cranici
 - Considera tumori (25% esordio acuto)
- Otite esterna maligna in diabetici o immunocompromessi
 - Considera infezione da pseudomonas



Anatomia (struttura)

□ Fibre motorie e sensitive

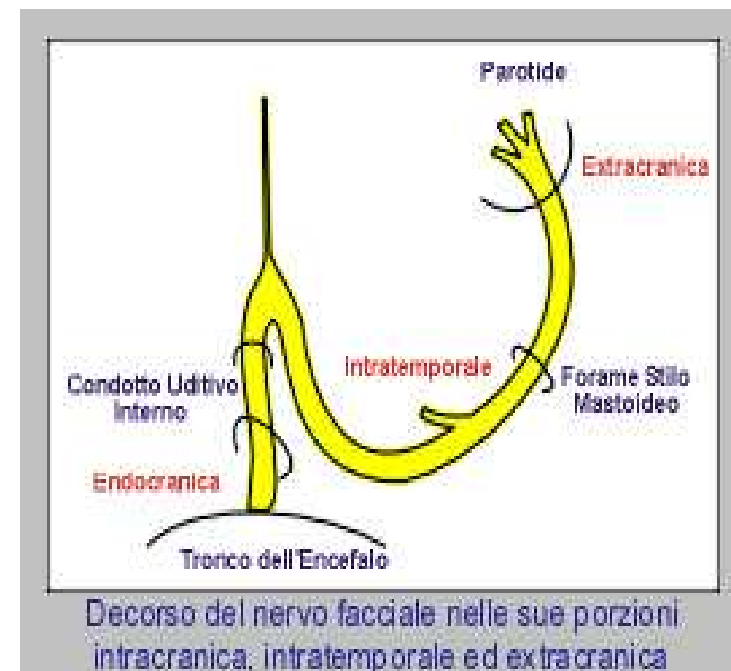
- 2/3 del nervo f. motorie per i mm. della mimica facciale, stapedio, retroauricolare, digastrico e platisma.
- 1/3 del nervo fibre sensitive dal n. intermedio (di Wrisberg) per i 2/3 anteriori della lingua e fibre parasimpatiche secretomotorie per le ghiandole parotide, sottomandibolare, sublinguale e lacrimale.
- Alcune fibre afferenti che veicolano la sensibilità del meato acustico esterno e della mucosa del naso, del palato e del faringe (n. palatino).



Anatomia (decorso)

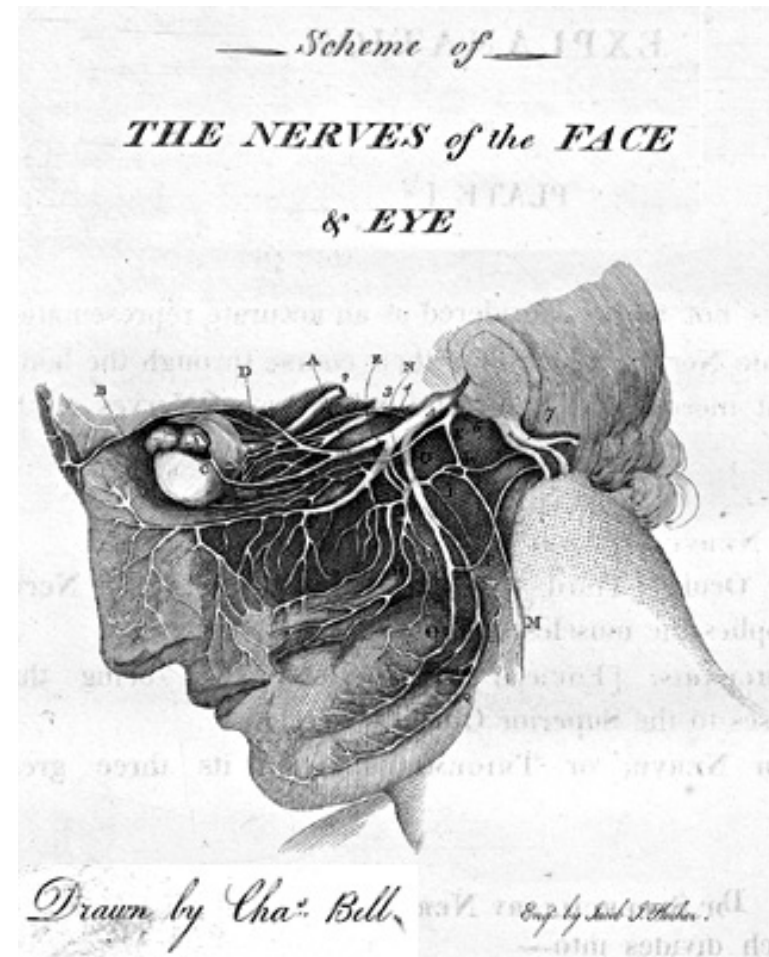
□ Nervo facciale

- Porzione intracranica: assieme al n. intermedio dalla giunzione ponto midollare a fianco all'VIII n.c. fino al meato acustico interno.
- Canale di Falloppio che viene diviso in tre porzioni (labirintina, timpanica e mastoidea) e due ginocchi.
 - Il segmento meatale o labirintino è quello più stretto ed in esso si trovano i gangli delle fibre afferenti sensitive (ganglio meatale e ganglio genicolato).
- Porzione extracranica dal forame stilomastoideo in poi.
- *La vascolarizzazione è fornita dall'a. meningea media con tre apporti principali a livello dell'emergenza dal tronco, a livello del primo ginocchio (g. genicolato) (più importante) e a livello del forame stilomastoideo.*



Evoluzione naturale della paralisi di Bell

- Peiterson (1982): 1011 pazienti
- Se dopo 3-6 mesi non ha recuperato è verosimile che rimangano delle sequele
- Se grado House-Brackmann minore di IV, 85% torna normale entro un anno.



Severità della paralisi

- Classificazione di House-Brackmann
 - Grado I. Movimenti facciali normali. No sincinesie.
 - Grado II. Leggera asimmetria facciale
 - Grado III. Evidente asimmetria facciale. Chiusura dell'occhio ancora possibile. Fenomeno di Bell presente.
 - Grado IV. Paralisi evidente. Sincinesie
 - Grado V. Asimmetria marcata. Incapacità a chiudere l'occhio.
 - Grado VI. Tono assente. Paralisi completa.

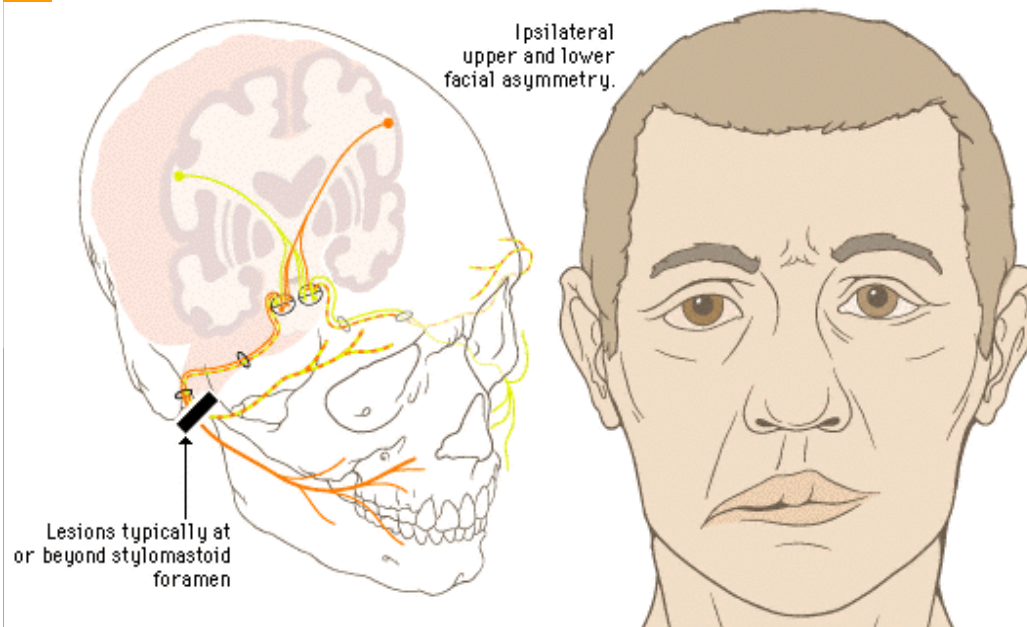
Punti chiave in Medicina d'Urgenza

- ❑ Diagnosi differenziale
(escludere altre cause)
- ❑ Iniziare precocemente un
trattamento adeguato
- ❑ Proteggere l'occhio
- ❑ Garantire un follow-up



Presentazione Clinica

I pazienti sono spesso agitati e impauriti.

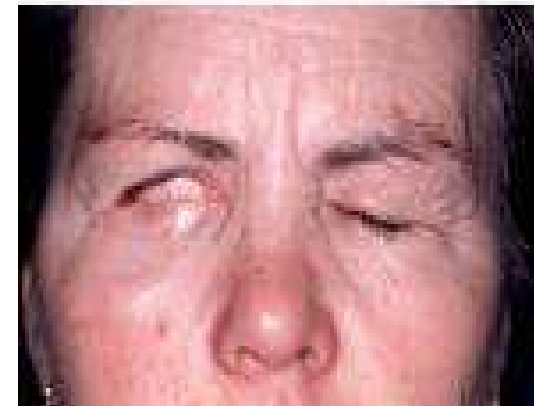
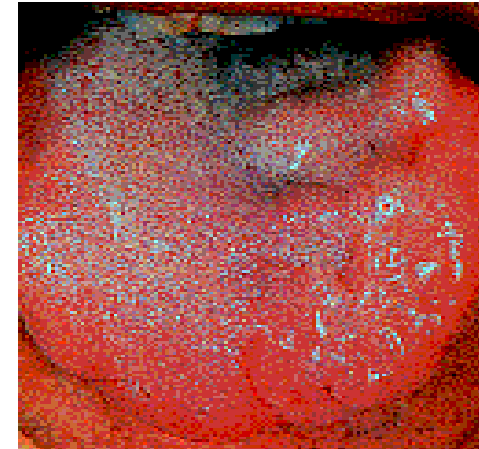


- Deficit motorio
 - Paralisi di metà faccia che si sviluppa improvvisamente e raggiunge il massimo di norma nell'arco di 48 ore.

- Sintomi
 - *Dolore retroauricolare* in sede mastoidea (50% pz) può anche precedere la paralisi (25% pz).
 - *Disestesie* dell'emivolto colpito
 - *Lacrimazione* dovuta ad una perdita di funzione del mm orbicolare dell'occhio che non riesce a drenare le lacrime nel sacco lacrimale (lacrime di cocodrillo).
 - *Alterazione del gusto*: qualitativa in 1/3 dei pz; quantitativa (ipogeusia) nei 4/5 dei pz.
 - *Occhio asciutto*.
 - *Iperacusia*: ipersensibilità del sistema percettivo.

Esame fisico

- ❑ Caduta unilaterale dell'angolo della bocca
- ❑ Caduta della guancia
- ❑ Incapacità a chiudere l'occhio e la bocca
- ❑ Glossite
- ❑ Fenomeno di Bell:
 - Rotazione del bulbo oculare verso l'alto e verso l'esterno quando si tenta di chiudere la palpebra.



Diagnosi

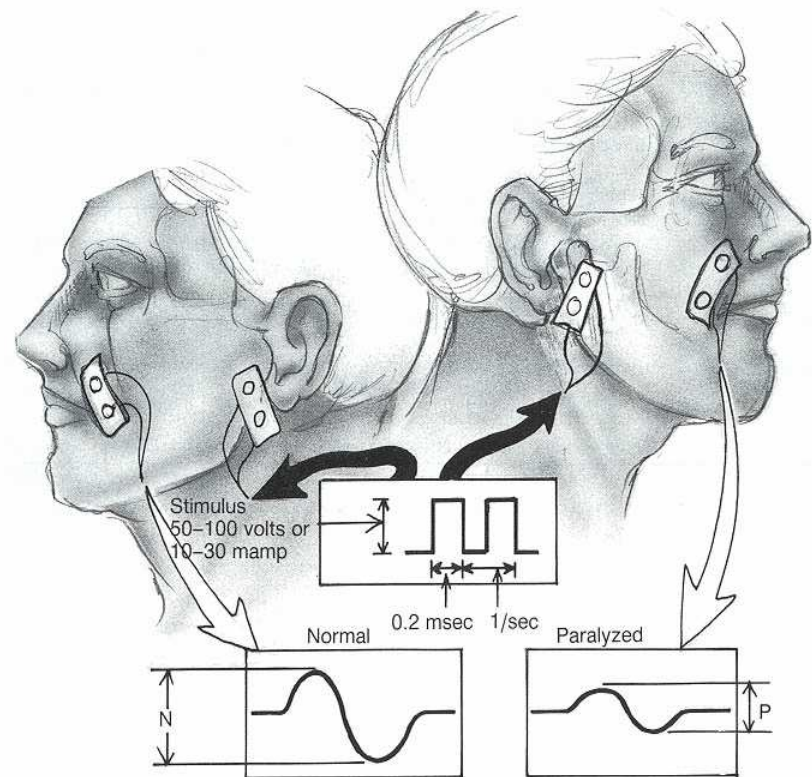
- Se la clinica è tipica per paralisi di Bell non sono necessari imaging o esami di laboratorio in PS
- Solo nel sospetto di forme secondarie o centrali sono giustificati accertamenti
 - Ricerca tumori/AIDS/sclerosi multipla se decorso anomalo
 - Ricerca Lyme se in area endemica o forme bilaterali
 - Valutazione ORL se sospetto Ramsay Hunt



Elettrofisiologia

- ENoG (elettroencefalografia)
 - Esame accurato, oggettivo
 - Registra la somma dei potenziali d'azione (CAP)
 - Grado di degenerazione direttamente proporzionale all'ampiezza dei potenziali misurati
 - Da effettuare dopo l'inizio della degenerazione Walleriana (3-4 giorni)

Non è un esame urgente



Trattamento Medico

- **Steroidi** (Prednisone 1 mg/kg die per 1 settimana poi 5 mg x 2 per altri 10 gg). Da cominciare al più presto. **(Nessuna evidenza dimostrata nei bambini)**
 - Austin (1993) – studio randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo
 - Miglioramento del grado House con prednisone
 - Tutti i trattati con prednisone raggiunsero House 1 e 2
 - 17% non trattati rimasero con House 3 (statisticamente significativo)
 - Trend verso una protezione dai processi di denervazione
 - Favoriscono il recupero funzionale del nervo ([Gronseth 2012](#))
 - Cochrane Review 2009 – Più efficaci di Antivirali o placebo

- **Antivirali** (Acyclovir 400/800 mg x 5 die per 10 gg, Valacyclovir)
 - Molto prescritti, probabilmente inefficaci da soli
 - Probabilmente efficaci in associazione a steroidi ([Adour 1996](#), [Lee 2013](#))
 - Vanno prescritti con lo steroide informando il paziente di una possibile, se pur scarsa efficacia ([Gronseth 2012](#))
 - Cochrane Review 2009 inefficaci da soli, non valutati in associazione

Trattamento Medico

□ *Protezione dell'occhio*

- Rischio di abrasioni corneali e lesioni da corpo estraneo
- Lacrime artificiali
- Lubrificanti per la notte (visione gialla durante il giorno)
- Occhiali o bende per proteggere l'occhio da insulti esterni

□ *Altri trattamenti*

- *Qualche evidenza: Methylcobalamina, Ossigeno iperbarico (degenerazione nervosa nonostante terapia massimale), tossina botulinica nelle sincinesie e spasmi dell'emifaccia*
- *Chirurgia decompressiva nei casi senza miglioramento o con sincinesie debilitanti*
 - *Proposta anche nelle forme gravi in fase precoce*

Consulenti / Follow up

□ Neurologo

- Se caratteristiche atipiche e/o segni neurologici all'E.O.

□ Oculista

- Se dolore oculare

□ Otorinolaringoiatra

- Sospetto di Ramsay Hunt

Key Concepts (Rosen's Emergency Medicine 2006)

- Significativi benefici potenziali quando il paziente è trattato precocemente con steroidi + antivirali
- Nelle zone endemiche considerare il morbo di Lyme. L'interessamento bilaterale e simultaneo esclude la paralisi di Bell ed è suggestivo di morbo di Lyme
- La progressione lenta della paralisi è suggestiva di una neoplasia
- Paralisi ricorrenti monolaterali pur essendo possibili nella paralisi di Bell sono frequentemente (30%) associate a neoplasie
- Se il paziente con paralisi completa del VII ha intatti movimenti dei muscoli della fronte potrebbe avere una lesione dei motoneuroni superiori, fino a prova contraria