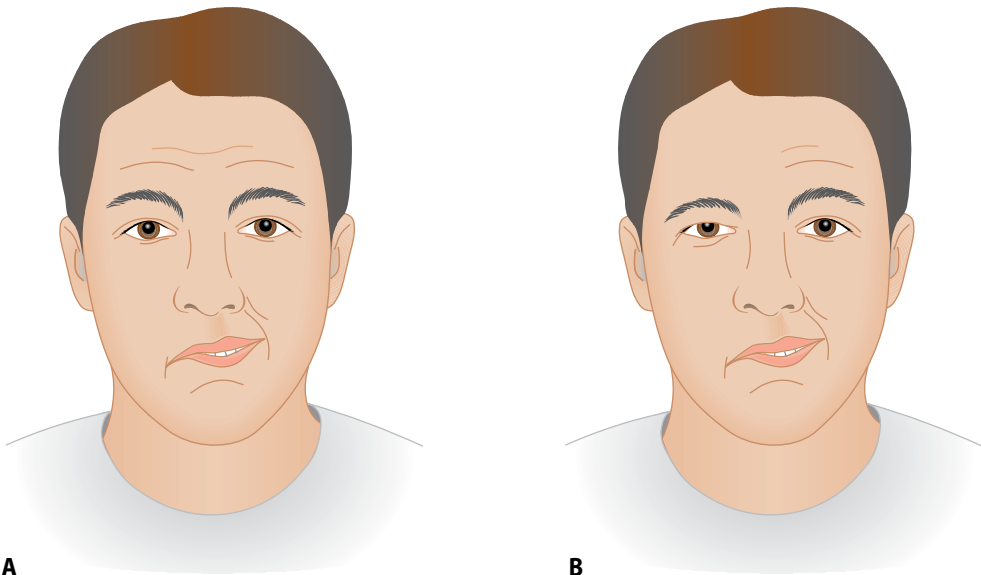


Perifeerinen kasvohalvaus

Perifeerinen kasvohalvaus on useimmiten idiopaattinen eli Bellin pareesi, jonka hoito ei välttämättä vaadi erikoissairaanhoidoa. Diagnoosiin pääsemiseksi, pareesin seurannassa ja muiden perifeeristä kasvohalvausta aiheuttavien sairauksien löytämiseksi tarvitaan kuitenkin korva-, nenä- ja kurkkutautien osaamista. Lapsilla Bellin pareesi on harvinainen ja kasvohalvauksen yhteydessä tutkitaan aina selkäydinneste. Bellin pareesin etiologia on edelleen tuntematon. Herpesviruksia epäillään aiheuttajiksi, vahvimmin herpes simplex-virus 1:tä. Monissa maissa potilaita hoidetaan kortikosteroideilla ja viruslääkkeillä (asikloviirilla tai valasikloviirilla). Tuoreimmassa Cochrane-katsauksessa ei kuitenkaan suositella mitään lääkehoitoja, koska näyttö hyödyllisyydestä puuttuu edelleen. HYKS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka on mukana laajassa Bellin pareesia koskevassa tutkimuksessa, josta toivotaan vastausta lääkehoitokysymyksen.

Kasvohalvaus on joko perifeerinen tai sentraalinen (kuva 1). Perifeerisessä kasvohalvauksessa (kuva 2) kasvojen kaikkien lihasryhmien tahdonalaiset liikkeet ovat heikentyneet tai puuttuvat kokonaan. Sentraalinen

kasvohalvaus huonontaa eniten kasvojen alaosan tahdonalaisia lihastoimintoja, mutta otsan ja silmien toiminta säilyy siinä. Sentraalisessa pareesissa neurologiset selvittelyt ovat tarpeen.



KUVA 1. A) Sentraalinen kasvohalvaus oikealla: otsa ja silmät näyttävät normaaleilta, mutta oikealla suupieli riippuu ja nenän, posken ja suupielen ryppyt ovat oienneet. B) Perifeerinen oikeanpuoleinen kasvohalvaus: oikealla otsan ryppyt ovat oienneet, kulmakarva ja yläluomi ja suupieli riippuvat, eikä nenän, posken ja suupielen rypyjä näy.

KUVA 2. Perifeerinen vasemmanpuoleinen kasvohalvaus. A) Kasvot levossa, B) suun supistus, C) suupieliin ylöspäin veto (huomaa ihorypyt nenässä ja silmän ympärillä oikealla), D) nenän nyripistus. Kuvat julkaistaan potilaan luvalla.



Etiologia

Perifeerisen kasvohalvauksen syytä on koottu taulukkoon 1. Aikuisilla syy jää selviämättä noin 70 %:ssa tapauksista (Peitersen 2002), jolloin puhutaan idiopaattisesta kasvohalvauksesta eli Bellin pareesista. Sen vuotuinen ilmaantuvuus on 20–30/100 000, eli suurin piirtein joka 60. suomalainen sairastuu Bellin pareesiin elämänsä aikana. Aiheuttajaksi on epäilty herpesviruksia, vahvimmin herpes simplex-virus 1:n (HSV-1) reaktivaatiota.

Herpesviruksista varicella-zosterviruksen (VZV) tiedetään aiheuttavan Ramsay Huntin syndrooman, perifeerisen kasvohalvauksen, jossa esiintyy herpesrakkuloita yleisimmin korvas-

sa, suussa tai nielussa. Lisäoireina voi olla kuulon heikkenemistä, tinnitusta, huimausta ja muita aivohermo-oireita. On esitetty, että 10–30 % aikuisten Bellin pareeseista voisi olla VZV:n aiheuttamia ns. zoster sine herpete (ZSH) -tapauksia ilman rakkuloita ja ihottumaa. Myös Ramsay Huntin oireyhtymää potevista osalle rakkulat ilmaantuvat vasta 2–14 vuorokautta kasvohalvauksen alkamisen jälkeen ja diagnoosiksi voi ensikäynnillä tulla virheellisesti Bellin pareesi.

Lapsilla perifeerinen kasvohalvaus on harvinainen ja Bellin pareesin osuus vähäisempi kuin aikuisilla. Välikorvatulehdus aiheuttajana on suljettava pois. Borreliaa on epäilty syyksi jopa kolmannekseen lasten perifeerisistä kasvohalvauksista, ja sen vuoksi borreliavasta-aineet

TAULUKKO 1. Perifeerisen kasvohalvauksen syitä (prosentti-osuudet useista lähteistä).

Idiopaattinen eli Bellin pareesi (aikuisilla)	70 %
Infektiot, esimerkiksi	
herpes zoster	10–30 %
otitis media	
akuutti bakteeriperäinen	
krooninen bakteeriperäinen	
Lymen borrelioosi	
aikuisilla	2–10 %
lapsilla jopa	30 %
herpes simplex, mononukleosi, vauvarokko (ihmisen herpesvirus 6)	
Trauma	4 %
Kasvaimet	4 %
esimerkiksi	
korvansylkirauhasen kasvaimet	
etäpesäkkeet (iho, rinta, keuhkot, munuaiset, koolon)	
kolesteatooma	
Suvuittain esiintyvät	4–8 %
Muut, esimerkiksi	
sarkoidoosi	
Wegenerin granulomatoosi	
amyloidoosi	
MS-tauti	
Guillain–Barrén oireyhtymä	
Melkersson–Rosenthalin oireyhtymä	

tutkitaan sekä seerumista että selkäydinnesteestä. VZV:n epäillään aiheuttavan myös lapsille kasvohalvauksia ilman näkyviä rakkuloita yleisemmin kuin aiemmin on ajateltu (Furuta ym. 2005).

Bellin pareesin liitännäisoireet

Bellin pareesia voi edeltää kipua korvan ympärillä, kasvoissa tai niskassa. Alku on nopea, ja pareesi saavuttaa huippunsa yleensä 2–3 vuorokaudessa. Jos potilas hakeutuu lääkäriin heti sairastuttuaan, on syytä kertoa, että tila voi vielä huonontua muutaman päivän ajan. Jos pareesi pahenee vielä kahden viikon jälkeen, kyseessä ei ole Bellin pareesi ja tarvitaan lisäselvittelyjä. Bellin pareesia sairastava kertoo usein halvaantuneen kasvo puoliskon tuntuvan »turralta», mutta testattaessa kosketustunto on jäljellä. Makuais-tihäiriöt ovat tavallisia, sillä kasvohermo hermottaa makuaistin osalta kielen etuosaa (2/3). Joillakin potilailla voimakkaat äänet kuuluvat poikkeavan kovina (hyperakusia). Tämä voi

johtua jalustinlihasheijasteen laukeamattomuudesta: kasvohermo hermottaa jalustinlihasta, ja normaalisti kova ääni laukaisee refleksin, jolloin lihas supistuu, kuuloluukettu jäykistyy ja äänet vaimenevat. Hyperakusiassa voi olla kyse myös kuulotasapainohermon ärsytyksestä anatomisesti lähellä olevan kasvohermon oireilun ohessa. Tällä perusteella jotkut Bellin pareesin tutkijat hyväksyvät potilaille muidenkin anatomisesti läheisten aivohermojen lieviä toimintahäiriöitä, mutta mielestämme neurologiset lisäselvittelyt ovat tuolloin tarpeen.

Bellin pareesin ennuste ja jälkitilat

Osittaisesta Bellin pareesista, jossa halvaantuneen kasvo puoliskon toiminta ei ole ollut kokonaan hävinnyt missään sairastamisen vaiheessa, 95 % potilaista parantuu täysin. Täydellisen pareesin jälkeen noin puolet potilaista paranee täysin ja lopuistakin suurin osa hyvin tai kohtalaisesti. Paranemisluvut ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa ja sen mukaan minkä ajan kuluttua lopputarkastus on tehty ja miten lievät poikkeamat on luokiteltu. Yleisimmin esitetään, että kaikista sairastuneista noin 30 %:lle jää jonkinasteinen kasvojen toiminnan vajavuus tai jälkitila, 10–13 %:lle keskivaikea ja 3–4 %:lle vaikea tai pysyvä halvaus. Loput tapaukset ovat lievempiä, ja luku lienee todellisuudessa suurempi, sillä monissa tutkimuksissa seuranta-ajat ovat olleet lyhyitä eikä nopeasti toipuneita ole myöhemmin tarkastettu jälkitilojen suhteen.

Suurin osa potilaista parantuu 3–6 viikon kuluessa sairastumisesta ja lopuista suurin osa 3–6 kuukauden aikana. Hidasta ja osittaista toimintojen elpymistä tapahtuu myöhemminkin. Huonoa paranemista ennustavat korkea ikä, diabetes, toipumisen myöhäinen alkaminen, täydellinen pareesi ja kova kipua korvan ympärillä. Bellin pareesi uusii 4–15 %:lla potilaista joko samalla tai vastakkaisella puolella kasvoja mutta yleensä vasta vuosien jälkeen.

Jälkitiloina myös kliinisesti parantuneille voi ilmaantua synkinesioita eli myötäliikkeitä jopa 1–3 vuotta sairastumisen jälkeen. Synkinesia tarkoittaa tahatonta liikettä liittyneenä tahdonalaisen toimintaan. Eri tutkimuksissa sen esiinty-

misluvat ovat vaihdelleet välillä 9–55 %. Taval-
lisin myötäliike on silmien sulkemiseen liittyvä
pareesipuolen suupielen vetäytyminen ylöspäin.
Tavallinen on myös pareesipuolen luomiraon ka-
ventuminen suuta liikuttaessa. Kasvolihaksia
liikutettaessa voi myös kuulua naksuntaa kor-
vasta tai tinnitusta tai kuulo saattaa huonontua.
Synknesian kehittymiseen kuuluu nykykäsityksen
mukaan vähintään muutama kuukausi.

Pysyvinä muutoksina voi ilmaantua kontrak-
tuuria, esimerkiksi luomirako kaventuu, nasola-
biaalipoimu syventyy tai suupieli vetäytyy ylös-
päin. Myös hemifasiaalispasmeja, »krokotiilin
kyyneleitä» (kyyneleitys syödessä) ja kuivasil-
mäisyyttä jää haitaksi osalle potilaista.

Tutkiminen

Kasvohalvauspotilaan tutkimisesta on koottu
tietoa taulukkoon 2 ja kuvaan 3. Lapsilta tut-
kitaan aina sekä seerumin että selkäydinnesteen
borreliavasta-aineet.

TAULUKKO 2. Kasvohalvauspotilaan tutkiminen.

Anamneesi

Nopea vai hidas alku (Bell nopea, mm. syövät ja kolesteatoo-
ma hitaita)
Punkinpuremat, rengasihottumat
Aiempi kasvohalvaus tai suvussa kasvohalvauksia
Traumat
Aiemmat korvasairaudet tai -leikkaukset
Korva- ja kuulo-oireet, huimaus
Raskaus, lapsivuode
Kohonnut verenpaine, diabetes, kilpirauhasen toiminta-
häiriöt
Syövät
Herpesrakkuloita tai mononukleoosei lähiaikoina
Yleisoreet

Kliininen tutkimus

Kasvohermon toiminta (otsan rypistys ja kulmakarvojen
kohotus, silmien sulkeminen, nenän nyrpistys, suupielen
ylöspäin vetäminen, suun supistus)
Muut aivohermot
Korvasylkirauhasen tunnustelu
turvotus, kasvaimet
Ulkokorvan, korvakäytävän, tärykalvon ja välikorvan tila
etsi rakkuloita, tulehdusta ja kasvaimia
Iho (kasvot, kaula, korvanympäry), huulet, suu, nielu
etsi rakkuloita
Muihin sairauksiin viittaavat löydökset
Verenpaine
(Verengluukoosi)

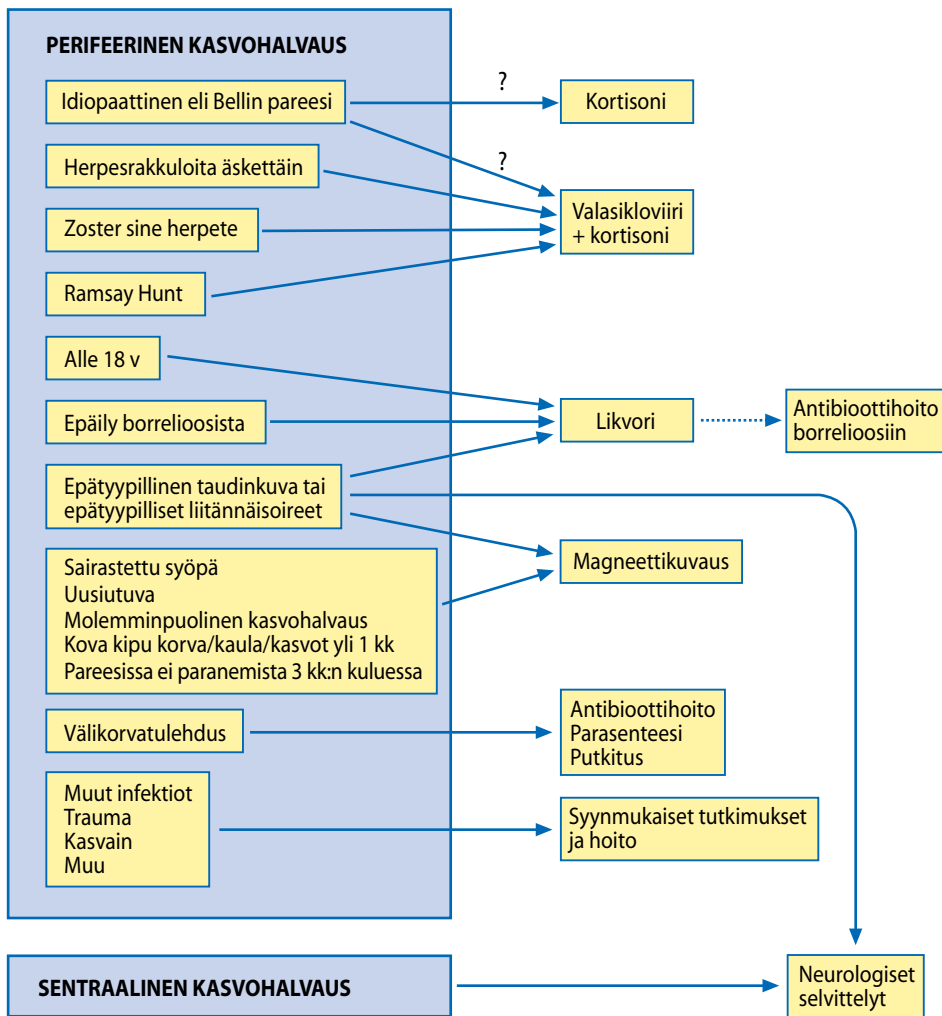
Oikeaan Bellin pareesin diagnoosiin pääsemi-
seksi riittävät yleensä hyvä anamneesi ja myös
seurantakäynneillä toistettu huolellinen kliini-
nen tutkimus (taulukko 2). Rutiinimaisia labo-
ratorio- tai konetutkimuksia ei aikuispotilailla
tarvita. Borrelioosi on toispuoleisen kasvohalva-
uksen harvinainen syy aikuisilla. Tuoreen nor-
jalaisen tutkimuksen (Ljøstad ym. 2005) aineis-
tossa borrelioosipotilailla esiintyi myös muita
neurologisia oireita ja suurimmalla osalla ylei-
soireita, kuten heikkoutta, ruokahaluttomuut-
ta ja päänsärkyä. Jokaiselta kasvohalvauspoti-
laalta ei näin ollen tarvitse määrittää seerumin
borreliavasta-aineita, mutta niin on tehtävä aina
silloin, kun potilas on yleisesti sairaan oloinen,
muidenkin aivohermojen kuin kasvohermon
oireita esiintyy, havaitaan viitettä punkin pure-
masta, potilas on lapsi tai pareesi on molemmin-
puolinen. Magneettikuvauksen aiheet on kirjat-
tu kuvaan 3. Kuulokäyrä tutkitaan niiltä, joilla
esiintyy kuulo-oireita tai epäillään korvaperäistä
sairautta. Jalustinlihasheijasteen mittaaminen tai
elektroneuronografia (ENoG) eivät kuulu rutiini-
tutkimuksiin, ja käsitykset niiden hyödyllisyy-
destä toipumisen ennustajina ja seurantavälinei-
nä vaihtelevat. Verengluukoosi kannattaa tutkia
iäkkäämmiltä ihmisiltä.

Kasvojen lepotilan symmetria ja toiminnan
aste kirjataan potilasasiakirjoihin: otsan rypis-
tys, kulmakarvojen kohotus, silmien sulkemi-
nen, nenän nyrpistys, suupielen ylöspäin vetä-
minen ja suun supistaminen. Seurantakäynneillä
arvioidaan myös kasvolihasten myötäliikkeet,
kontraktuurat, kouristukset ja muut tilaan liit-
tyvät löydökset. House–Brackmannin asteikko
on paljon käytetty kasvohermon toiminnan as-
teen kuvaaja, mutta se on tutkimusten mukaan
varsin epäluotettava. Vastaavaan asemaan pääs-
syttä korvaavaa mittaria ei kuitenkaan ole käy-
tettävissä.

Hoito

Kasvohalvauksen hoito on syynmukainen, kun
aiheuttaja tiedetään (kuva 3).

Ramsay Huntin syndrooman (= herpes zoster
oticus) hoitona käytetään asikloviiriä tai valasik-



KUVA 3. Kasvohalvauksen tutkimus ja hoito.

loviiriä yhdessä prednisonin kanssa. Viruslääkkeiden käyttö perustuu vyöruusun (myös VZV:n aiheuttama) hoidosta saatuihin hyviin tuloksiin. Näyttö hyödyllisyydestä Ramsay Huntin syndrooman hoidossa on retrospektiivisistä tutkimuksista, joissa asikloviiria on annettu suoneen tai suun kautta. Prospektiivisiä satunnaistettuja tutkimuksia tai valasikloviirillä tai muilla uudemmissa viruslääkkeillä tehtyjä tutkimuksia ei ole julkaistu. Osassa tutkimuksista ei ole todettu eroa suonensisäisen (250 mg x 3/vrk) ja tablettimuotoisen (800 mg x 5/vrk) asikloviirin välillä. Hoitotulokset ovat parantuneet, kun lääkitykseen on lisätty prednisoni. Kumpikin lääke yk-

sinään on antanut huonomman tuloksen kuin yhteislääkitys. Vyöruusun hoidosta tehdyissä tutkimuksissa tablettimuotoinen valasikloviiri ja famsikloviiri ovat olleet vähintään suoneen annetun asikloviirin veroisia. Hoitamattomana VZV aiheuttaman kasvohalvauksen ennuste on arvioitu Bellin pareesia huonommaksi ja parantumisen jäävän useammin vajavaiseksi epätäydellisenkin pareesin jälkeen. Aikuispotilailla käytämme valasikloviiria (1 000 mg x 3/vrk 7–10 vuorokauden ajan) yhdistettynä prednisoniin tai prednisoloniin (60 mg/vrk 3–5 vuorokautta ja sen jälkeen 10 mg:n vähennys päivittäin, yhteensä 7–10 vuorokautta).

Varicella-zosterinfektio ilman rakkuloita (ZSH) voi olla kyseessä, jos perifeeriseen kasvohalvaukseen liittyy kuulon heikkenemistä tai huimausta tai paresipuolen korvan ympärillä tai kasvoissa esiintyy voimakasta kipua. ZSH on kliininen diagnoosi, jolle ei ole varmistuskeinoa akuuttitilanteessa, mutta nämä potilaat voitaneen hoitaa kuten Ramsay Huntin oireyhtymää potevat, ellei vasta-aiheita ole.

Bellin paresin lääkehoito

Onko lääkkeitä apua Bellin paresin hoidossa? Vastausta ei tiedä vielä kukaan, mutta kannanottoja sekä puolesta että vastaan esitetään ponnekkaasti. Runsaasti julkisuutta saaneessa katsausartikkelissaan Holland ja Weiner (2004) suosittelivat tablettimuotoista asikloviiri- tai valasikloviirilääkitystä yhdistettynä prednisoniin keskivaikeissa ja vaikeissa Bellin pareeseissa. Joissakin kannanotoissa lääkitystä suositellaan vain totaalipareeseihin. Jos potilas on vastaanotolla pian kasvojen toimimattomuutta huomattuaan, paresin lopullisen vaikeusasteen arvioiminen on hankalaa: Bellin paresi pahenee yleensä vielä lähipäivien ajan. Lääkitys pitäisi suositusten mukaan aloittaa 72 tunnin kuluessa oireiden alusta, jotta se olisi mahdollisimman tehokas. Tuoreimmissa Cochrane-katsauksissa (Allen ja Dunn 2004, Salinas ym. 2004; päivitetty 3/2006) ei suositella sen paremmin virus- kuin kortikosteroidilääkitystä, koska niiden tehosta ei ole riittävää näyttöä. Parhaillaan Ruotsissa ja Suomessa on meneillään laaja yhteistutkimus, jonka tulokset (odotettavissa 2007–2008) toivottavasti selventävät lääkehoidon asemaa.

Käytettävissä olevien näyttöjen perusteella ei voida suositella viruslääkkeiden tai kortisonin käyttöä Bellin paresin hoidossa. Jos potilaalla on kuitenkin kasvohalvauksen alkaessa tai sitä edeltäneiden viikkojen aikana ollut herpesviruksen aiheuttamaksi diagnosoitava tauti, aloitamme valasikloviirilääkityksen (1 000 mg x 3/vrk seitsemän päivän ajan yhdistettynä prednisoniin tai prednisoloniin (60 mg/vrk 3–5 päivän ajan ja sitten vähennys 10 mg päivittäin, yhteensä 7–10 päivää). Hoito aloitetaan mieluiten 72 tunnin kuluessa paresin alusta riippumatta paresin

vaikeusasteesta. On tärkeää muistaa kortikosteroidilääkityksen vasta-aiheet (mm. akuutti maha- ja pohjukaisuolihaava) ja varovaisuus, jos potilaalla on korkea verenpaine, sydämen vajaatoimintaa, diabetes tai glaukooma.

Lapsille ei yleisesti suositella kortikosteroidilääkitystä niissäkään maissa, joissa se annetaan aikuisille rutiinimaisesti. Tästä aiheesta on hyvin vähän tutkimuksia. Diagnoosituihin herpestatteihin liittyvissä kasvohalvauksissa käytämme lapsillekin asikloviiria tai valasikloviiriä, vaikka näyttöä niiden hyödyllisyydestä ei ole.

Bellin paresin muu hoito

Silmän sarveiskalvon suojaaminen on tärkeää heti alusta alkaen, jos silmä ei kokonaan sulkeudu. Sormella voi auttaa räpytystä (varottava raapaisemasta kynnellä sarveiskalvoa), ja silmää kostutetaan tippoilla. Yöksi laitetaan pitkävaikutteisempia tippoja tai voiteita ja tarvittaessa silmäluomi teipataan kiinni tai käytetään suojakupua. Teippi on hyvä asettaa yläluomen keskeltä silmän ulkonurkkaan ja tarvittaessa ristikkäinen teippi alaluomen keskeltä ulkonurkkaan, jos alaluomi riippuu. Näin vältetään silmän korkeimman kohdan ylittävä teippi, joka voisi naarmuttaa sarveiskalvoa, jos luomirako yöllä kuitenkin avautuu. Kasvohermon parasympaattisten, kyyneleritystä aikaansaavien säikeiden toimintahäiriö lisää silmän kuivumisen vaaraa. Bellin ilmiö, jossa paresipuolen silmä kääntyy sulkemisyrietyksessä ylöspäin, antaa potilaalle vaikutelman, että silmä sulkeutuu paremmin kuin todellisudessa tapahtuu, ja seurauksena voi olla kostutuksen laiminlyönti. Silmä saattaa vetistää ja kyynelnestettä kertyä riippuvaan alaluomeen, ja silti sarveiskalvo yläpuolella kuivuu. Edellä kuvatuista syistä potilailla on usein tunne, että näkö on paresipuolella heikentynyt, vaikka näöntarkkuus on tutkimusten mukaan normaali. Silmä- ja aurinkolaseilla voi suojautua tuulelta. Ellei silmäluomen toiminta palaudu, yläluomen sisään voidaan asettaa kirurgisesti kevyt punnus, joka auttaa mekaanisesti silmän sulkemisessa.

Parantumattoman paresin jälkihoidossa saattaa varsinkin vanhoille ihmisille olla apua toimintaterapeuttisista ohjeista esimerkiksi syö-

misen helpottamiseksi. Plastiikkakirurgisesti voidaan korjata sekä kasvojen toimintaa että ulkonäköä (mm. silmäluomien virheasennot, kulmakarvojen kohotus, huuliresektiot ja hermolihassierteet). Botulinumtoksiiniruiskeita käytetään helpottamaan kasvolihasten kontraktuuria ja kouristuksia.

Dekompressiokirurgiaa ei suositella Bellin pareesin hoidoksi.

Potilaita kehoitettiin aiemmin voimistelemaan kasvolihaksia heti pareesin alusta alkaen. Nyt osa tutkijoista arvelee sen voivan huonontaa toipumista lisäämällä myötäliikkeiden syntymistä. Suosituksena on tehdä vasta toipumisen jo alettua yksittäisiä liikkeitä (silmän sulkeminen, hymyily jne.) peiliin katsoen ja välttämällä väärin lihaksien samanaikaista käyttöä.

Lihassupistuksia aikaansaavia sähköhoitoja ei suositella. Niiden on katsottu voivan lisätä myötäliikkeiden syntymistä. Potilaiden usein miellyttäviksi kokemille, kasvolihaksia rentouttaville toimille, kuten hieronnalle, emme ole löytäneet kirjallisuudesta vastustavia kannanottoja.

Kasvohalvauksen akuutissa vaiheessa potilaalla on mielestämme halutessaan oikeus sairauslomaan, vaikka hän ei olisi yleisönpalveluammattissa.

Seuranta

Yli 18-vuotias Bellin pareesia poteva voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, jos muuta, synnymukaisista hoitoa vaativaa perifeeristä kasvohalvausta aiheuttavaa sairautta ei todeta. Taulukon 2 ja kuvan 3 mukainen toiminta auttaa tässä päätöksessä. Koskaan ei ole väärin lähettää potilas korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikkaan konsultaatioon. Jos potilaalla ei todeta mitään muuhun sairauteen viittavaa, potilas voidaan lähettää ajanvarausvastaanotolle. Päivystystapauksina tulee lähettää kasvohalvauspotilaat, joilla on pään vamma, korvasairaus, huonontunut kuulo tai selkeä huimaus tai joiden

pareesinpuoleinen korva on aiemmin leikattu. Epäselvissä tapauksissa kannattaa soittaa päivystävän korvayksikön lääkärille, joka arvioi lähettämisen kiireellisyyden. Selkeät useamman muun aivohermon samanaikaiset oireet edellyttävät neurologista, usein päivystysluonteista kannanottoa.

Bellin pareesin ollessa työdiagnoosina ensimmäinen seurantakäynti on hyvä sopia pian 1–2 viikon päähän ensikäynnistä. Potilaalle korostetaan yhteydenottoa jo aiemmin, jos ilmaantuu uusia oireita: rakkuloita, toisenkin puolen halvaus, lisääntyvää kovaa kipua korvan ympärillä tai kasvoissa tai uusia puutosoireita ja toimintahäiriöitä. Hyvä kliininen tutkimus toistetaan seurantakäynneillä, jolloin on muistettava korvasylkirauhasen tunnustelu ja korvan kliininen tutkimus.

Jos pareesi on jo parantumassa, eikä muuta poikkeavaa todeta, voidaan seuraava seurantakäynti sopia 1–2 kuukauden päähän; myöhemmin välit voivat olla pitempiäkin. Muussa tapauksessa sovitaan käynneistä 2 vk–kk:n välein ja lisäksi aina tarpeen mukaan.

Lopuksi

Perifeerinen kasvohalvaus on useimmiten Bellin pareesi, jonka etiologia on tuntematon. Herpes-

YDINASIAT

- **Bellin pareesi on yleisin perifeerinen kasvohalvaus.**
- **Sen etiologia on tuntematon, mutta herpesinfektiota pidetään todennäköisimpänä aiheuttajana.**
- **Lääkehoitoja ei suositella, koska vahva näyttö tehosta puuttuu.**
- **Uusia laajoihin tutkimuksiin perustuvia tuloksia lääkehoidon vaikutuksista julkaistaan muutaman vuoden kuluessa.**
- **Silmän suojaaminen on tärkein hoitotoimi.**

infektiota pidetään todennäköisimpänä aiheuttajana. Paineita virus- ja steroidilääkitysten käyttöön on ollut, vaikka vahvat tutkimusnäytöt näiden hoitojen tehosta puuttuvat. Suomi on mukana lääkehoidon asemaa selvittävässä tutkimuksessa, joka toivottavasti ratkaisee asian lähivuosina.

Kasvohalvaus on selkeästi näkyvänä sairautena usein järkytys potilaalle. Hän tarvitsee asiallista tietoa halvauksesta ja sen hyvästä enusteesta. Kliinikon tarkka korva ja huolellinen kliininen tutkimus ovat avainasemassa diagnostiikassa; muita tutkimuksia tarvitaan vähän. Silmän suojaaminen on tärkein hoitotoimi.

Kirjallisuutta

Allen D, Dunn L. Aciclovir or valaciclovir for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database System Rev* 2004;CD001869.
Furuta Y, Ohtani F, Aizawa H, Fukuda S, Kawabata H, Bergström T. Varicella-zoster virus reactivation is an important cause of acute peripheral facial paralysis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24:97–101.
Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. *BMJ* 2004; 329:553–7.

Ljøstad U, Okstad S, Topstad T, Mygland A, Monstad P. Acute peripheral facial palsy in adults. *J Neurol* 2005;252:672–6.
Peitersen E. Bell's Palsy: The spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol* 2002; Suppl 549:4–30.
Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database System Rev* 2004;CD001942.

MERVI KANERVA, LL, erikoislääkäri
mervi.kanerva@fimnet.fi

ANNE PITKÄRANTA, dosentti, osastonyliilääkäri
HYKS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka
PL 220, 00029 HUS