

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.

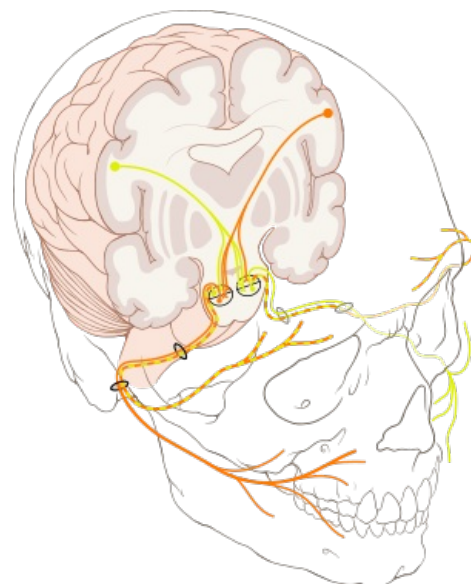
V meatus acusticus internus prochází nahoře vpředu, zde je **cévně zásoben** prostřednictvím a. labyrinthi (z a. cerebelli inferior). Uvnitř pyramidy probíhá v **canalis n. facialis** (Fallopia).

- **Labyrintový úsek** – směřuje dopředu dolů, končí *ggl. geniculi*.
- **Tympanální 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 obličeje. 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 obličeji

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 důležité chránit hlavně oko, jelikož ve většině případu dochází k nemožnosti zavření oční štěrbiny (lagoftalmus). Je doporučeno oko vypláchnout borovou vodou, aplikovat oční kapky a popřípadě oční masti (oftalmoazulem, oftalmoframykoin apod.), což zabrání vzniku rohovkového vředu, poté

se oko přelepí, čímž se zabrání vysychání rohovky. Pokud je příčinou obrny bakteriální či virová infekce, tak po přesné diagnóze následuje antibiotická či antivirová terapie. Celkově je doporučeno oblast prohřívát a zvýšit příjem vitamínu B a E.

Nedílnou součástí léčby při obrně lícního nervu je fyzioterapie, jejímž cílem je napomáhat při obnově funkce mimických svalů, snažit se zabránit vzniku nežádoucích souhybů a v neposlední řadě podpora pacienta během procesu uzdravování. Ten může trvat několik týdnů, ale i měsíců, v nejtěžších případech se mimika zcela neupraví. Ve vybraných případech je pro upřesnění míry poškození nervu a pro stanovení prognózy vhodné provést elektromyografické vyšetření /EMG/.^[1]

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

- ^[1] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol