

NAŠE ZKUŠENOSTI S OPERAČNÍ LÉČBOU OBRN LÍCNÍHO NERVU

Plukovník prof. MUDr. Ervín ČERNÝ, podplukovník MUDr. Zdeněk MACHOTKA
 ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze (náčelník plukovník prof. MUDr. Ervín Černý)

Od září 1958 do současné doby jsme provedli 36 operací, jejichž cílem byla náprava periferní obrny lícního nervu. Z tabulky 1 je patrné, že poškození lícního nervu u našich nemocných postihovalo ve většině případů intratemporální úsek lícního nervu (34 případů), zatímco v úseku extratemporálním se vyskytovalo výjimečně (2krát).

Příčiny obrny jsou rozděleny do sedmi kategorií, z nichž jsou zastoupeny nejčastěji obrny u středoušních zánětů a obrny peroperační. Při chirurgické léčbě obrn různé etiologie bylo použito celkem sedmi operačních metod, z nichž nejčastější byla dekomprese lícního nervu. Při rozboru našeho materiálu držíme se typu operace, ať je její příčina jakákoli. Obecné indikace k operaci byly již uvedeny v práci dr. Fajstavra a dr. Zeleného.

Nejjednodušší situace pro operátora je, vznikne-li obrna lícního nervu v průběhu akutní nebo subakutní mastoiditidy. Zpravidla stačí provést **mastoidektomii** s pečlivým odstraněním všech sklípků, zejména v rýze intersinofaciální, bez obnažování lícního nervu v jeho mastoidálním průběhu. Příležitost k tomuto výkonu jsme měli dvakrát (tab. 2). Obrna

trvala před operací 2 a 3 dny, po operaci se upravila k normě za 14 dní a v druhém případě po měsíci. Společným znakem v obou případech byla bohatá pneumatizace a nadměrná tvorba tužších granulací, vyplňujících všechny sklípky včetně antra a atiku.

Také obrna vyvolaná chronickým středoušním zánětem nemá být příčinou indikačních rozpaků. **Radikální operace nebo atikoantrotomie** je jediný správný způsob léčby, která se nemá odkládat. V sestavě našich osmi operovaných byla trepanace provedena 1 den až 10 měsíců od počátku obrny (tab. 3). Šestkrát šlo o cholesteatom, jednou o chronický mezotympanální zánět a jednou o subakutní otomastoiditidu. U šesti operovaných byla nalezena uzura stěny kostěného kanálu nervu v jeho tympanálním úseku. Z obnaženého nervu jsme vždy pečlivě snímali zbytky cholesteatomu a pod mikroskopem granulace, jestliže byly přítomny. Defekt kostěné stěny kanálu jsme nerozšiřovali, jak radí Miehle, a nebyl-li nerv obnažen spontánně, neotvírali jsme jeho kanál. Neotevření nervového kanálu nemělo ve srovnání s případy s kanálkem otevřeným vliv na konečný funkční výsledek, jak ukazuje

Tab. 1. PŘEHLED OPERAČNÍCH VÝKONŮ PODLE ETIOLOGIE A MÍSTA LÉZE

Místo léze	ETIOLOGIE	Antromastoidektomie	RO AAT	Dekomprese	Ballance -Duel	Anastomóza n. XII-VII	Plastika extratemp. autoneurotransplant.	Revize průběhu N.VII	CELKEM
Intratemporální úsek N.VII	Středoušní zánět	2	8	1		1			12
	Peroperační			3	5	3		1	12
	Pouřazové			5					5
	Nádory					3			3
	Neuroinfekce			1				1	2
Extratemp. úsek N.VII	Nádory parotis						1		1
	Pouřazové					1			1
	CELKEM	2	8	10	5	8	1	2	36

Tab. 2. VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY OBRN N.VII. ANTROMASTOIDEKTOMIE

Nemocný	Vznik obrny	Výsledek	Interval obrna - operace
Vavruška	28. XII. 61	dobrý	2 dny
Dvořák	8. VIII. 63	dobrý	3 dny

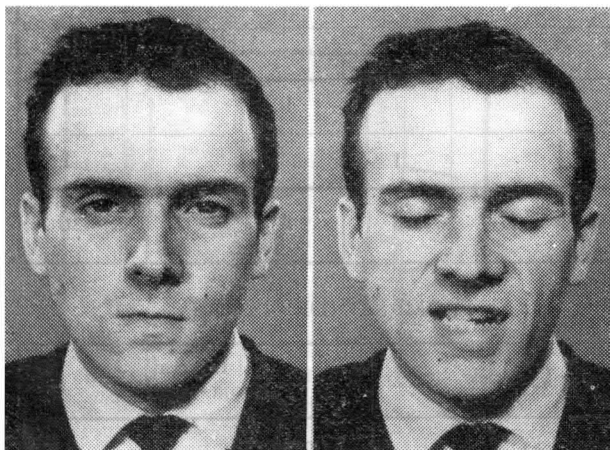
Tab. 3. VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY OBRN N.VII - RO - AAT

Nemocný	Vznik obrny	Výsledek	Interval obrna - operace
Jelen	15.IV. 59	dobrý	2 měsíce
Hladík	5. IX. 60	dobrý	2 1/2 měsíce
Jančovič	28.III. 61	dobrý	7 dnů
Vyskočil	VI. 61	dobrý	10 měsíců
Malík	1. V. 66	dobrý	2 dny
Osrman	27. X. 65	zemřel	6 týdnů
Žebrákovský	15. XI. 65	dobrý	3 dny
Časlavská	10. III. 66	dobrý	1 den

srovnání snímku 1a, b se snímkem 2a, b. První pohyby u operovaných s úplnou obrnou se objevily nejdříve za 6 dnů, nejpozději za 14 dní po operaci. Konečné funkční výsledky jsou u všech dobré. Podmínkou úspěšné léčby je



Obr. 1a, b: Úprava obrny lícního nervu, bez otevření canalis Fallopii



Obr. 2a, b: Úprava obrny lícního nervu při přítomnosti defektu ve stěně canalis Fallopii

nejen operace, ale také pooperační fyzikální léčba, které jsme u nás plně využívali. Zahájili jsme ji zpravidla po odstranění stehů ze zevní rány mezi 7. až 10. dnem po operaci. Při dnešních zkušenostech si myslíme, že v případech rozsáhlejšího obnažení nervu bude účelné pokrývat jej i v těchto případech lokem amnia.

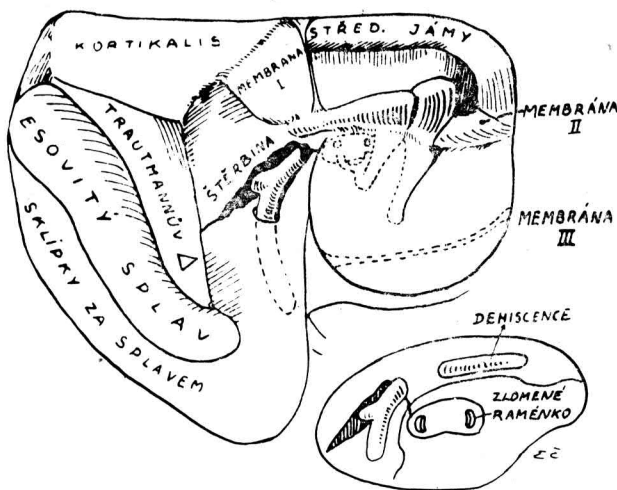
Nejčastějším našim chirurgickým výkonem u periferních obrn lícního nervu byla jeho **dekomprese**. Provedli jsme ji u deseti nemocných (tab. 4). K obrně u těchto nemocných došlo 5krát při zlomení spánkové kosti, 3krát následkem peroperačního poranění, 1krát následkem hnisání v operovaném výčnělku, 1krát při Bellově obrně.

Při přímých výkonech na lícním nervu operujeme nejraději v celkové anestézii, protože nemocní udávají značnou bolestivost, zejména při práci na mastoidálním úseku nervu, a jednak proto, že narkóza nám dovoluje použít hypotenze, která zmenší krvácení. S výhodou používáme dále Herrmannův řez, který nám umožní dobrý přístup k mastoidální i tympanální části nervu. Dekompresi nervu jsme provedli ihned při vzniku peroperační obrny ve dvou případech. Šlo o narušení kanálku lícního nervu, k němuž došlo v prvním případě při frézování fenestry v laterálním kanálku, v druhém případě při vytváření plošky pro ozvučování labyrintu na konvexitě laterálního kanálku. V třetím případě peroperační částečné obrny jsme čekali 6 týdnů a dekompresi jsme provedli, až když se objevily známky dalšího zhoršení. V ostatních případech traumatických obrn byla dekomprese provedena za 1—4 měsíce po úrazu, podle toho, jak byli nemocní na naše oddělení posíláni, a podle výsledků elektromyografického vyšetření. Jestliže konzervativní léčba skýtala naději na úspěch, vyčkávali jsme a nezděka jsme překročili dobu dvou měsíců, po které již mnozí operatři dále nečekají a operují. U traumatických obrn byl 4krát porušen mastoidální úsek nervu a 1krát labyrintový úsek.

Tab. 4. VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY OBRN N. VII – DEKOMPRESI

Nemocný	Vznik obrny	Výsledek	Interval obrna – operace
Plášil	3. IV. 60	uspokojivý	2 měsíce
Praibíš	19. I. 62	dobrý	ihned
Vyhnis	22. VI. 62	dobrý	1 měsíc
Hrbková	23. I. 62	dobrý	ihned
Čermák	31. III. 62	špatný	3 měsíce
Jelínek	17. IV. 63	dobrý	6 týdnů
Čtvrtečka	11. III. 65	dobrý	2 měsíce + 1 týden
Budský	26. VII. 65	dobrý	4 měsíce
Feltoová	14. III. 66	špatný	3 týdny
Kahligová	30. VI. 66	?	3 měsíce

V tomto posledním případě dekomprese nepřinesla výsledek pro nedostupnost léze a byla doporučena anastomóza hypoglossofaciální. U nemocného Budského bylo při dekompresi zjištěno v místě lomu v mastoidální části obnažení lícního nervu, dále spontánní dehiscen-



Obr. 3

ce v tympanálním úseku, zlomení obou ramének třmínku a přepažení aditu, atiku a mezotympana třemi membránami. Dekompresi a složitým výkonem na kůstkách se podařilo obnovit reinervaci a zlepšit úrazem poškozený sluch (obr. 3). Dekompresi jsme provedli dále u jediného nemocného s ischemickou obrnou. Nerv byl obnažen v mastoidálním úseku a při protěti perineuria vytékala z něj vodnatá tekutina. Pooperační péče nebyla prováděna jen po linii chirurgické: nemocní byli léčeni medikamentózně (Prednizon, vitamín B₁₂) a byli rehabilitováni na fyziotrickém oddělení. První

pohyby mimického svalstva se po dekompresi u našich operovaných objevovaly většinou již v průběhu prvního měsíce po operaci. Výsledky jsou většinou dobré. Špatný výsledek jsme zaznamenali jen při porušení nervu v jeho labyrintové části, kde šlo vlastně jen o pokus o dekompresi, a u kachektické staré ženy s těžkým diabetem.

V naší sestavě nemáme zastoupenou operaci **end to end**. U našich případů s přerušením lícního nervu byla diastáza mezi centrálním a periferním pahýlem vždy tak velká, že jsme byli nuceni použít k jejímu překlenutí **nervového autotransplantátu**, který jsme vytínali z nervus cutaneus femoris lateralis. Vyslovit se po provedení **Ballanceovy-Duelovy** operace je lehké tam, kde jde o zjevnou neurothmesis s diastázou. Upadáme do rozpaků a obav, máme-li rozhodnout o použití této metody tam, kde je nerv celistvý a kde nedovedeme odhadnout míru trvalých patologických změn v jeho průběhu. Z této nejistoty nás musí vyvést elektromyografické vyšetření, dynamika obrny a kontrola nervového kmene pod mikroskopem.

S metodou Ballanceovou-Duelovou nemáme mnoho zkušeností. Máme za 7 let jen 5 operovaných (tab. 5). V prvním případě jsme použili přímo tympanální části nervu, která byla při radikální operaci vytržena, ihned k přemostění defektu. Naši nemocní však ucho stále secernovalo, takže jsme nakonec přestali věřit ve výsledek operace a po 3 měsících jsme přistoupili k provedení anastomózy hypoglossofaciální.

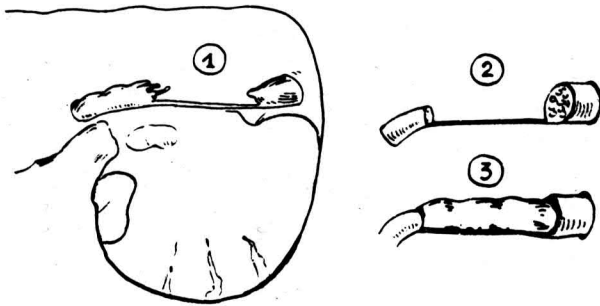
Stejný osud čekal dalšího nemocného, u něhož jsme zjistili mezi oběma pahýly nervu tenkou spojku. Tu jsme ponechali a po vyrovnání konců obou pahýlů jsme mezi ně vložili na způsob inlaye nervový autotrasplantát. Protože po 10měsíčním čekání nebyly u nemocného, který současně trpěl těžkým diabe-

Tab. 5. VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY OBRN N.VII. BALLANCE - DUEL

Nemocný	Vznik obrny	Výsledek	Interval obrna - operace
Kubíková	13. I. 59	špatný	ihned
Hrubý	13. IX. 61	špatný	3 1/2 měsíce
Plichtová	IX. 65	dobrý	1/2 roku
Fiurášek	25. V. 65	dobrý	14 dnů
Vávra	VI. 66	dobrý	5 měsíců

tem, známky reinervace, byla provedena nervová anastomóza hypoglossofaciální (obr. 4).

U další nemocné, která měla již 2 recidivy otogenní obrny lícního nervu, bylo rozhodování těžší. Při naší operaci jsme zjistili, že nerv v tympanálním úseku je zjizevnatělý a že celý leží v jizevnatém obalu. Elektromyografické vyšetření svědčilo pro úplnou denervaci a ve vyřezané části od předního kolénka až



Obr. 4

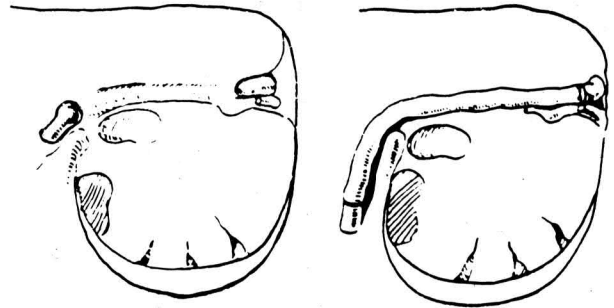
za zadní kolénko zjistil histolog jizvu bez stopy nervové tkáně. Byla provedena Ballanceova-Duelova operace a za 16 měsíců je patrný dobrý výsledek (obr. 4a, b).

U čtvrtého nemocného, který k nám byl poslán za 14 dní po vzniku pooperační obrny v průběhu radikální operace, byla hned provedena Ballanceova-Duelova operace, při níž



Obr. 4 Aa: Nemocná č. 3 před operací

Obr. 4 Ab: Nemocná č. 3 18 měsíců po operaci



Obr. 5

byl zjištěn defekt nervu takřka v jeho celé tympanální části. Od operace uběhlo 13 měsíců a reinervace v postižené polovině obličeje se z větší části upravila (obr. 5).

U pátého nemocného, u něhož před pěti měsíci nastala při mastoidektomií obrna, jsme zjistili při operaci mastoidální část nervu obnaženou, roztrženou a silně jizevnatě změněnou. Po resekci změněné části až nad krajinu třmínku a vyhledání periferního pahýlu v jizvách na samém konci Fallopiova kanálku byl pahýl uvolněn a po občerstvení okrajů obou pahýlů vložen mezi ně autotransplantát. Sluch



Obr. 6a

nebyl operací porušen. Nemocný je 8 měsíců po operaci a výsledek je i za tak krátkou dobu dobrý (obr. 6).

U všech operovaných této skupiny jsme použili k napojení transplantátu na pahýl nervu plazmy a nerv jsme přikrývali amniem.

Zvláštní místo v naší sestavě mají dva případy, u nichž byla provedena pouze **revize jejich průběhu v intratemporálním úseku.**



Obr. 6b: Nemocný č. 5
před operací

Obr. 6c: Nemocný č. 5
8 měsíců po operaci

První nemocná byla během posledních 30 let 4krát operována a vždy jí byla při tom způsobena obrna. Poslední obrna trvala v době, kdy byla přeložena na naše oddělení z neurochirurgické kliniky, již 8 měsíců a byla úplná. Při revizi jsme zjistili, že nerv takřka v celém svém tympanálním a mastoidálním úseku probíhá jizevnatou tkání, která ho nejen kryje, ale i utiskuje a že v tympanálním úseku nesleduje svou obvyklou trať, ale že je dislokován vysoko na horní plošku laterálního kanálku, v němž vyhloubil mělké korýtko (obr. 7). Tento abnormální průběh, způsobený patrně vytažením nervu při první operaci, byl

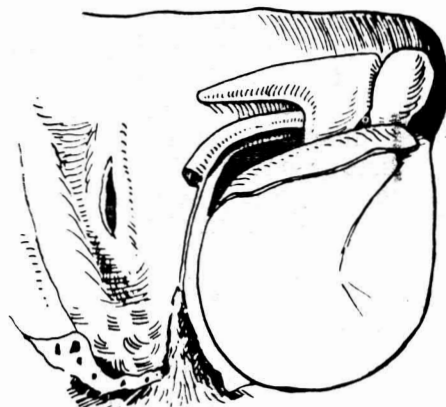


Obr. 7

asi příčinou opakujících se obrn při revizi trepanační dutiny.

Byli jsme překvapeni, když již od druhého dne po našem výkonu, při němž jsme vystříhali okolní jizvy, ale nerv sám byl při tom nemálo pohmožděn, se zřetelně nápadně počala postupně vracet reinnervace mimických svalů.

U jiné nemocné s peroperační obrnou, zasláné k nám za 10 měsíců po radikální ope-



Obr. 8

rací, jsme zjistili při revizi obnažení lícního nervu od krajiny kladívka až po výstup z foramen stylomastoideum (obr. 8). Přitom byl nerv z větší části pod zadním kolénkem přerušen a pokračoval jen jako tenounký provázek kauzálně, kde mizel po 4milimetrovém průběhu v kuželovité jizevnaté tkáni, která sem vrůstala z retromandibulární krajiny defektem po odstranění hrotu výčnělku. Návaznost v jizvě na extratemporální část nervu nemohla být zjištěna ani pečlivou kontrolou pod mikroskopem. V zadním vertikálním kanálku byla zjištěna rozsáhlá píštěl. V tomto případě bude rozhodnutí o konečném řešení těžké. Přicházejí v úvahu Ballanceova-Duelova operace nebo anastomóza.

Chirurgie obrn lícního nervu v jeho **extratemporálním** úseku je spojena většinou s chirurgií příušní žlázy. Zde jsou naše zkušenosti



Obr. 9

nejmenší. U nemocného s rakovinou příušní žlázy větší než silná mužská pěst jsme radikálně odstranili celou žlázu i s extratemporální částí nervového kmene a jeho větvením.

Z 19 cm dlouhého nervus cutaneus femoris lateralis jsme přemostili defekty hlavních větví a kmene tak, že je bylo možno našít na periferní pahýly a na centrální pahýl vybavený oddlabáním hrotu výčnělku (obr. 9). Sutyry hedvábím byly zajištěny přídatkem plazmy. Nemocný bohužel zemřel za 3 měsíce po operaci na interkurentní plicní tuberkulózu.

V tomto sdělení opomíjíme léčbu obrny lícního nervu anastomózou hypoglossofaciální, které je věnována samostatná práce. Musíme

však zdůraznit, že indikace anastomózy jsou výjimečné a ojedinělé a že jí má být použito jen tam, kde na lícním nervu nelze provést intratemporální výkon.

Závěrem lze říci, že náš materiál je nevelký, ale že i tak nám poskytl možnost provést řadu různých druhů operací, které se nám zdály pro daný případ vhodné. Získané výsledky jsou ve většině případů povzbuzující. Věříme, že užší spoluprací s elektrofyziologickou laboratoří a zdokonalením operační techniky vylepšíme v budoucnosti naše léčebné výsledky na tomto úseku, který svou podstatou se řadí po bok kofochirurgií a který obohacuje akční sféru otolaryngologie.