

ANASTOMÓZA HYPOGLOSSOFACIÁLNÍ

Plukovník prof. MUDr. Ervín ČERNÝ, podplukovník MUDr. Lubomír TUREK,
 ORL oddělení ÚVN v Praze (náčelník plukovník prof. MUDr. Ervín Černý)

Myšlenku obnovit zaniklou inervaci mimického svalstva způsobenou přerušením lícního nervu napojením periferního pahýlu tohoto nervu na jiný nerv uskutečnil v r. 1879 Drobnik. Provedl první anastomózu mezi lícním nervem a nervus accessorius. Ke konci století používali Ballance a Manasse k napojení na periferní pahýl lícního nervu kromě nervus accessorius také nervus hypoglossus a nervus glossopharyngeus.

U nás se metodou anastomózy hypoglossofaciální počal od roku 1920 zabývat Burián. Metodu však pro neuspokojivý výsledek u prvních šesti operovaných opustil a vypracoval vlastní techniku závěsné plastiky. Na našich otolaryngologických pracovištích byla anastomóza hypoglossofaciální prováděna jen ojediněle. V roce 1954 publikoval Venclík jeden případ. Operace, které prováděl v Hradci Krá-

lové Černý a v Ružomberoku Kovačovič, nebyly publikovány.

Na ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze jsme provedli od roku 1959 těchto operací celkem osm. U deváté nemocné operace nebyla dokončena a nepojali jsme ji proto do naší sestavy. Lícní nerv byl totiž již při svém výstupu z foramen stylomastoideum rozdělen v řadu tenkých větviček, jejichž napojení na jiný nerv by bylo velmi obtížné a výsledek operace dubiózní. Byla předána na kliniku plastické chirurgie k provedení svalové plastiky (tab. 1).

Náš operační postup byl v ostatních případech následující: V místním znecitlivění nebo lépe v celkové anestézii veden řez od dolní poloviny retroaurikulární rýhy podél předního okraje kývače k hrotu dlouhého rohu jazyky a odtud v mírném oblouku asi 3 cm kupředu.

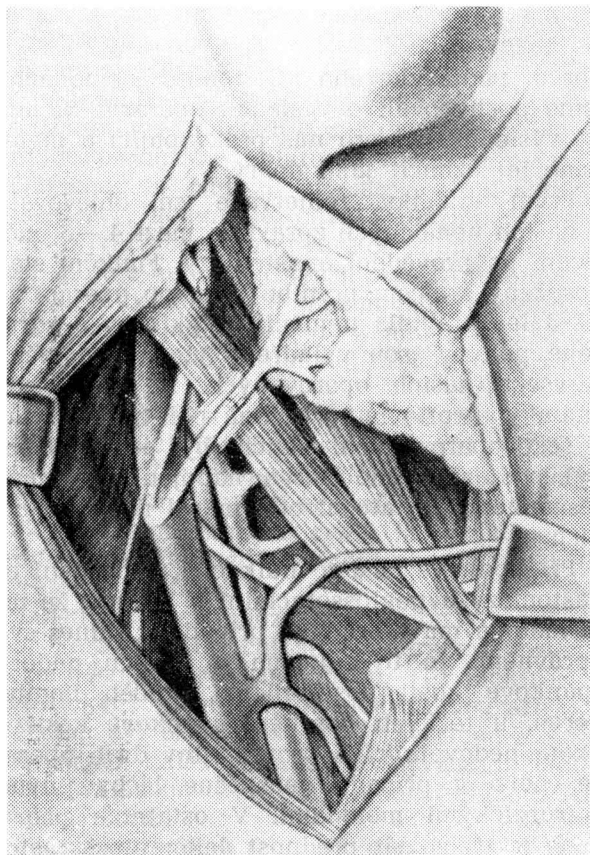
Tab. 1. VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY OBRN N. VII. ANASTOMÓZA N. VII.—XII.

Nemocný	Vznik obrny	Výsledek	Interval obrna – operace
Štellová	54	uspokojivý	5 roků
Výborová	X. 59	dobrý	7 měsíců
Kubíková	13. I. 59	špatný	3 měsíce
Vacek	5. I. 59	dobrý	4 měsíce
Kocich	19.X. 60	uspokojivý	6 měsíců
Friedová	60	špatný	6 roků
Hrubý	13. IX. 61	špatný	14 měsíců
Krásný	5. V. 65	dobrý	7 měsíců

Proniknutí do hloubky ve štěrbině mezi příušní žlázou a kývačem až k zadnímu bříšku musculus biventer. Po případném odtěžení hrotu výběžku bradavkového postup dále podél sutura tympanomastoidea a obnažení lícního nervu od jeho výstupu z canalis Fallopii až k jeho zanoření do parenchymu příušní žlázy. Příčné protěžení nervového kmene při výstupu z canalis Fallopii a jeho uvolnění až ke vstupu do příušní žlázy. V další fázi vypreparování podjazyčného nervu a protěžení co nejvíce vpředu těsně nad jazylkou. Protěžení jeho ramus descendens asi 5—6 cm od odstupu. Napojení centrálního pahýlu podjazyčného nervu na periferní pahýl lícního nervu a perineurální sešití celkem čtyřmi stehy. Podobné napojení ramus descendens na periferní pahýl podjazyčného nervu. Obalení nervových sutur amniem nebo tukem, případné slepení plazmou. Šešítky rány ve dvou vrstvách s drenáží v dolním pólu. Průměrné trvání operace je dvě až dvě a půl hodiny (viz obr. 1).

Příčinou obrny u našich nemocných bylo ve čtyřech případech poranění lícního nervu při trepanaci, u tří nemocných šlo o nádor v oblasti spánkové kosti a u jednoho nemocného o sdružený těžký úraz spánkové kosti, krajiny příušní žlázy a přilehlé části mandibuly.

Ze skupiny čtyř poraněných při operaci byla první nemocná z našeho pracoviště, ostatní z pracovišť cizích. Nemocné Kubíkové byl vy-



Obr. 1. Anastomóza hypoglossofaciální

tržen při radikální operaci lícní nerv v celém svém tympanálním úseku. Vytržená část byla přiložena zpět na své místo. Protože trepanační dutina silně secernovala, přiměly operátora rostoucí obavy, že se vytržená část nevhojí, po tříměsíčním čekání k obejití hnisajícího terénu a k provedení anastomózy. Nemocnému Hrubému jsme provedli za čtyři měsíce po peroperačním vzniku obrny operaci podle Ballance a Duela. Nemocný se současně léčil na těžký diabetes a po propuštění domů prodělal erysipelas boltce. Tyto momenty byly patrně příčinou neúspěchu. Když ani po desetiměsíčním čekání se neobjevily známky obnovování funkce lícního nervu, byla provedena anastomóza. V obou těchto případech došlo po provedení anastomózy k částečné reinervaci, ale výsledek hodnotíme jako špatný. Nicméně anastomóza zde byla nepříznivými pooperačními momenty plně odůvodněna. U nemocného Kociha jsme provedli za 4 měsíce po radikální operaci dekompresi lícního nervu v jeho tympanální a přilehlé mastoidální části. Když ani za další dva měsíce se neobjevily náznaky reinervace, byla provedena anastomóza. Výsledek lze hodnotit jako uspokojivý. V tomto případě je oprávněna otázka, nebylo-li by účelnější vytnout poškozenou část nervu a nahradit ji autotransplantátem podle Ballance — Duela. U nemocné Výborové jsme provedli anastomózu za sedm měsíců po radikální operaci. Hledání lícního nervu bylo zde ztíženo přítomností jizev po předchozím odstranění hrotu výčnělku. Výsledek operace hodnotíme jako dobrý až velmi dobrý. Podle současných zkušeností bychom dnes v podobném případě anastomózu nedělali, ale dali bychom přednost operaci podle Ballance-Duela.

Ve druhé skupině nemocných byl příčinou obrny lícního nervu nádor, a to již v údobí před první operací. Trepanace byla u nich provedena k odstranění nádoru. Jiný způsob nápravy obrny než anastomóza zde nebyl myslitelný. U nemocné Štellové šlo o velmi vzácný neurinom lícního nervu, který vycházel z jeho labyrintové části. Výsledek operace, provedené za šest let po vzniku těžké, ale na úplné obrny, je uspokojivý (viz obr. 2—3). U nemocné Friedové šlo o nádor vnitřního zvukovodu, který byl námi i neurology považován za neurinom akustiku. Úplná obrna lícního nervu trvala šest let. Nádor jsme odstranili translabyrinthální cestou. Histolog zjistil, že jde o meningiom. Za dva měsíce po operaci jsme provedli anastomózu. Nemocná je osm měsíců po operaci, výsledek hodnotíme prozatím jako špatný, avšak vzhledem ke krátkosti pooperační doby je další zlepšení možné. U posledního nemocného této skupiny, Krásného, byl námi při revizi po konzervativní radikální operaci zjištěn karcinom středouší, postihující celou pyramidu. Také zde byla úspěšně provedena anastomóza, jejíž výsledek hodnotíme jako dobrý. Příklad je pozoruhodný i postupem, kterého by-



Obr. 2 — 3. Nemocná za 8 měsíců po anastomóze hypoglossofaciální

lo použito proti primárnímu nádorovému onemocnění. Při operaci provedené v jiné době než anastomóza, byla odstraněna celá pyramida spánkové kosti, nádor byl odstraněn z tvrdé pleny střední a zadní jámy, při čemž byly části tvrdé pleny resekovány a nahrazeny vazivovým autotransplantátem. Nemocný podstoupil po operaci ozařování radioaktivním fosforem (^{32}P), který byl aplikován lokálně ve vodném roztoku v spongostanovém vehikulu. V odstupu dvou let po operaci se neobjevily známky recidivy.

V posledním případě u nemocného Vacka s etiologií úrazovou byla za 3 měsíce po úrazu provedena rekonstrukce zevního zvukovodu a attikoantrotomie na roztříštěném výčnělku. Devastace mastoidální části canalis Fallopii, hrotu výčnělku a ve fossa retromandibularis byla tak rozsáhlá, že nebylo možno provést současně výkon na lícním nervu. Až za 6 měsíců po úrazu byla provedena revize v jizvách retromandibulární krajiny, prostoupených sytě modrými skvrnami ze zraňujícího kovového tělesa. S pomocí mikroskopu se podařilo v průběhu svízelné operace izolovat zvazivovatělý, modře pigmentovaný pruh lícního nervu. Byl prořat těsně před místem svého větvení v příušní žláze a na něj napojen centrální pahýl

nervu podjazykového. U tohoto nemocného jsme pochybovali o výsledku operace. Nicméně výsledek byl pro nás překvapující a mohli jsme jej označit jako dobrý.

První známky reinervace se objevovaly u našich nemocných zpravidla mezi 4.—6. měsícem po provedení anastomózy. Funkční stav dosažený koncem prvního roku po operaci se již dále zpravidla neměnil. Synkinézy a sdružené pohyby jsou vyjádřeny více nebo méně u všech našich operovaných. U všech jsou známky atrofie na příslušné polovině jazyka. U šesti operovaných, u nichž byl periferní pahýl podjazykového nervu napojen na ramus rescendens, je tato atrofie menší než u ostatních.

Při kontrole našich indikací k provedení anastomózy hypoglossofaciální je zřejmé, že tato metoda má v určitých případech i dnes své oprávnění. Je to zejména u větších nádorů spánkové kosti postihujících průběh lícního nervu, u těžkých poranění spánkové kosti a okolí, nedovolujících provést jiný druh operace, nebo v případě neúspěšné léčby jinými chirurgickými metodami. V ostatních případech je třeba dát přednost dekompresi, metodám end to end nebo metodám transplantačním.