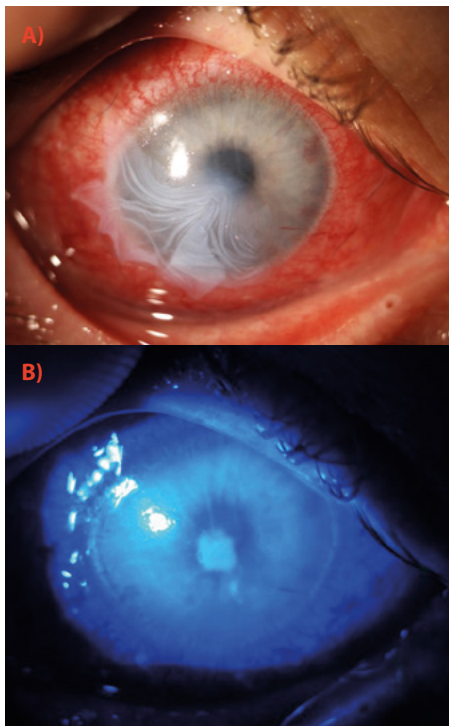


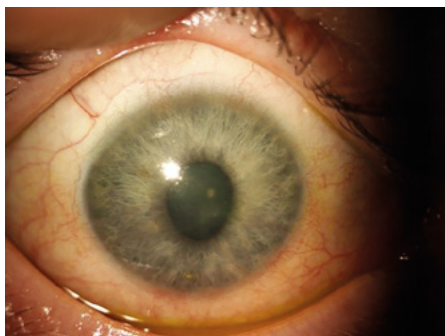
**Obr. 4** (A) Amniová membrána se shora uvolnila, na spojivce je patrný pokračovací steh; (B) drobný zbytkový defekt epitelu rohovky v centru, který se barví zeleně při použití fluoresceinového barviva do spojivkového vaku a světla modrého kobaltového filtru mikroskopu



Stehy dočasné parciální tarzografie se uvolnily a byly odstraněny. Vzhledem k rozsáhlému defektu rohovky bylo indikováno našití krycí amniové membrány, což je výkon šetrnější k rohovce. Provedení trvalé parciální tarzografie si pacientka nepřála. Za dva týdny se pod kontaktní čočkou amniová membrána uvolnila a defekt epitelu rohovky se významně zmenšil (Obr. 4A, B).

Drobný defekt epitelu rohovky v centru přetrvával, proto za šest týdnů po předchozím výkonu byla znovu našita krycí amniová

**Obr. 5.** Hyperemie spojivky ustoupila, centrálně na rohovce přetrvává diskrétní zašednutí, v periférii rohovky je neaktivní vaskularizace



membrána. Za následující dva týdny se defekt epitelu rohovky kompletně zhojil a hyperemie spojivky ustoupila (Obr. 5), centrální zraková ostrost se zlepšila na 0,3.

Za osm měsíců po poslední oční operaci pacientka víčka dovře. Zraková ostrost OP zůstává na úrovni 0,3, rohovka je zašedlá, s epitelopatií ale bez defektu, v periférii rohovky je neaktivní vaskularizace. Oční nález zůstává stabilní na topické terapii lubrikací 5× denně a kortikoidními kapkami 1× denně. Kortikoidy jsou indikovány vzhledem k vaskularizaci rohovky a přetrvávající tečkovité epitelopatii očního povrchu.

## Závěr

Diagnóza periferní léze n. VII s sebou nese u velké části pacientů riziko vzniku rohovkových očních komplikací, které prakticky vždy trvale zhoršují zrakovou ostrost. Hyperemie spojivky je pro pacienta často jediným příznakem expoziční keratopatie, i přes pokročilý nález na rohovce často chybí alarmující známky bolesti. Proto ihned po stanovení diagnózy periferní léze n. VII

neurologem by měla být co nejdříve zahájena terapie některým z volně prodejných lubrikancií. Pacienti aplikují lubrikancia do spojivkového vaku každé 1–2 hodiny, na noc je nezbytné víčka přelepit náplastí.

Následuje časně oční vyšetření ke zhodnocení a monitoraci stavu povrchu oka. Vzhledem k velmi rychlé progresi expoziční keratopatie je provedení dočasné zevní tarzografie u pacientů s pokročilým nálezem indikováno okamžitě, aby se zabránilo rozvoji ireverzibilních změn na rohovce. Pružná a rychlá komunikace mezi neurologem a očním lékařem je u pacientů s periferní lézí n. VII nezbytná, což zdůrazňuje význam mezioborové spolupráce.

Optimální řešení očních komplikací periferní léze n. VII je posuzováno individuálně na základě více faktorů, mezi které patří stupeň vyjádření lagoftalmu a možnost jeho spontánní restituce, přítomnost Bellova fenoménu a rohovkový nález. Pro úspěšnost terapie je zásadní, aby pacient pochopil povahu onemocnění, léčebnou strategii a její cíle. Pacienti musí být poučeni o možném vývoji onemocnění, zvláště pak o riziku očních komplikací, možnostech léčby včetně ovlivnění kosmeticky nepříznivého stavu, který pacienta významně znevýhodňuje na úrovni psychosociální i ekonomické.

Cílem léčby lagoftalmu u pacientů s periferní lézí n. VII je předcházet vzniku rohovkových komplikací, a tak zachovat co nejlepší zrakovou ostrost na klidném oku bez známek dráždění a zároveň zajistit i u pacientů s trvalou parézou mimických svalů co nejlepší kosmetický stav.

## LITERATURA

1. Abraham JE, Selvam ET. Inverse Marcus Gunn Phenomenon. *Br J Ophthalmol.* 1962;46(3):186-187.
2. Ambler Z. Periferní paréza nervus facialis. *Interní Med.* 2010;12(9):445-447.
3. Anh VTQ, Kim J, Jang S, et al. Ptosis With Aberrant Facial Nerve Regeneration Following Bell Palsy. *J Craniofac Surg.* 2021;32(5):e437-e439.
4. Duke-Elder S. Text-book of Ophthalmology: The ocular adnexa, Volume 5. London: Kimpton. 1952; 5172 s.
5. Heissigerová J. Oftalmologie. 2. vydání. Maxdorf. 2021; 392 s. ISBN 978-80-7345-704-4.
6. Chiu SJ, Hickman SJ, Pepper IM, et al. Neuro-Ophthalmic Complications of Vestibular Schwannoma Resection: Current Perspectives. *Eye Brain.* 2021;13:241-253.
7. Joseph SS, Joseph AW, Smith JL, et al. Evaluation of Patients with Facial Palsy and Ophthalmic Sequelae: A 23-Year Retrospective Review. *Ophthalmic Epidemiol.* 2017;24(5):341-345.

8. Lambley RG, Pereyra-Muñoz N, Parulekar M, et al. Structural and functional outcomes of anaesthetic cornea in children. *Br J Ophthalmol.* 2015;99(3):418-424.
9. Lee S, Lew H. Ophthalmologic Clinical Features of Facial Nerve Palsy Patients. *Korean J Ophthalmol.* 2019;33(1):1-7.
10. Maamari RN, Custer PL, Neimkin MG, et al. Medial canthoplasty for the management of exposure keratopathy. *Eye (Lond).* 2019;33(6):925-929.
11. Manodh P, Devadoss P, Kumar N. Gold weight implantation as a treatment measure for correction of paralytic lagoftalmos. *Indian J Dent Res.* 2011;22(1):181.
12. Nemet AY. Augmentation of lateral tarsorrhaphy in lagoftalmos. *Orbit.* 2014;33(4):289-291.
13. Nowak-Gospodarowicz I, Rękas M. Predicting Factors Influencing Visual Function of the Eye in Patients with Unresol-

- ved Facial Nerve Palsy after Upper Eyelid Gold Weight Loading. *J Clin Med.* 2021;10(4):578. doi: 10.3390/jcm10040578.
14. Otradovec J. Klinická neurooftalmologie. Grada. 2003; 504 s. ISBN 80-247-0280-0.
15. Portelinha J, Passarinho MP, Costa JM. Neuro-ophthalmological approach to facial nerve palsy. *Saudi J Ophthalmol.* 2015;29(1):39-47.
16. Sohrab M, Abugo U, Grant M, et al. Management of the eye in facial paralysis. *Facial Plast Surg.* 2015;31(2):140-144.
17. Vásquez LM, Medel R. Lagoftalmos after facial palsy: current therapeutic options. *Ophthalmic Res.* 2014;52(4):165-169.
18. Walsh FB. Clinical Neuro-ophthalmology. 2. vydání. Baltimore: Williams and Wilkins. 1957; 203 s.
19. Žák A, Lukáš K. Chorobné znaky a příznaky. 2. vydání. Grada. 2022; 1112 s. ISBN 978-80-271-2576-0.