

Obrna lícního nervu

Nervus facialis je smíšený nerv, který má složku somatomotorickou, visceromotorickou, senzitivní a senzorickou. Dělí se na n. facialis a n. intermedius.

Anatomicko - fyziologické poznámky

Znalost anatomických poměrů je velice důležitá. Narušení různých struktur následně charakterizuje klinický obraz parézy.

Lícní nerv vystupuje anterolaterálně z mostomozečkového koutu a vstupuje do *meatus acusticus internus*. Laterálně od něj se nachází n. VIII. N. intermedius prochází mezi n. facialis a n. VIII.

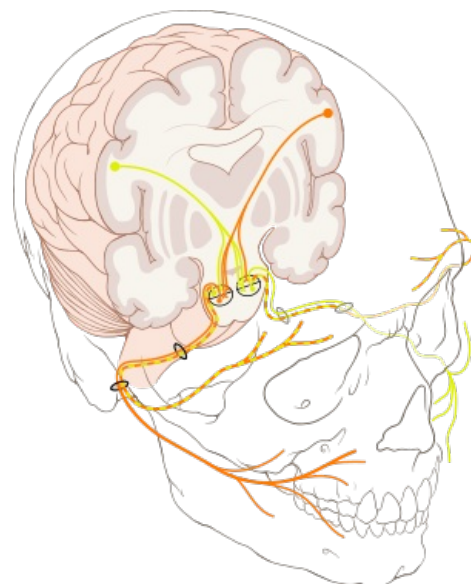
V meatus acusticus internus prochází nahoře vpředu, zde je **cévně zásoben** prostřednictvím a. labyrinthi (z a. cerebelli inferior). Uvnitř pyramid prochází v **canalis n. facialis** (Fallopia).

- **Labyrintový úsek** – směřuje dopředu dolů, končí *ggl. geniculi*.
- **Typanální úsek** – stočení o 75° dozadu (směrem dopředu se odděluje *n. petrosus major* parasympatikem pro *ggl. pterygopalatinum*), následně probíhá podél mediální stěny *cavum tympani*.
- **Mastoidální úsek** – nejdelší, sestupný a probíhá dorzálně od zevního zvukovodu, kde vydává 2 větve (*n. stapedius* a *chorda tympani*).

Kost opouští ve *foramen stylomastoideum* a vstupuje do *glandula parotis*. Zde vydává pět hlavních větví (*rr. temporales, rr. zygomatici, rr. buccales, r. marginalis mandibulae a r. collis*).

Tab. 1 – Základní charakteristika nervus facialis

	Inervace	funkce
Motorika - horní větev	m. frontalis, corrugator supercilii, nasalis,	zvedání obočí, svraštění obočí
	orbicularis oculi	svírání víček
	m. stapedius	vnímání a regulace zvuků
Motorika - dolní větev	m. orbicularis oris, mentalis, buccinator, levator anguli oris, risorius, depressor labi inf., platysma	špulení rtů, nafouknutí tváří, úsměv, cenění
N. intermedius	žlázy dutiny nosní, nosohltanu, slzná a slinné	tvorba slz a slin příslušných žláz
	senzorická inervace	malá oblast bubínku, vnějšího zvukovodu a ucha
	chuťová vlákna z předních 2/3 jazyka	chuť předních 2/3 jazyka



Horní část obličeje inervována zkrříženými i nezkříženými vlákny (žlutá + oranžová), dolní část pouze zkrříženými vlákny

N. facialis

Motorická inervace: mimické svaly, *m. platysma, m. stapedius, m. stylohyoideus a venter post. musculi digastrici*.

Centrální motoneuron se nachází v dolní třetině *gyrus praecentralis*, jde přes *capsula interna*, kříží se v kaudálním pontu a končí v jádru. Některá vlákna pokračují kaudálně, opět se kříží a vystupují k jádru ipsilaterálnímu vzhledem ke kortexu (tzv. **Déjerinův rekurentní svazek**).

! Horní polovina obličeje má vlákna z obou hemisfér, zatímco **dolní část** má jen vlákna z kontralaterální hemisféry.

Z toho lze vyvodit, že léze vzniklé supranukleárně šetří motoriku horní části obličeje (pacient nesešpulí ústa, ale hýbe obočím). Emoční kontrola mimiky jde z extrapyramidových struktur přes RF. Pokud jsou tyto dráhy při supranukleární lézi zachovány, je zachována emoční mimická odpověď.

N. intermedius

Osahuje tři typy vláken: **aforentní somatická** ze zadní části zevního zvukovodu a části boltce, **senzorická chuťová** z předních 2/3 jazyka a **visceromotorická** ke *gl. submandibularis, gl. sublingualis*, žlázkám v nose a k slzné žláze. Pregangliová vlákna parasympatiku jsou z kmene z *ncl. salivatorius superior* (přes *ggl. geniculi* projdou bez přepojení), postgangliová vlákna jsou v *ggl. submandibulare a pterygopalatinum*.

Centrální léze

Jedná se o poškození dráhy supranukleárně. Obvykle bývá omezena volní mimika dolní poloviny obličeje, zejména periorálně. Ramus temporalis (tedy inervace čela, od očního koutku nahoru) má vlákna z obou hemisfér. Poškození jedné hemisféry je tedy kompenzováno druhostrannou hemisférou, která se vždy vydává vlákna do obou ramí

temporales nervi facialis. Dolní část n. facialis má vlákna pouze z kontralaterální hemisféry, tudíž ipsilaterální hemisféra nijak nezasahuje do inervace dolní poloviny oobličej. Mimovolní mimika může být zachována. Chybí atrofie a fascikulace.

Nukleární léze

Ipsilaterální obrna všech svalů zásobených n. VII. Často bývá současně postižen n. abducens a tr. corticospinalis. Nemusí být postižena slinná ani slzná sekrece, kožní citlivost ani chuť.

Léze v mostomozečkovém koutu

Současně přítomny léze n. VIII, příp. dalších struktur, bývá porušen i n. intermedius – porucha chuti, slzné a slinné sekrece a citlivosti.

Periferní léze

Léze v canalis n. facialis

Léze ve vestibulárním úseku

Paréza periferního typu, porucha slzné a slinné sekrece, hyperakuze (nefunguje m. stapedius), porucha chuti, navíc obvykle je postižen i n. VIII.

Léze v tympanálním úseku

Ušetřena slzná a slinná sekrece. Pokud vznikne distálně za odstupem n. stapedius, chybí i hyperakuze, pokud vznikne za chorda tympani bývá ušetřena i chuť.

Nejčastější příčiny narušení v canalis n. facialis bývají fraktury, otitidy, mastoiditidy, VZV a Bellova obrna. V případech, že se jedná o onemocnění ucha, mohou být přítomny i vertigo, otalgie, případně perforace bubínku. Současně může být narušen i n. VIII v mostomozečkovém koutu.

Bellova idiopatická obrna

Projevuje se postižením horní i dolní větve jedné strany obličeje. Bývá nejčastější příčinou obrny lícního nervu (¾ případů). Patrně vzniká na podkladě nehnisavého zánětu nervu nad foramen stylomastoideum, ale přesná etiologie není známa (útlak vasa nervorum, reaktivace HSV).

Léze v obličejí

Poruchy nervu v blízkosti foramen stylomastoideum a v gl. parotis vedou k čistě **motorické mimické obrně poloviny obličeje**. Mezi nejčastější příčiny patří traumata, záněty a nádory gl. parotis a chirurgické výkony v této oblasti, špatně aplikovaná mandibulární anestezie. Projevuje se lagoftalmem, oko se při pokusu o zavření stáčí vzhůru a zevně. Také bývá vyhlazená nazolabiální rýha, pokleslý koutek, nelze špulit rty, cenit zuby atd.

Diagnóza

Při záchytu obrny lícního nervu jsou doporučena následující vyšetření:

- Vyšetření krve – krevní obraz, zánětlivé ukazatele (CRP), sérologie boreliózy;
- ORL statim – zjištění, zda není přítomna herpetická infekce ušního bubínku;
- CT mozku – není nutné okamžitě, ale provést i při periferní obrně;
- Lumbální punkce – u dětí vždy, u dospělých při klinických pochybách či vysokém podezření na boreliovou infekci.



Příznaky Bellovy obrny.

Léčba



O správnosti článku se vede diskuse.

O obsahu článku „Obrna lícního nervu“ se nyní debatuje. Více informací naleznete v diskusi.



Při periferní obrně lícního nervu je v první řadě důležité vyloučit sekundární etiologii.

V případě idiopatické obrny lícního nervu (Bellovy obrny) je nutné brát v potaz míru postižení, lehké a inkompletní léze se většinou upraví spontánně. V rané fázi se doporučuje pro zvažovanou edematozní složku kortikoterapie (Prednison) v sestupném trendu po dobu 7-10 dnů. V řádu několika dnů od počátku obtíží účinnost kortikoterapie klesá, nemá tedy význam léčbu zahajovat mimo časné stádium.^{[1][2]}

V případě sekundární etiologie se terapie odvíjí od příčiny, z nejčastějších léčitelných příčin z klinické praxe stojí za zmínku:

- Ramsay-Huntův syndrom (VZV); aciklovir současně s kortikoidy
- neuroborrelióza; v ČR ceftriaxon

Jako podpůrná terapie se používá B1+B12 (Milgamma, Neurobion).

Pro typický lagoftalmus je nutné chránit postižené oko, jelikož ve většině případu dochází k nemožnosti zavření oční štěrby. Je doporučeno aplikovat zvlhčující oční kapky, event. oční masti (oftalmoazulem , oftalmoframykoin  apod.), čímž se zabrání vysychání a iritaci rohovky, na noc se oko preventivně přelepí.

Součástí léčby při obrně lícního nervu je fyzioterapie včetně reflexních technik, jejímž cílem je napomáhat při obnově funkce mimických svalů, ideálně zabránit vzniku nežádoucích synkinéz. Ve vybraných případech se používá elektrostimulace n. facialis.

Doporučují se režimová opatření, klidový režim, vyvarovat se chladu a průvanu.

Regrese obtíží může trvat několik týdnů, ale i měsíců, v nejtěžších případech se stav neupraví.

Odkazy

Externí odkazy

Lečba obrny lícního nervu (<http://www.obrna-licniho-nervu.cz/lecba-obrny-licniho-nervu/>)

Související články

- Nervus facialis
- Faciální hemispasmus
- Neuralgie trigeminu

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2007. [cit. 2009]. <http://jirben2.chytrak.cz/materialy/orl_jb.doc>.
- Seminář na Neurologické klinice 1. LF UK v Praze, s MUDr. Evou Krasulovou, v rámci předmětu Klinická neurologie a klinická psychiatrie pro 6. ročník, vyučovaného v listopadu 2011 (oddíl Diagnostika a Léčba).

Reference

- ^[3] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol
1. Bojar, M. "Výpis Číslo Časopisu 6/2007 Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie." *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, Neurologická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha, www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/archiv-cisel/2007-6-1. Accessed 27 May 2024.
 2. Ambler, Zdeněk. "Periferní Paréza Nervus Facialis." *Interní Medicína pro Praxi*, Neurologická klinika LF UK a FN, 2010, www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/09/13.pdf.
 3. FN Motol Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol. *Pokyny pro pacienty s obrnou lícního nervu* [online]. [cit. 27.05.2024]. <<https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/doporuceni-pro-pacienty-s-obrnou-licniho-nervu-1.pdf>>.