

Nejčastější příčinou periferní neuropatie n. VII je obrna Bellova, mezi další příčiny řadíme záněty infekční i imunitně podmíněné, traumata, nádory a pooperační stavy (Tab. 1).

Diagnostika neuropatie n. VII se zaměřuje na zjištění předpokládané příčiny, obvykle je indikováno zobrazovací vyšetření, ideálně MR mozku k lokalizaci či vyloučení patologie v průběhu nervu, a dále vyšetření ORL specialistou. Základem léčby je řešení příčiny léze n. VII. V případě Bellovy obrny se uplatňuje rehabilitace a symptomatická léčba.

## Oční komplikace

Správná funkce n. VII zajišťuje mrkání, uzávěr oční štěrbiny, reflexní slzení a pasáž slz ze spojivkového vaku do nosu. V důsledku periferní léze n. VII dochází k insuficienci kruhového svěrače víček s lagoftalmem a poruchou slzné pumpy (Žák et Lukáš, 2022). Může být sníženo reflexní slzení a je přítomna injekce spojivky, která často přivede pacienta k očnímu lékaři. Obvykle si pacienti na bolest nestěžují, hypestezie rohovky vzniká pravděpodobně v důsledku lokálních trofických změn. Při oftalmologickém vyšetření zjišťujeme závažnost expoziční keratopatie. V případě mírných projevů je patrná tečkovitá epitheliopatie spojivky a rohovky, u pokročilejších nálezů je přítomen defekt epitelu rohovky či hlubší vřed zasahující do stromatu rohovky, závažným nálezem je perforace rohovky (Heissigerová, 2020; Joseph et al., 2017).

Periferní neuropatie n. VII může být provázána lézemi dalších hlavových nervů. Léze nervus trigeminus (n. V) vede k anestezii rohovky, která u pacientů významně zhoršuje prognózu quod visum. Méně častá koincidence s lézí nervus okulomotorius (n. III) obvykle omezí Bellův fenomén, který chrání rohovku stočením očí vzhůru při zavření očí, např. při mrknutí nebo ve spánku (Lee et Lew, 2019; Chiu, 2021).

Při hypestezii až anestezii rohovky je potlačena signalizace bolesti, která obvykle pacienta alarmuje, jak tomu bývá u poškození rohovky z jiných příčin, například při úrazu. Ze stejných důvodů chybí zpětnovazební informace důležité pro indukci hojení, a tak stav může rychle progredovat v nehojící se neurotrofický defekt epitelu rohovky.

Po zhojení parézy se někdy objevuje synkinéza a ptóza způsobená aberatní reinervací (Ahn, 2021). Inverzní Marcus-Gunnův fenomén je příkladem reinervace v oblasti žvýkacích svalů, kdy při zívání a žvýkání dochází ke konstrikci m. orbicularis oculi (Abraham et Selvam, 1962; Duke-Elder, 1952; Walsh, 1957).

## Léčba očních komplikací

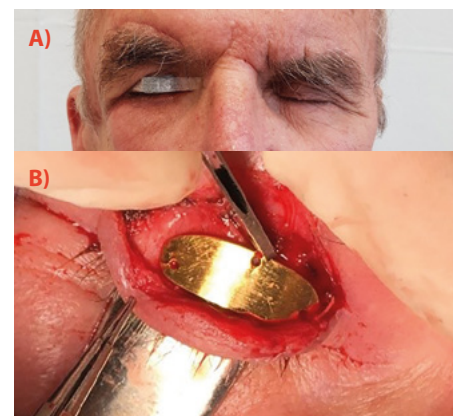
Terapie očních komplikací závisí na velikosti lagoftalmu, prognóze parézy a na závažnosti očního nálezu. Vždy je nutné zhodnotit další faktory, například produkci slz, citlivost rohovky a pozici dolního víčka (Portelina et al., 2015). Pokud je postižení povrchu oka minimální a očekáváme zlepšení dovírání oční štěrbiny, je dostačující konzervativní přístup za častých očních kontrol. Pacienti aplikují každé 1–2 hodiny umělé slzy ve formě kapek, gelů či masť a na noc se víčka přelepují náplastí. Možné je využít princip „vlhké komůrky“ udržující vlhkost pomocí plastové krytky pevně přelepené přes očníci nebo použití plavečkových brýlí.

Přibližně u 50 % případů je konzervativní terapie nedostačující. U pacientů s parézou dlouhodobou a trvalou je nezbytná chirurgická intervence na víčkách, která zajistí větší krytí povrchu oka víčkem (Lee et Lew, 2019). Tarzorafie je výkon, při kterém se k sobě adaptují okraje víček. Představuje řešení kosmeticky ne zcela ideální, ale účinné. Dočasná parciální tarzorafie provedená od zevního očního koutku ve variabilní délce podle závažnosti stavu je jednoduchou a rychlou možností u akutního stavu. Stehy přitahující víčka je možné ponechat v řádu dnů až týdnů a v případě nedostatečné restituce je třeba zvážit trvalé řešení, například trvalou zevní tarzorafii či implantaci zlatého závaží do horního víčka. Trvalá zevní tarzorafie se liší od dočasné pouze rozštěpením a fixací okrajů víček, které pak k sobě trvale srostou. Trvalou tarzorafii je možné při zlepšení schopnosti dovírání oční štěrbiny v budoucnu chirurgicky rozrušit. Zlaté závaží implantované do horního víčka je zhotovené individuálně podle funkce m. levator palpebrae (Obr. 1A, B). Zajistí dle své hmotnosti dózovatelný pokles horního víčka a je tak kosmeticky i funkčně přijatelnější než tarzorafie (Sohrab et al., 2015; Nowak-Gospodarowicz

**Tab. 1.** Nejčastější příčiny periferní neuropatie n. facialis

Záněty
Bellova obrna
herpes zoster oticus
lymeská borelióza
mesotitida
parotitida
roztřesená skleróza mozkomíšní
polyradikuloneuritida (GB)
Cévní etiologie
ischemie/hemoragie/AV malformace
Tumory
neurinom n. acustici
meningeom MMK
tumory kmene
tumory parotidy
Traumata
báze lební, pyramida
Operace
glandula parotis
neurinom n. acustici
středouší – tympanoplastika, cholesteatom
GB – Guillainův-Barrého syndrom, AV – arteriovenózní, MMK – mostomozečkový kout

**Obr. 1.** Použití zlatého závaží. (A) Testování hmotnosti závaží před jeho implantací podle funkce m. levator palpebrae superioris (v tomto případě hmotnost 1 g). (B) Během operace se zlaté závaží fixuje stehy na horní tarzální ploténku



et Rękas, 2021; Manodh, 2011; Vásquez, 2014). V případech, kdy se víčka od bulbu odvrací, je možné chirurgicky posílit jejich tonus v horizontále, nejčastěji laterálním kantálním závěsem s fixací k periostu očnice (Nemet, 2014; Maamari et al., 2019). Pokles horního víčka parálzou m. levator palpebrae superioris lze navodit aplikací botulotoxinu, ale tato metoda je obtížně dózovatelná a hůře kontrolovatelná a v případě aplikace mimo cílenou oblast může posílit parálzou m. orbicularis oculi a prodloužit tak šanci na spontánní restituci. Po vyřešení akutního ohrožení rohovky může