



## **Yüz felci ve manyetik rezonans görüntüleme: Hukuk mu bilim mi?**

*Facial paralysis and magnetic resonance imaging: law or science?*

Cenk Evren,<sup>1</sup> Nevzat Demirbilek,<sup>1</sup> Osman Ruhat Erbaş,<sup>2</sup> Rasim Çırpın<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medilife Beylikdüzü Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Barosu, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Başakşehir Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Bell paralizisi, kulak burun boğaz hekimlerinin sık karşılaştığı bir hastalıktır. Polikliniğe gelen ve tedaviyle düzelen 31 yaşında bir kadın olgunun yapılan manyetik rezonans görüntüleme taramasında 4 cm'ye ulaşan menenjiom tespit edildi. Olguların çoğunda kendiliğinden iyileşme olması ve polikliniklerde sık görülmesi nedeniyle, birçok hekim Bell paralizili hastalarda görüntülemeye gerek duymamaktadır. Genel kabul gören görüş, ilerleyici paralizisi eşlik eden atipik semptom varlığı veya tekrarlayan paralizilerde görüntüleme istenmesidir. Basit bir anket kullanarak kulak, burun ve boğaz uzmanlarının bu durumlardaki yaklaşımlarını araştırdık. Yanıt veren uzmanlarımızın %62'si görüntülemeye gerek görmezken; %38'i görüntüleme önerdi. Bunun üzerine, hukuk ve meslektaşlarımızın yaklaşımı eşliğinde bir olgu sunduk.

*Anahtar Sözcükler:* Bell paralizisi; tıbbi standart; menenjiom.

Bell's palsy is a frequent disorder seen by ear, nose and throat specialists. In a 31-year-old female case who was admitted to our outpatient clinic, we detected a 4 cm meningioma on magnetic resonance imaging scan. Most clinicians do not need an imaging study in Bell's palsy patients, as they are commonly seen in outpatient clinics and most of them resolve spontaneously. The most widely adopted opinion is that imaging is necessary in the presence of atypic symptoms accompanied by progressive palsy or recurrent palsy. We investigated approaches of ear, nose and throat specialists to such cases using a simple questionnaire. Of responders, 62% did not require imaging, while 38% recommended imaging. Therefore, we report a case in the light of law and our colleagues' approaches.

*Key Words:* Bell's palsy; medical standard; meningioma.

Bell paralizisi yüzün tek taraflı kısmi veya tam felcidir ve fasiyal paralizilerin %60-70'ini oluşturur.<sup>[1]</sup> Bell paralizisi poliklinik şartlarında nöroloji ve kulak burun boğaz (KBB) hekimlerinin çok sık karşılaştığı ve tedavi düzenlediği hastalıklardan biridir. Multidisipliner yaklaşım gerektiren bu hastalıkta yüzde hareket kaybı, uyuşukluk, kulak arkasına yayılan hafif ağrı, sese karşı duyarlılığın artması ve tat duyusu bozuklukları eşlik edebilen semptomlardır. Bell paralizisinin prognozu, hastaların çoğu için mükemmeldir, %80 ile %90 arasında tam iyileşme sağlanır.<sup>[1,2]</sup> Poliklinik şartlarında gördüğümüz ve tedaviyle düzelen hastada yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde 4 cm'ye ulaşan menenjiom tespit edilmesi üzerine olgu sağlık hukuku ve meslektaşlarımızın yaklaşımı açısından incelendi ve farklı bir bakış açısıyla sunuldu.

nans görüntüleme (MRG) incelemesinde 4 cm'ye ulaşan menenjiom tespit edilmesi üzerine olgu sağlık hukuku ve meslektaşlarımızın yaklaşımı açısından incelendi ve farklı bir bakış açısıyla sunuldu.

### **OLGU SUNUMU**

İki gündür yüzün sol tarafında harekette azalma ve uyuşma yakınmasıyla nöroloji polikliniğine başvuran 31 yaşında kadın hasta periferik yüz felci tanısıyla kliniğimize konsülte edildi. Hastanın fizik muayenesinde sol kaşında harekette azalma, maksimal efor ile gözü tam

*Geliş tarihi:* 24 Kasım 2013 *Kabul tarihi:* 08 Ocak 2014

*İletişim adresi:* Dr. Cenk Evren, Beylikdüzü Migros Kavşağı, Hürriyet Cad. No: 1, 34524 Yakuplu, İstanbul, Türkiye.  
Tel: 0538 - 238 04 37 e-posta: drcenkcevren@yahoo.com

© 2014 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

kapatma; güçlü ancak asimetrik ağız hareketi tespit edildi. Hasta House-Brackmann (HB) derecelendirmesine göre grade-3 olarak kabul edildi ve oral prednizolon 1 mg/kg/gün tedavisine başlandı. Diğer tüm kranial sinir muayenesi tarafımızdan ve nöroloji kliniği tarafından normal değerlendirildi. Başka hiçbir yakınması olmayan hastanın kan biyokimyası ve radyolojik testleri doğaldı.

Tedavinin dördüncü gününde değerlendirilen hastada göz minimal eforla kapanmakta buna hafif ağız asimetrisi eşlik etmekteydi. House-Brackmann grade 2'ye gerilemişti. Hastanın tedaviye yanıt vermesine rağmen MRG yapılması istendi. Manyetik rezonans görüntülemesinde orta kranial fossada sol petroklival köşede 30x41x44 mm boyutlarında, mezensefalon ve ponsa bası oluşturarak sağa doğru belirgin iten, medialde baziller arter ile yakın komşuluk göstererek sağa doğru iten, altta sol 7. ve 8. sinir kompleksi ile yakın komşuluk gösteren ve bası oluşturan, sol kavernoöz sinüse invaze görünümde, postkontrast incelemelerde yoğun homojen kontrast tutan ve dural tail'i bulunan "petroklival menenjiom" ile uyumlu lezyon saptandı (Şekil 1). Hasta beyin cerrahisi kliniğine yönlendirildi. Tedavisi halen devam etmektedir.

Hastanın tedaviye yanıt vermesine rağmen MRG incelemesi sonucunda menenjiom tanısı konması karşısında meslektaşlarımızın böyle bir hastada nasıl davranacağını merak ettik. İnternet aracılığıyla ulaştığımız KBB

uzmanlarına olguya yapılan inceleme sonucunu söylemeden aşağıdaki çoktan seçmeli soruyu sorduk:

İlk kez yüz felci geçiren (HB grade-3) ve steroid tedavisine yanıt veren otuz yaşlarında bir kadın hastada ne yaparsınız?

A- Öncelikle görüntüleme istemem. Ancak yüz felci tekrar ederse ya da geçmezse MRG isterim.

B- Mutlaka görüntüleme isterim.

Gelen yanıtları özelde veya serbest çalışan hekimler ile kamuda çalışan hekimler olarak iki farklı grupta topladık. Sonuçlar Şekil 2'de verilmiştir.

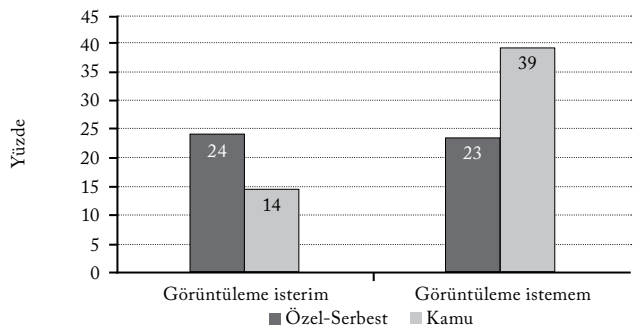
## TARTIŞMA

En sık rastlanan periferik fasiyal paralizi, bell paralizi olarak da bilinen idiyopatik fasiyal paralizisidir. Fasiyal paralizilerin %60-75'inden Bell paralizi sorumludur. Fasiyal paralizi birçok nedene bağlı ortaya çıkabilir, Bell paralizi tanısı koymadan önce bu nedenlerin ekarte edilmesi gerekir. Sıklığı 100.000'de 15-40 olarak bildirilmiştir. Genellikle akut ve tek taraflıdır. Olguların %14'ünde aile öyküsü vardır.<sup>[3-6]</sup>

Menenjiomlar tüm intrakraniyal tümörlerin %20-25'ini oluşturur ve %10'u arka fossada yerleşiktir. Arka fossa menenjiomlarının da yaklaşık %5-11'i petroklival bölgeden çıkar. Petroklival bölge menenjiomları tipik olarak benign ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Bu nedenle büyük boyutlara ulaşmadan klinik bulgu vermezler. Hastaların büyük çoğunluğu baş ağrısı, serebellar bulgular veya kranial sinir basısına bağlı semptomlarla başvurur.<sup>[7]</sup> Petroklival menenjiomları akustik schwannoma gibi diğer sık görülen serebellopontin açığı tümörlerinden ayırmada, kontrastlı MRG incelemede petroklival menenjiomların yaygın kontrast tutulumu ve "dural tail" adı verilen lezyonun kenarlarından periferik doğru uzanım gösteren dural kalınlaşmanın görülmesi yardımcıdır.<sup>[8]</sup> Görüntüleme özelliklerinin olgumuzu desteklediği izlendi (Şekil 1).



Şekil 1. Menenjiomun manyetik rezonans görüntüleri. Sağ alt resimde beyaz ok: 7. sinire bası.



Şekil 2. Hekimlerimizin olguya yaklaşımı.

Bell paralizisinde genellikle laboratuvar testlerine ve görüntüleme yöntemlerine gerek duyulmadan, öykü ve fizik muayene ile tanı konabilir. Görüntüleme istenecekse bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG istenebilir. Kemik içindeki lezyonların daha çok BT ile yumuşak dokuların daha çok MRG ile incelenmesi görüntüleme teknikleri bakımından esastır. Olguların çoğunda kendiliğinden iyileşme olması ve poliklinik şartlarında sıkça görülmesinden dolayı birçok hekim görüntülemeye gerek duymamaktadır. Genellikle kabul gören görüş ilerleyici paralizisi, eşlik eden atipik semptom varlığı veya tekrarlayan paralizilerde görüntüleme istenmesidir.<sup>[9-13]</sup>

Günlük pratikte böyle bir olguda nasıl davranacağını sordüğümüz toplam 65 hekimden geribildirim aldık. Bunların 40'ı A şıkkını; kalan 25'i B ise şıkkını işaretledi. Yani KBB uzmanlarımızın %62'si görüntülemeye gerek görmezken; %38'i görüntüleme önerdi. Ayrıca doktor dağılımının toplama oranına baktığımızda görüntüleme ihtiyacı duymayan 40 doktorun 15'i (%23) özel-serbest, 25'i (%39) kamuda çalışmaktaydı. Görüntüleme öneren 25 doktorun 16'sı (%24) özel-serbest, dokuzu (%14) kamuda çalışmaktaydı (Şekil 2).

Bu sonuçlara göre meslektaşlarımızın çoğunun böyle bir olguda öncelikle MRG'ye ihtiyaç duymadıklarını düşünmekteyiz. Dava riski yüksek 824 Amerikalı cerrah ile yapılan bir çalışmada gereksiz BT, biyopsi ve MRG'nin %93 gibi yüksek bir oranda defansif tıbbi yaklaşım nedeniyle istendiği bildirilmiştir.<sup>[14]</sup> İsviçre'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ne oranla hekimlere yönelik dava sayısının daha az yaygın olduğu, yapılan araştırmada yasal kaygılarla gereksiz inceleme isteme oranının %41-43 arasında olduğu tespit edilmiştir.<sup>[15]</sup> Ülkemizde daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte yasal kaygılarla inceleme isteme oranının artış gösterebileceği düşünülmüştür. Hekim dağılımına baktığımızda özel-serbest çalışan hekimler daha yüksek oranda görüntüleme istemektedir. Ulaştığımız hekim sayısının az olması bu konuda net bir yargılama yapmamızı engellemektedir.

Gallup ve Jackson Healthcare tarafından ABD'de yapılmış çalışmalarda kamuda çalışan hekimlerin %48 oranında defansif tıp uygulamaları yaptığı bildirilmekte olup, bu oranın özel sektöre göre az olduğu değerlendirilmiştir. Özel sektör hekimlerinde 2010 yılında yapılan çalışmada defansif tıp oranının %73-92 arasında değişmekte olduğu rapor edilmiş olup; hem kamuda hem özelde çalışmış hekimlerin %62'sinin özel sektörde daha defansif davrandığı bildirilmiştir.<sup>[16]</sup>

Günümüzde özellikle hekimler aleyhinde pek çok malpraktis davası açılmakta ve ceza soruşturması yapılmaktadır. Hukukun tüm alanlarında olduğu gibi bu tür

davalarda her olayı ayrı ayrı değerlendirmek ve bu değerlendirme neticesinde bir hüküm oluşturmak gerekmektedir. Tıbbi malpraktis, çok az durumda tek bir nedene bağlı gelişir. Bu durumda insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik gibi), çevresel faktörler ve tıbbi cihazların yetersizliği gibi faktörler söz konusudur. Genel izlenen malpraktis gelişim süreci bahsi geçen unsurların kompleks bir halini içerir.<sup>[17]</sup>

Hekimin sorumluluğu konusundaki önemli bir kavram "Tıbbi Standart Uygulaması" kavramıdır. Tıbbi standart, hekimin tedavi amacına ulaşması için gerekli olan ve denenerek ispatlanmış bulunan, hekim deneyimi ve doğa bilimlerinin o anki ulaştığı düzeyi ifade etmektedir. Tıbbi Standart kavramı ile anlatılmak istenen, "tıp biliminin genel olarak tanınıp, kabul edilmiş kuralları", başka bir ifadeyle denenmiş ve bilinen temel meslek kurallarıdır. "Tıp bilimince genel olarak bilinen ve tanınan bir kuralın varlığından söz edilebilmesi için onun hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından aynı veya benzer durumlarda sürekli uygulanıyor olması gerekmektedir."<sup>[18]</sup>

İlk kez geçirilen ve tedaviye yanıt veren yüz felcinden sonra, hastanın küçük de olsa beyin tümörü olma ihtimali varsa beyin tümörü riskine karşı MRG istenmemesi halinde aşağıda belirtilen hallerde doktorun kusurundan ve hukuki ve cezai sorumluluğundan bahsedilebilir.

- Bu konuda genel geçerli bir tıbbi standardın olmaması,
- Doktorun gelişmeleri takip etmemesi nedeniyle, değişen tıbbi standartlara göre hareket etmemesi
- Tıbbi bir standart olsa dahi hastanın risklere karşı bilgilendirilmemesi ve onamının alınmaması
- Hastanın zarar görmüş olması

Sonuç olarak, fasiyal paralizisi poliklinik şartlarında KBB hekiminin sık rastladığı bir hastalıktır. Hastalara MRG isterken hekimlerin görevlerinden biri de maliyet hesabının yapılmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada defansif tıp uygulamalarının ekonomiye yansması 7.5-76.2 milyar dolar arasında olabileceği hesaplanmıştır.<sup>[19]</sup> Günümüzde sosyal güvenlik kurumunun beyin MRG'sine ödediği bedel 72,10 Türk lirasıdır. Her yüz felcine görüntüleme istenmesi maliyet (cost effective) açısından düşünülünce sigorta kurumlarına veya hastalara yük getirmesine rağmen olgumuzdaki gibi bir durumla karşılaşılınca olabilecek tazminat davası doktoru çok daha zor bir durumda bırakacaktır. Özellikle günümüz şartlarında ülkemizde her geçen gün artma eğiliminde olan malpraktis, tazminat davaları ve şiddet olaylarından korunmak için her yüz felcine iyileşse dahi görüntüleme önerilmesini, tüm hastalara görüntüleme isteğinin tanındaki önemi, avantaj

ve dezavantajlarının ayrıntılı bir şekilde anlatılmasını ve hastaların bu konularda bilgilendirilmelerini ve tüm hastalardan bilgilendirilmiş hasta onamlarının yazılı olarak alınmasını tavsiye ediyoruz.

#### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

- Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002;4-30.
- Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. *N Engl J Med* 2004;351:1323-31.
- Singhi P, Jain V. Bell's palsy in children. *Semin Pediatr Neurol* 2003;10:289-97.
- Yeo SW, Lee DH, Jun BC, Chang KH, Park YS. Analysis of prognostic factors in Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome. *Auris Nasus Larynx* 2007;34:159-64.
- Kaygusuz I, Gödekmerdan A, Keleş E, Karlidağ T, Yalçın S, Yıldız M, et al. The role of viruses in idiopathic peripheral facial palsy and cellular immune response. *Am J Otolaryngol* 2004;25:401-6.
- Peitersen E. Natural history of Bell's palsy. *Acta Otolaryngol Suppl* 1992;492:122-4.
- Diluna ML, Bulsara KR. Surgery for petroclival meningiomas: a comprehensive review of outcomes in the skull base surgery era. *Skull Base* 2010;20:337-42.
- Jayaraman MV, Boxerman JL. Adult brain tumors. In: Scott W. Atlas editor. *Magnetic Resonance Imaging of the Brain and Spine*. 4th ed. Philadelphia: LWW Publishers; 2008. p. 549.
- Saatçi I, Sahintürk F, Sennaroğlu L, Boyvat F, Gürsel B, Besim A. MRI of the facial nerve in idiopathic facial palsy. *Eur Radiol* 1996;6:631-6.
- Murphy TP. MRI of the facial nerve during paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;104:47-51.
- Hong HS, Yi BH, Cha JG, Park SJ, Kim DH, Lee HK, Lee JD. Enhancement pattern of the normal facial nerve at 3.0 T temporal MRI. *Br J Radiol* 2010;83:118-21.
- Kumar A, Mafee MF, Mason T. Value of imaging in disorders of the facial nerve. *Top Magn Reson Imaging* 2000;11:38-51.
- Tien R, Dillon WP, Jackler RK. Contrast-enhanced MR imaging of the facial nerve in 11 patients with Bell's palsy. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990;11:735-41.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293:2609-17.
- Steurer J, Held U, Schmidt M, Gigerenzer G, Tag B, Bachmann LM. Legal concerns trigger prostate-specific antigen testing. *J Eval Clin Pract* 2009;15:390-2.
- A costly defense: physicians sound off on the high price of defensive medicine in the U.S. Available from: [http://www.jacksonhealthcare.com/media/8968/defensivemedicine\\_ebook\\_final.pdf](http://www.jacksonhealthcare.com/media/8968/defensivemedicine_ebook_final.pdf)
- Çetin G. Tıbbi Malpraktis. 'Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi' Editörler: Çetin G, Yorulmaz Ç. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. No: 48, İstanbul: 2006. s. 31-42.
- Hakeri H. Tıp Hukukunun Temel Kavramları. Editör: Hakeri H. Tıp Hukuku. 1th ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007. s. 93-273.
- Rubin RJ, Mendelson DN. *Defensive Medicine and Medical Liability Reform: Estimating Costs and Potential Savings* Fairfax, Va.: Lewin-VHI; 1993.