Periferní paréza nervus facialis

MUDr. Martin Krobot

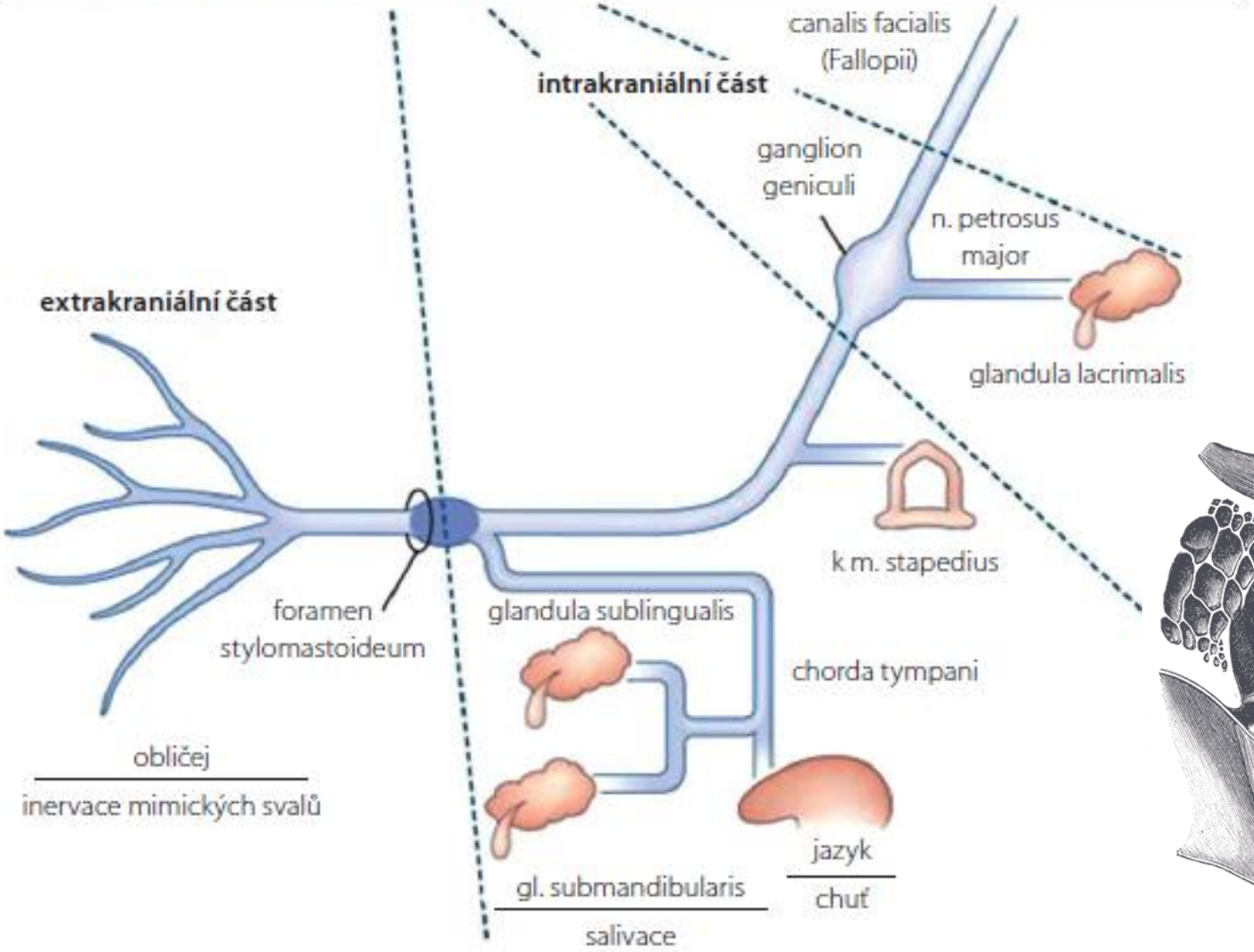
Neurologie SN Opava

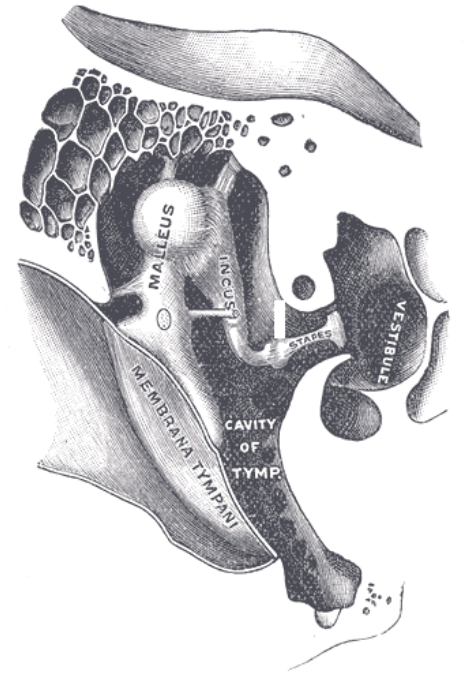
Úvod

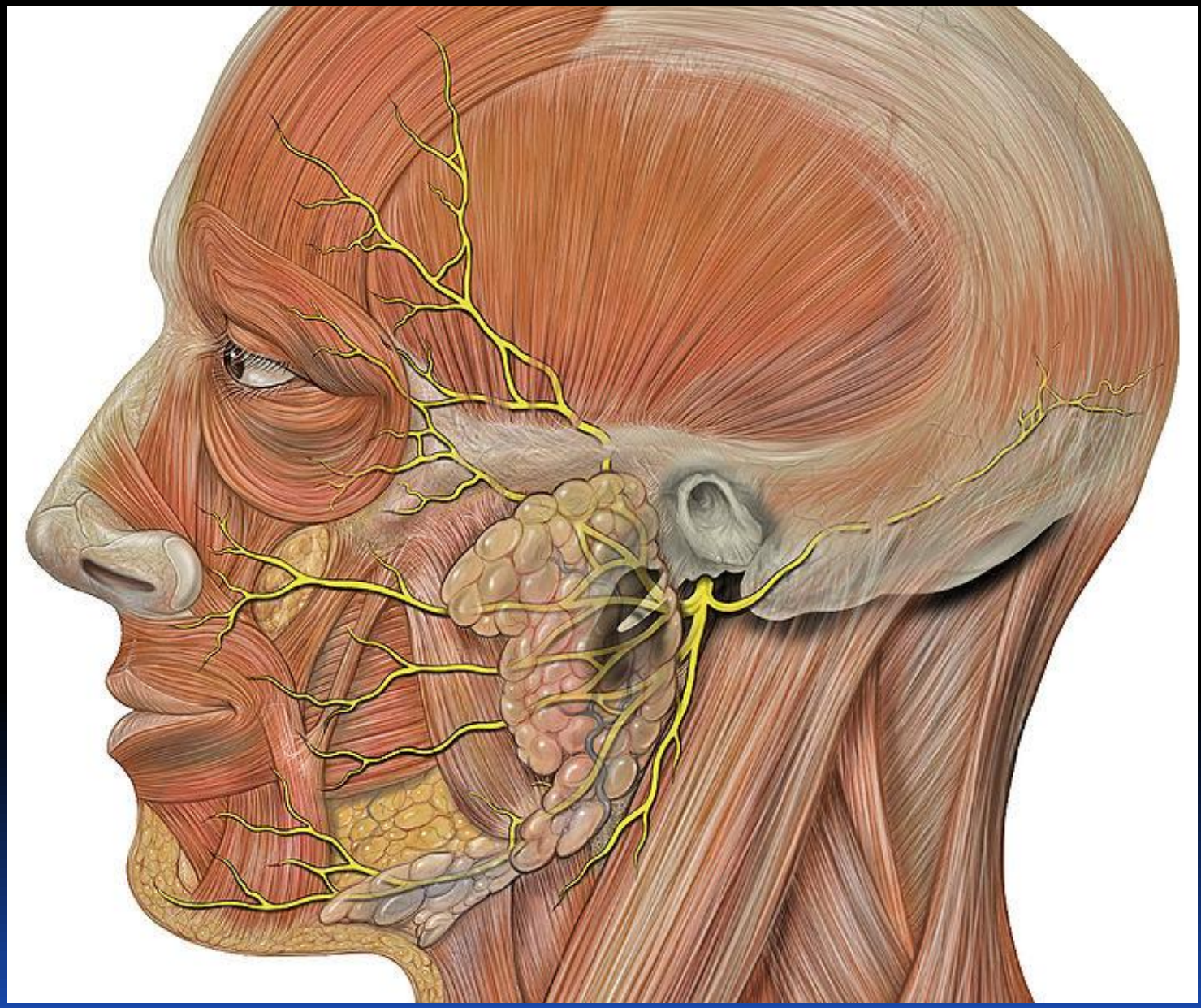
- N. facialis je smíšený nerv (intermediofacialis)
- Motoricky (stapedius, mimické svaly obličeje, platysma)
- Sekretomotoricky (slzná a slinné žlázy)
- Senzitivně (zvukovod, retroaurikulárně)
- Chuťová vlákna (přední 2/3 jazyka)
- Vystupuje z mozkového kmene …

Schéma průběhu n. facialis

Obrázek 1. Intra a extrakraniální část n. facialis



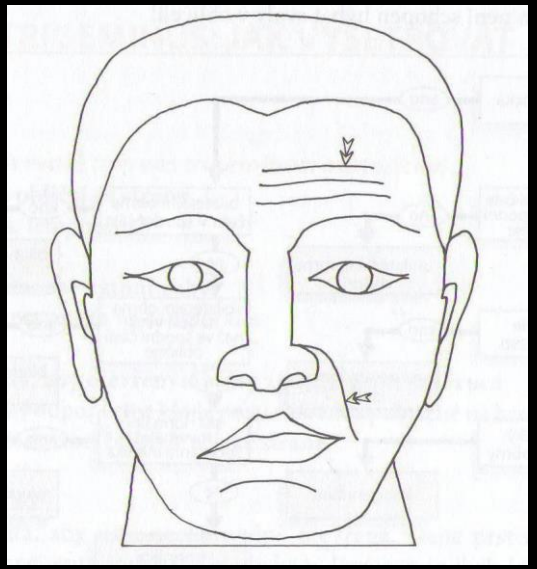




Symptomy

- Oslabení svaloviny ½ obličeje
- Bolest (uvnitř či kolem ucha)
- Snížená produkce slz (suché oko)
- Hyperakuze
- Porucha chuti na předních 2/3 jazyka

Klinické vyšetření



- Pozorujeme symetrii obličeje v klidu při mimice (vrásky na čele, lagoftalmus, Bellův fenomen, vyhlazení nasolabiální rýhy, pokles koutku)
- Vyzveme pacienta aby se zamračil, silně zavřel oči, zamrkal, zapískal, vycenil zuby, nafoukl tváře (mírná asymetrie- aby se podíval do zrcadla)
- Hledáme puchýřky (zvukovod, patro, boltec)- „signum mali ominis quoad sanationem“
- Palpace příušní žlázy
- Chuť na na jazyku (obvykle anamn. údaj)

House-Brackmannova škála (HBS)

Stupeň	Charakteristika
I - normální	Normální funkce
II - mírná dysfunkce	V klidu: normální symetrie a tonus Při pohybu mírná asymetrie, zavře oko s minimálním úsilím
III - střední dysfunkce	V klidu: normální symetrie a tonus Při pohybu střední asymetrie, zavře oko s úsilím
IV - středně těžká dysfunkce	V klidu: normální symetrie a tonus Při pohybu výrazná asymetrie, oko zcela nezavře přes max. úsilí
V - těžká dysfunkce	V klidu: asymetrie Minimální pohyb, oko nezavře
VI - plegie	Bez pohybu

Epidemiologie faciální parézy

- Incidence 20-30/100 000/R (2/3-3/4 Bellova)
- Nízký výskyt pod 10 let, zvýšený nad 60 let
- M = Ž, SIN = DX
- Celoživotní prevalence 1/60
- Recidiva v 7% (ø po 10 letech)
- Oboustranné postižení 1% (LB, GBS)
- DM (o 30% vyšší riziko)
- 3. trimestr těhotenství

Etiologie

- **Idiopatická Bellova (reaktivace latentní HSV infekce) x e frigore**
- **VZV (Ramsay Hunt) x zoster sine herpete**
- **Mediootitis, cholesteatom**
- **Lymská borelioza**
- **Trauma (příčná x podélná fraktura pyramidy)**
- **Tu parotidy**
- Sarkoidoza
- AIDP
- HIV, lepra
- PAN, Sjögrenův sy (mononeuropatia multiplex)
- Amyloidoza
- Kongenitální

Diagnóza a ddg

- Dg je klinická
- Prvním krokem odlišení centrální a periferní paresy
- Intrapontinní proces (CMP, TU, RS)- zkřížené sy
- Mostomozečkový kout (schwannom, meningeom, NVK)- společná léze VII a VIII
- Fraktura pyramidy
- Středoušní procesy
- Tu parotidy
- VZV (erupce, bolest), Ramsay-Hunt, LB

Vyšetření

- Neurolog, ORL, (oftalmolog)
- Laboratoř (gly, LB, !! serologie či PCR HSV ne!!)
- EMG (10-14 den, prognosa, CMAP)
- MEP (1-4 dne, neurotmese)
- Grafické vyšetření (CT- trauma, MR- kmen, MMk)
- Likvor (LB, AIDP, meningitis)

Léčba obrny lícního nervu

Urychlení hojení

- Kortikoidy
- Antivirotika
- Fyzikální terapie
- Vit B12, hyperbaroxie, …

Ochrana oka (rohovky)

- Během dne kapky (umělé slzy)
- Na noc mast + přelepení oka
- Nosit brýle, neslunit se
- Tarsorafie, závaží do horního víčka ..

Kortikoidy

- Farmakologická dekomprese kortikoidy (3 recentní randomizované kontrolované studie prokázaly efekt na outcome, obzvláště při podání léčby do 3 dnů od začátku symptomů, 2007, 2008, 2009)
- Čím dříve léčbu zahájíme, tím je efektivnější, nejlépe do 24 hod, optim do 3 dnů., nejpozději do 7 dnů, po 10 dnu již zřejmě neefektivní
- Pokud nejsou KI (těhoteství, dekomp diabetes, imunokompromitovaný pac) pak co nejdříve náraz KS, obvykle dopo Prednison 1mg/kg/D s max 60-80mg pro die 7-10 dnů, optimální dávka nebyla stanovena. Určitě pacienta zajistit KCl a PPI.

Evidence-based guideline update: Steroids and antivirals for Bell palsy
Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology

- For patients with new-onset Bell palsy, steroids are highly likely to be effective and should be offered to increase the probability of recovery of facial nerve function (2 Class I studies, Level A). For patients with new-onset Bell palsy, antiviral agents in combination with steroids do not increase the probability of facial functional recovery. Because of the possibility of a modest increase in recovery, patients might be offered antivirals (in addition to steroids) (Level C).

Neurology 2012;79:2209–2213

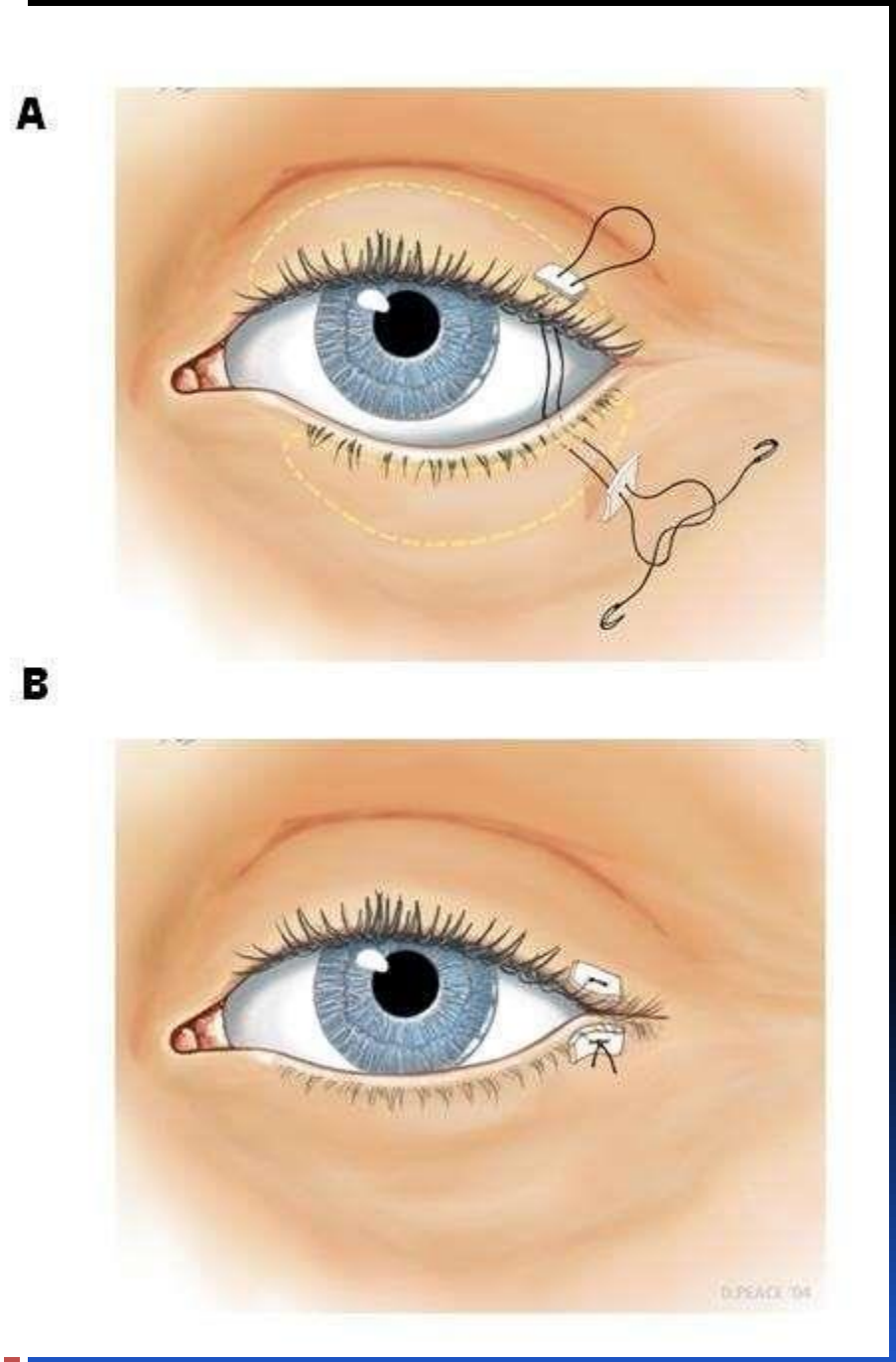
Antivirotika

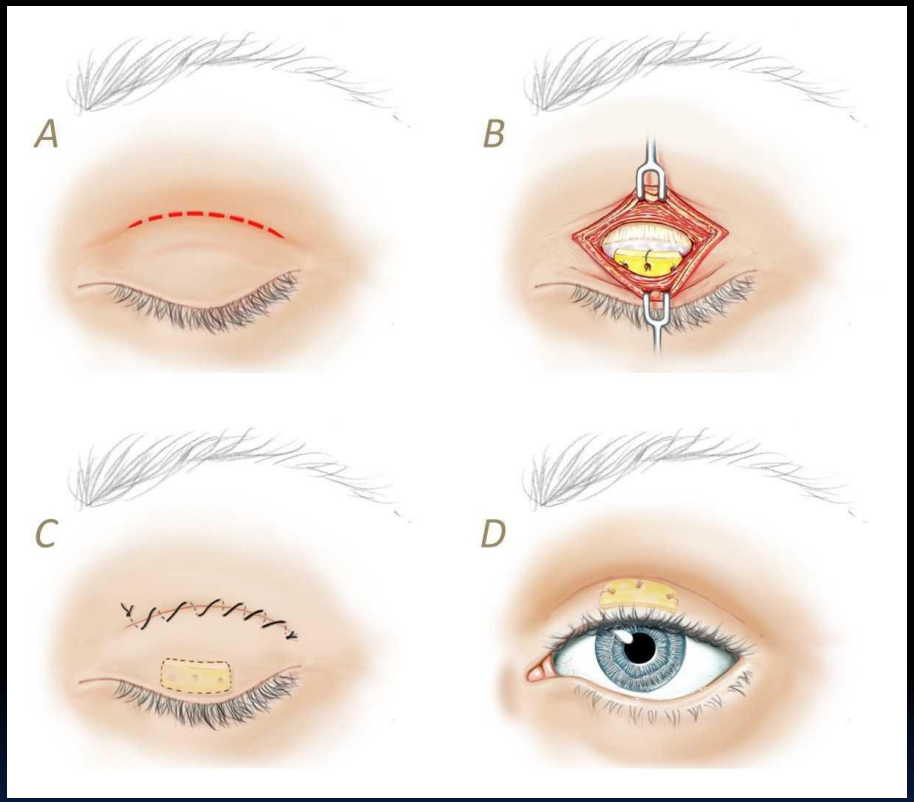
- U těžkých paréz do 3 dnů zahájit terapii aciclovirem 5x400mg co 4 hod, zvláště máme-li podezření na herpetickou infekci (bolest, dysestezie, vesiculy), podávat 7-10 dnů, u Ramsay –Huntova sy 5x800mg. Event. parent acyclovir 30mg/kg/D po 8 hod. Lepší nyní valacyklovir s lepší biolog. dostupností, ale nákladnější.
- Paušální léčba KS + antivirotika je pravděpodobně bez rizika a část pacientů z ní může profitovat (předpokládaná reaktivace herpetické infekce)

Fyzikální terapie

- Cvičení
- Elektroterapie
- Masáže
- Termoterapie
- Biofeedback
- Laser
- Akupunktura

- Chybí evidence
- Předpokládá se kratší rekonvalescence a menší následky


A
B


A
B
C
D

Prognóza

- Všeobecně u pac. s Bellovou obrnou velmi dobrá prognosa

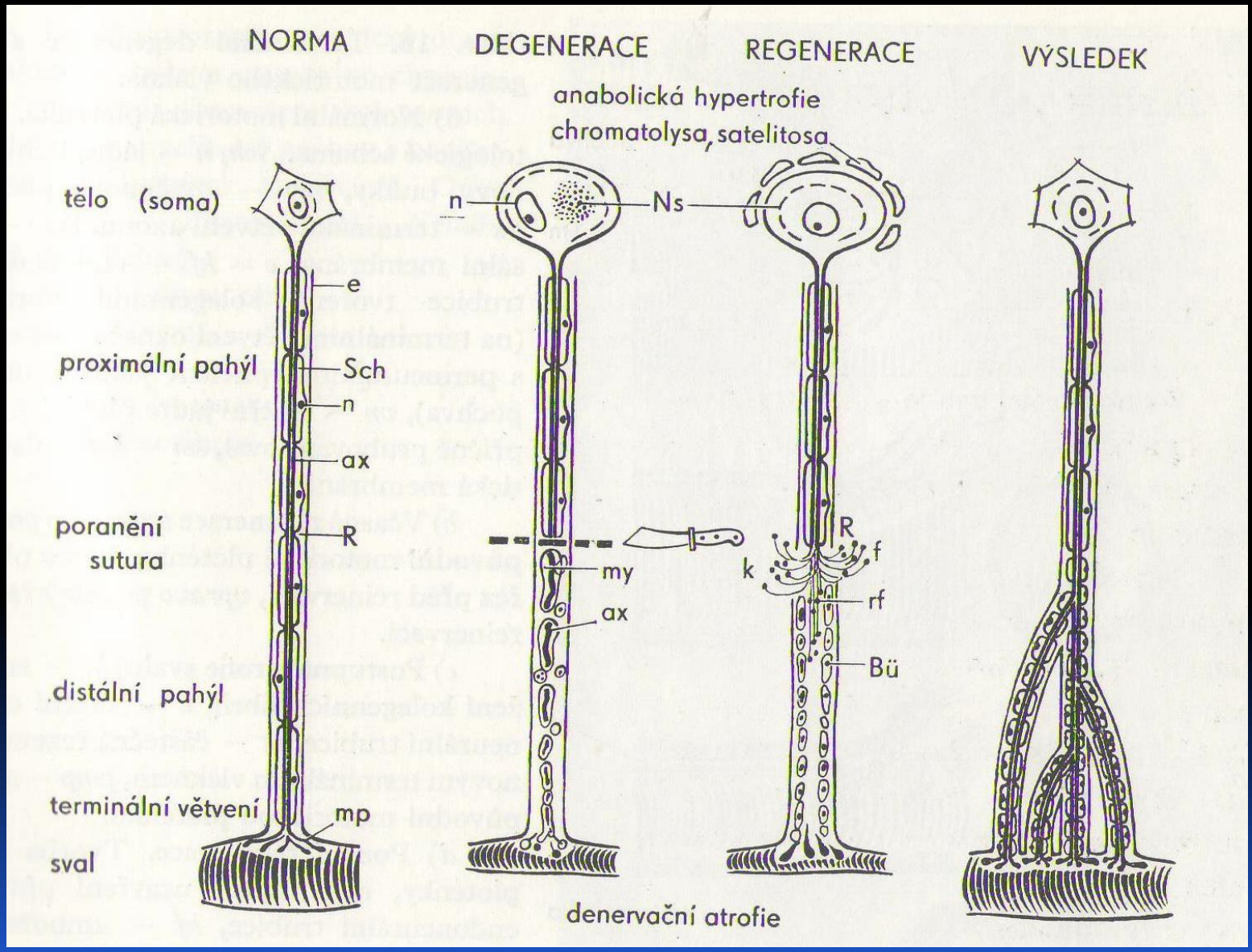
- 80-85% kompletní úprava (3-6 týdnů) kondukční blok x demyelinizace (neurapraxie)
- 10% protrahovaná (4-6M) inkompletní úprava s malým reziduem (axonotmese)
- 5% výrazné reziduum při nedokonalé regeneraci (neurotmese)

Stupně poranění nervu

Tab. 3. Stupně poranění nervu, Wallerova degenerace a spontánní nebo pooperační regenerace

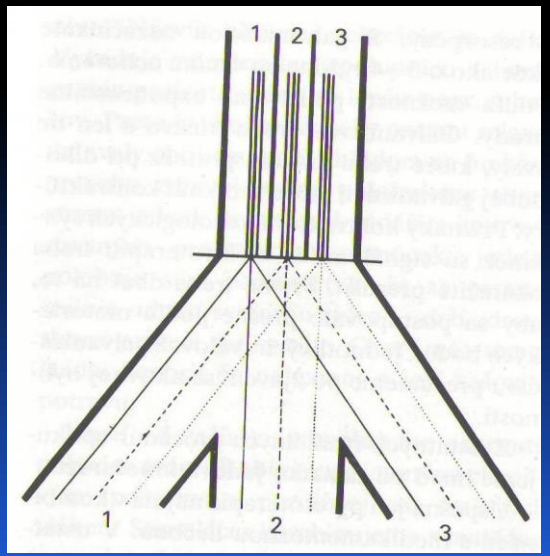
Seddon	Sunderland	neurom	Wallerova degenerace		Wallerova regenerace	Úprava
				denervační fibrilace		
Neurapraxe	1. stupeň — funkční blok axonů	0	ne	ne	ne	týdny (6)
Axonotmese	2. stupeň — přerušení axonů	kontinuální	ano	za 2—3 týdny ano	spontánní	měsíce (4—6)
Neurotmese	3. stupeň — přerušení endoneuria a axonů	kontinuální	ano	ano	může být spontánní	měsíce roky
	4. stupeň — přerušení perineuria a fasciklů	terminální	ano	ano	po resekci a sutuře	
	5. stupeň — přerušení epineuria a nervu	terminální	ano	ano	jen po sutuře	
	6. parciální a smíšené lése (kontinuální neurom) 7. iritační	kontinuální	ano	většinou ano	dle stupně	

Regenerace nervu



Následky po periferní parese n. facialis

- Reziduum (snížený FOR, funkčně nepřekážející asymetrie tváře)
- Přetrvávající paresa (hendikep psychický, sociální, snížená kvalita života ..) lehce snížený tonus- noční lagoftalmus, asymetrie tváře klidová či při pohybu, ..
- Patologické synkinezy (abnormní reinervace- krokodýlí slzy, jaw-winking, ..
- Spasmy a kontraktury
- Postparalytický faciální hemispasmus



Faktory negativně ovlivňující prognózu

- Kompletní paresa (HBS 6) 70% pac. dospěje alespóń přechodně do HBS 6
- Starší věk (nad 60 let věku)
- DM, hypertenze, těhotenství
- Periaurikulární bolest, vezikuly (VZV)
- Rekurence
- EMG (více než 90% redukce amplitudy)
- Žádné klinické zn. zlepšení po 3t

Závěr

- Přestože má většina akutních paréz n. VII dobrou prognozu (3/4 Bell, z toho 80-85% kompletní úprava)
- … protože prvních 10 dnů neumíme stanovit prognosu (odlišit pacienty, kteří se upraví a kterým zůstane následek)
- … a léčba je efektivní pouze při časném zahájení (max do 7 dnů), důkaz level A
- , tak pokud pac. nemá KI, podat náraz KS event. v kombinaci s antivirotiky.
- Fyzikální léčba a péče o oko samozřejmostí.