

PEDIATRICKÉ POSTUPY V PRAXI

Periferní paréza nervus facialis

*Peripheral facial nerve palsy*Jakub Malý¹, Miroslav Mamiňák², Ivana Monková³

¹Klinika dětí a dorostu,
3. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a Fakultní nemocnice
Královské Vinohrady, Praha

²Klinika dětské neurologie,
2. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a Fakultní nemocnice
Motol a Homolka, Praha

³Klinika rehabilitace
a tělovýchovného lékařství,
2. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a Fakultní nemocnice
Motol a Homolka, Praha

SOUHRN

Malý J, Mamiňák M, Monková I. Periferní paréza nervus facialis

Nervus facialis je sedmý hlavový nerv, a ačkoliv je znám především pro inervaci mimických svalů hlavy a krku, jedná se o nerv se smíšenou funkcí. Postižení tohoto nervu dělíme na centrální – kortikální oblast a tractus corticonuclearis – a periferní – obě jádra a nervus facialis a intermedius. Periferní obrna lícního nervu není v pediatrické populaci vzácným nálezem. Jedná se o jednu z nejčastějších mononeuropatií dětského věku. Znalosti průběhu VII. hlavového nervu stejně jako jeho funkce jsou nezbytné pro klinické vyšetření a správné stanovení diagnózy. Diferenciální diagnostika je pestrá a od ní se i odvíjí adekvátně zvolená terapie. Obrna může být etiologie jak kongenitální, tak i infekční, autoimunitní či traumatické. Poněvadž se může jednat o příznak neuroinfekce, patří mezi standardní postupy i lumbální punkce a vyšetření mozkomíšního moku. Při nejasnostech ve stanovení diagnózy se využívá magnetická rezonance mozku s kontrastní látkou k ozřejmění edému lícního nervu či nádorové afekce. Bez ohledu na etiologii obrny lícního nervu má svoji nezastupitelnou roli v terapii rehabilitace, která využívá možnosti jako fyzioterapie (techniky měkkých tkání, masáž, mobilizace podkoží, metody na neurofyziologickém podkladu), tak i elektrostimulace, kineziotaping či okrajově i balneologická péče. Klíčová je edukace rodičů. Není-li rehabilitace včasně zahájena, může dojít k ireverzibilním změnám, jako jsou keratopatie, synkinézy, kontraktury či poruchy sluchu.

Klíčová slova: nervus facialis, Bellova obrna, lymeská borrelióza, rehabilitace, fyzioterapie, synkinézy

SUMMARY

Malý J, Mamiňák M, Monková I. Peripheral facial nerve palsy

The facial nerve is the seventh cranial nerve, although primarily known for the innervation of the muscles of facial expression of the head and neck, it has mixed functions. Lesions of this nerve are classified as central, involving the cortical region and the corticonuclear tract, or peripheral, affecting the facial nuclei, the facial nerve and the nervus intermedius. Peripheral facial nerve palsy is not uncommon in the paediatric population and represents one of the most frequent mononeuropathies in childhood. Detailed knowledge of the anatomical course and functions of the seventh cranial nerve is essential for proper clinical examination and accurate diagnosis. The differential diagnosis is broad and determines the appropriate therapeutic approach. Facial nerve palsy may have congenital, infectious, autoimmune or traumatic etiology. As facial nerve palsy may represent a manifestation of neuroinfection, lumbar puncture with cerebrospinal fluid analysis is considered a standard diagnostic procedure. In diagnostically unclear cases, contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the brain is used to detect facial nerve edema or possible tumor involvement. Regardless of etiology, rehabilitation plays a key role in management. Therapeutic approaches include physiotherapy (soft-tissue techniques, massage, subcutaneous tissue mobilization, and neurophysiologically based methods), electrostimulation, kinesiotaping, and less commonly, balneotherapy. Parental education is essential. Delayed initiation of rehabilitation may lead to irreversible complications such as keratopathy, synkinesis, contractures or hearing impairment.

Key words: facial nerve, Bell's palsy, Lyme borreliosis, rehabilitation, physiotherapy, synkinesis

Korespondující autor:

MUDr. Jakub Malý
Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK
Šrobárova 1150/50
100 34 Praha
jakub.maly@fnkv.cz

ÚVOD

Periferní paréza nervus facialis je jednou z nejčastějších mononeuropatií dětského věku. Na rozdíl od centrální obrny téhož nervu má většinou benigní průběh a lepší prognózu, přesto komplikace plynoucí z dlouhodobé nebo neléčené obrny mohou být pro pacienta limitující. Cílem tohoto článku je sdělit čtenářům anatomicko-klinické souvislosti s důrazem na diferenciální diagnostiku a možnosti rehabilitace.

ANATOMIE

Nervus facialis je smíšený hlavový nerv s motorickou, senzitivní, senzorigickou a parasympatickou funkcí. Eferentní dráhy vedou z nucleus nervi facialis k převážně mimickým svalům a z nucleus salivatorius superior parasympatická vlákna cestou nervus intermedius k slzné žláze a ke slinným žlázám (kromě glandula parotis). Aferentní dráhy vedou informace z chuťových pohárků předních $\frac{2}{3}$ jazyka do nucleus gustatorius a senzitivní informaci z části boltce a zevního zvukovodu do nucleus spinalis nervi trigemini.

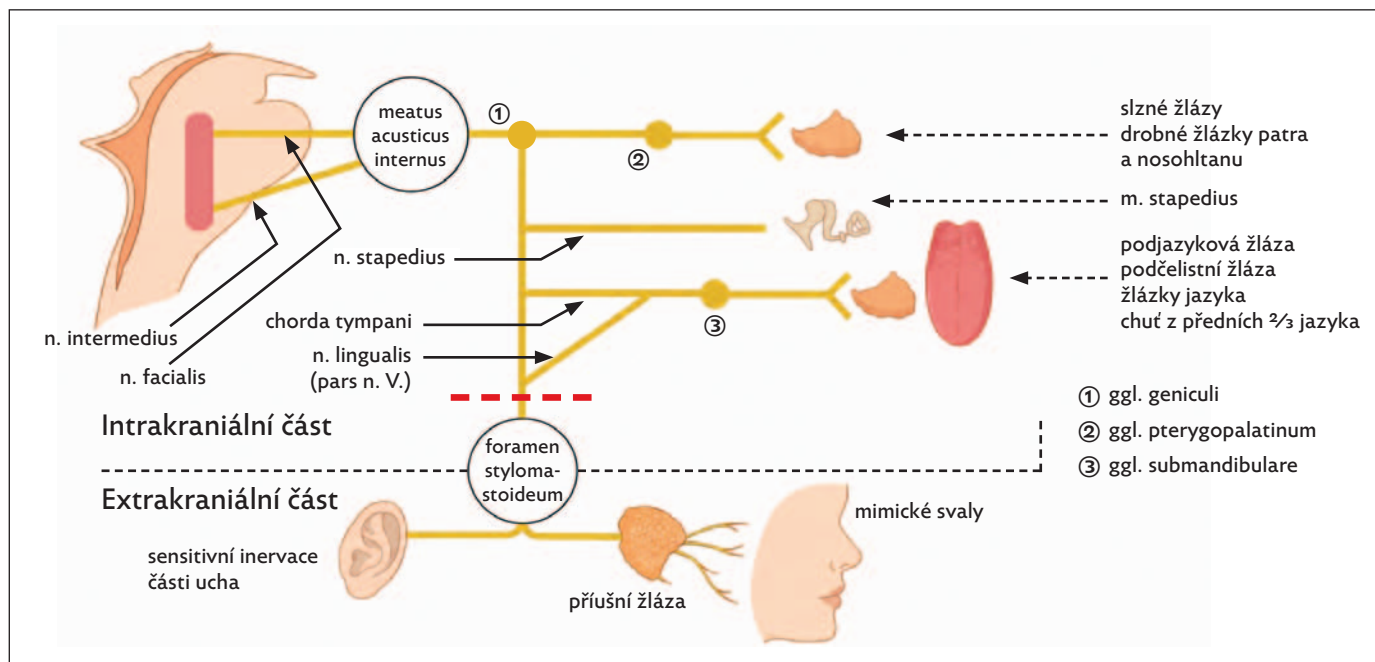
Nervus intermedius a facialis se spojují až za meatus acusticus internus pyramidy os temporale. Ten dále probíhá okolo středoušní dutiny k foramen stylomastoideum, odkud vychází jednak senzitivní vlákna k boltci a zevnímu zvukovodu a jednak motorická vlákna, jež se větví za glandulou parotis k četným mimickým svalům. Motorická vlákna oddělující se ještě intrakraniálně patří nervus stapedius,

inervujícímu stejnojmenný sval. Tento drobný sval, nejmenší příčně pruhovaný sval v těle, zodpovídá za ochranu bubínku před silnými zvukovými vibracemi. Větve nervus intermedius se oddělují ještě intrakraniálně k jednotlivým parasympatickým ganglionům. Důležitou větví lícního nervu je chorda tympani, jež se spojuje s nervus lingualis (část nervus trigeminus), který vede senzorigické dráhy z jazyka a parasympatické dráhy ke slinným žlázám.⁽¹⁾ Průběh nervu je shrnut na obr. 1.

Znalost anatomického dělení sedmého hlavového nervu je podstatná pro klinické hodnocení jeho poruch.

KLINICKÉ VYŠETŘENÍ A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Periferní obrna lícního nervu je příznakem, jehož si pacient či okolí všimne pro neschopnost používat mimické svaly. Při vyšetření může paradoxně upoutat výraznější úsměv a akcentovaná nazolabiální rýha na nepostižené straně obličeje, která přetahuje stranu postiženou. Přesto si při jednoduchých úkonech povšimneme lagoftalmu (nemožnost dovržit víčko) nebo neschopnosti zvednout obočí, zamračit se či vyhlazení nazolabiální rýhy. V rámci neurologického vyšetření bývá na postižené straně oslabený až vymizelý korneální reflex.⁽²⁾ Jinými slovy vidíme obrnu horní i dolní větve lícního nervu, což je zásadní rozdíl oproti centrální obrně, která je způsobena především cévními mozkovými příhodami



Obr. 1: Schéma nervus facialis, upraveno dle⁽¹⁾. Lícní nerv má smíšenou funkci – motorickou, senzitivní, senzorigickou a parasympatickou. Tyto dvě funkce zajišťuje nervus facialis a intermedius spojující se za meatus acusticus internus. Intrakraniálně odstupují jednotlivá vlákna k žlázám, jazyku a dále i k musculus stapedius. Chorda tympani je odstup lícního nervu spojující se s nervus lingualis, vede senzorigická a parasympatická vlákna. Přerušovaná červená čára označuje nejčastější postižení lícního nervu u dětí, které se nachází za chordou tympani, tzv. postchordální. Za foramen stylomastoideum odstupují především motorická vlákna mimických svalů, která se dělí za příušní žlázou.

n. – nervus, m. – musculus, ggl. – ganglion

Tab. 1: Houseova–Brackmannova škála, upraveno dle^(2,4). Tato klasifikace slouží k praktickému hodnocení tíže periferní parézy nervus facialis. Nehodnotí jednotlivé mimické svaly, ale zaměřuje se na schopnost horní větve inervovat svaly čela a oční štěrbinu a dolní větve inervovat svaly ústní štěrbinu.

	V klidu	Čelo	Oko	Ústa
I – normální funkce	normální funkce všech mimických svalů			
II – mírná dysfunkce	normální symetrie a tonus	norma až mírná dysfunkce	úplně zavře či s mírným úsilím	mírná asymetrie
III – střední dysfunkce	normální symetrie a tonus	mírná až střední dysfunkce	zavře jen s úsilím	mírné oslabení při maximálním úsilí
IV – středně těžká dysfunkce	normální symetrie a tonus	bez známek pohybu	zcela nezavře	asymetrie při maximálním úsilí
V – těžká dysfunkce	asymetrie	bez známek pohybu	zcela nezavře	minimální pohyb
VI – úplná plegie	úplná plegie všech mimických svalů			

a manifestuje se pouze pokleslým koutkem. Je však nutné klást důraz i na konkrétní obtíže pacienta plynoucí z funkce nervu. Většina obrů u dětí je tzv. postchordální, tedy postižená jsou motorická vlákna mimických svalů hlavy a krku.⁽³⁾ Proto se ptáme pacienta, zda vnímá změny v chuti či přecitlivělost na zvuky. Porucha sekrece slz či slin nás upozorní na postižení visceromotorických vláken, avšak tyto poruchy jsou u dětí vzácné. K popisu úrovně obrny, ale i prognózy se standardně používá Houseova–Brackmannova škála (tab. 1). I. a II. stupeň mívají dobrou prognózu, III. a IV. stupeň představují střední postižení, V. a VI. představují minimální aktivitu až plegii a mívají špatnou prognózu.⁽⁴⁾ Ačkoliv toto skórování je především pro tzv. Bellovu obrnu, dle Karatoprak et al. může dojít i u plegie (VI. stupeň) k plné regeneraci.⁽⁵⁾

Elektromyografie (EMG) se ve výzkumu používají jako doplněk ke klinickému hodnocení pro prognózu a sledování zotavení. Klinické studie potvrzují, že EMG mohou objektivně pomoci hodnotit závažnost a prognózu, nicméně u dětských pacientů se prakticky neprovádějí (bolestivost vyšetření, na to navazující nespolupráce pacienta a následná omezená objektivní hodnotitelnost).

Zhruba ¾ případů tvoří idiopatická obrna lícního nervu – Bellova obrna. Následně jsou zastoupené infekce (cca 27 %) s naprostou převahou lymeské borreliózy (především v USA a střední Evropě), zbylémi zástupci jsou kraniotraumata, nádory, kongenitální a metabolické příčiny.^(6,7) Etiologie je shrnuta v tabulce 2.

Znalost etiologie nám prozradí, jaká pomocná vyšetření jsou nezbytná v dalších krocích. Kromě základních krevních odběrů (krevní obraz, biochemie včetně markerů zánětu) je zlatým standardem lumbální punkce k vyloučení neuroinfekce. Nejčastější prokázané agens – *Borrelia burgdorferi* – se projevuje lymfocytární pleocytózou a mírnou elevací bílkoviny odpovídající aseptickému zánětu v likvoru (proteinocytologická asociace). Citlivým markerem v moku je chemokin CXCL13, malá signální bílkovina přitahující B lymfocyty k místu zánětu. Má velkou senzitivitu v časných fázích neuroborreliózy, kdy dosahuje sto až tisícových hodnot pg/ml, a užití má i u dalších neuroimunitních onemocnění, kde však jsou hodnoty spíše v desítkách až nižších stovkách. Diagnóza je následně stanovena na základě pozitivních protilátek

Tab. 2: Etiologie periferní parézy nervus facialis, upraveno dle^(2,6)

Infekční	• Meningoencefalitida/neuritida: – <i>Borrelia burgdorferi</i> – HSV-1 – Infekční mononukleóza (EBV) – <i>Mycoplasma pneumoniae</i> – Virus klíšťové meningoencefalitidy – VZV (Ramsay-Huntův syndrom) • Mastoiditida • Otitis media • Parotitida
Autoimunitní	• syndrom Guillaina–Barrého
Trauma	• Fraktura temporální kosti • Perinatální trauma
Nádory	• Gliomy mostomozekového koutu • Nádory příušní žlázy
Kongenitální	• Aplazie/hypoplazie jádra nervus facialis • Malformace vnitřního ucha či periferního nervu • CHARGE syndrom
Vzácné	• ALL • Arteriální hypertenze těžká • Diabetes mellitus • Hyperparatyreóza • Intrakraniální hypertenze • Tyreopatie
Idiopatická	• Bellova obrna

ALL – akutní lymfoblastická leukemie, EBV – virus Epstein–Barrové, HSV-1 – herpes simplex virus 1, VZV – varicella-zoster virus

třídy IgM a/nebo IgG v moku a séru. K určení intrathekální syntézy se využívá tzv. Antibody Index (AI), tedy poměr protilátek IgM či IgG v moku a séru. Za pozitivní výsledek se považuje AI nad 1,5. Je-li mok nezánětlivý, dále pátráme po příčině. Při bedlivé aspekci ušního boltce či otoskopii můžeme nalézt drobné puchýřky upozorňující na herpetickou etiologii. Kromě periferní obrny lícního nervu tvoří triádu Ramsay-Huntova syndromu bolest ucha a vezikuly v okolí ušního boltce či zvukovodu (herpes oticus). Vezikulózní exantém může být i na tváři. S tímto syndromem se však setkáváme spíše u seniorů a imunosuprimovaných.⁽⁸⁾

Bellova obrna je diagnóza stanovená per exclusionem. Pokud je průběh úpravy neurologického nálezu pomalý a trvá více než tři týdny či nedojde k plné regeneraci do 6 měsíců, je žádoucí provést zobrazení. Preferujeme provedení magnetické rezonance mozku, ideálně s podáním kontrastní látky, která může ozřejmit syčením nervu lokální zánětlivé postižení s předpokládaným otokem v kostěném kanálu či nádorové afekce. Na druhou stranu CT mozku, především tzv. HRCT (high resolution CT) se zaměřením na temporální kost, zobrazuje kvalitně průběh kostěného kanálu, jeho anatomické abnormality, např. stenózy, či v případě úrazu fraktury.⁽⁴⁾

Dlouhodobé komplikace obrny se projevují většinou s odstupem 6–9 měsíců od začátku onemocnění. Není-li potvrzeno anatomické porušení nervu a nedojde-li k jeho úpravě do 12 měsíců, je dle elektrofyzilogických studií vyloučena regenerace. Mezi typické následky patří spazmy, přetrvávající lagoftalmus, tinnitus či poruchy sluchu. Prognóza závisí především na etiologii, nicméně úplné regenerace docílí 90–97 % dětí.⁽⁴⁾

TERAPIE

Obrna je sama o sobě pouze důsledkem, proto je terapeutický přístup závislý na primární příčině. V případě prokázané borreliózy je dle doporučení Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vhodná terapie buď doxycyklinem per os, nebo intravenózně cefalosporiny (ceftriaxon či cefotaxim), popřípadě penicilinem G v době 14–21 dnů. Obvykle se však volí parenterální aplikace. Toto doporučení se shoduje s konsenzem Americké akademie neurologů (AAN), Evropské federace neurologických společností (EFNS) a Americké společnosti pro infekční nemoci (IDSA).⁽⁹⁾

V případě samotné Bellovy obrny se liší terapeutický přístup u dětí a dospělých. U osob starších 16 let se doporučuje terapie kortikosteroidy (60–80 mg denně) po dobu 5 dnů s postupným vysazováním.⁽¹⁰⁾ V pediatrické populaci, resp. u dětí mladších 16 let, nejsou studie prokazující efekt kortikoterapie oproti placebu či symptomatické terapii. U dětí je na rozdíl od dospělých popsána vyšší prevalence spontánního zotavení.⁽¹¹⁾ Rovněž se nedoporučuje podávání antivirotik u idiopatické obrny vzhledem k nedostatečně prokázanému efektu, ačkoli se uvažuje o reaktivaci HSV-1 jako hlavním mechanismu. Proto je tato léčba vyhrazena pouze v případě potvrzení infekce herpetickými viry.⁽⁴⁾

Bez ohledu na etiologii je nezbytná symptomatická terapie v podobě aplikace lubrikancií do spojivkového vaku a oční krytí u lagoftalmu, protože z mimických svalů je stran komplikací nejzásadnější ochrnutí musculus orbicularis oculi. Zanedbání této péče může vést k ireverzibilní keratopatii.⁽¹²⁾ Využívá se pravidelně i suplementace vitaminy skupiny B (B₁, B₆ a B₁₂), především pro jejich neuroprotektivní a regenerativní účinek. Je nutné zdůraznit, že aktuálně není dostatek dat, která by prokázala jejich efekt oproti placebu. Proto nejsou ani běžně součástí doporučeného postupu AAN či Americké asociace otorinolaryngologie.

REHABILITACE PERIFERNÍ PARÉZY LÍCNÍHO NERVOU U DĚTÍ

Rehabilitace je součástí komplexní péče o pacienta s periferní obrnou lícního nervu.⁽¹³⁾

Rehabilitační terapii je doporučeno zahájit co nejdříve po stanovení diagnózy, protože časná intervence může přispět k lepší funkční obnově mimických svalů a ke snížení rizika sekundárních komplikací, zejména synkinéz a kontraktur.^(14,15)

Na rozdíl od dospělých pacientů je dětský pacient méně samostatný, a proto je nezbytná aktivní spolupráce rodičů. Rehabilitační terapie musí zohledňovat věk a vyspělost dítěte a podle možností být vedena hravou formou s cílenými přestávkami odpovídajícími pozornosti a únavě dítěte.

Vyšetření

Rehabilitační terapie je indikována na základě vyšetření, které zahrnuje kineziologický rozbor, základní neurologické vyšetření, posouzení svalové síly mimických svalů a stanovení rehabilitačních cílů.

V kineziologickém rozboru se hodnotí funkce obličejových svalů i komplexní pohybové vzorce. Sledují se kompenzační strategie, úlevové polohy a dopad svalové slabosti na posturální funkce. Při aspekčním vyšetření se posuzuje symetrie obličeje v klidu i při aktivním pohybu, palpačně se hodnotí svalový tonus, trofika a schopnost aktivace obličejových svalů. Funkční vyšetření je zaměřeno na schopnost aktivní izolované kontrakce jednotlivých mimických svalů, jako je sevření víček, zvednutí obočí, zmaření, nafouknutí tváří, našpulení rtů, fouknutí či zapískání, vycenění zubů, pokrčení nosu, úsměv, stažení koutků úst, vysunutí dolního rtu a napnutí m. platysma.

Síla jednotlivých svalů se hodnotí svalovým testem dle Jandy na základě hybnosti mimických svalů, kvality a symetrie pohybu ve vztahu ke zdravé straně (tab. 3).⁽¹⁶⁾

K hodnocení tíže postižení lze využít i již výše zmíněnou škálu House–Brackmannna.⁽¹⁷⁾

Dle obtíží udávaných pacientem se případně doplňuje vyšetření čítí, sluchu, chuti, případně artikulace a polykání.

Tab. 3: Svalová síla mimických svalů dle Jandy⁽¹⁵⁾. Test svalové síly mimických svalů dle Jandy nehodnotí na rozdíl od testování kosterních svalů skutečnou svalovou sílu, ale rozsah pohybu mimických svalů ve srovnání se zdravou stranou obličeje. Pro lepší uvolnění svalů se vyšetření provádí vleže na zádech, zejména u stupňů 0–2.

Stupeň	Popis
0	Při pokusu o pohyb nepostřehneme žádný stah.
1	Při pokusu o pohyb jeví sval zřetelný záškub.
2	Na nemocné straně se sval stahuje pouze asi ve čtvrtině rozsahu.
3	Stah postižené svalové skupiny je asi v polovině rozsahu proti zdravé straně.
4	Téměř normální stah, asymetrie proti zdravé straně je nepatrná.
5	Normální stah, není asymetrie proti zdravé straně.

Cílem rehabilitační péče je obnovení funkce mimických svalů, dosažení kvalitní koordinace jemných pohybů, udržení svalové trofiky do doby reinervace a prevence rozvoje synkinéz a kontraktur, včetně zabránění fixace nevhodných pohybových stereotypů.^(14,15,18)

Rehabilitační terapie

Fyzioterapie navazuje na vstupní vyšetření a je vedena individuálně. Intenzita a délka terapie se odvíjejí od tíže postižení a spolupráce pacienta, a proto je terapie průběžně upravována dle klinického nálezu. Terapie v akutní fázi je zahajována co nejdříve a zaměřuje se na přípravu tkání, podporu a aktivaci oslabených svalů a prevenci nevhodných pohybových vzorců.

Fyzioterapie zahrnuje techniky měkkých tkání, zejména jemné ruční protažení, masáž, mobilizace podkoží. Masáž je vedena převážně kraniálním směrem (od krku k obličeji) s cílem kompenzovat pokles hypotonických svalů. Podkoží se uvolňuje vytvořením kožní řasy, zkrácené svaly jsou protahovány opačným směrem, než je jejich fyziologická kontrakce.^(19,20)

Součástí terapie je také aktivace oslabených svalů a obnovení volní kontroly pohybu. Při svalové síle stupně 0–2 dle Jandy lze využít manuální stimulaci jemnými chvějivými pohyby ve směru svalových vláken s cílem facilitace neuromuskulární odpovědi.⁽¹⁹⁾ Na stimulaci navazuje reedukace pohybu s aktivní spoluprací pacienta, často se zrakovou kontrolou v zrcadle, která poskytuje biofeedback.^(18,19) Při dosažení volní svalové aktivity (od stupně 3 svalového testu) je zahajováno aktivní cvičení. Mimické svaly se procvičují nejprve v omezeném rozsahu a bez požadavku na maximální kontrakci.⁽¹⁵⁾ Od stupně 4–5 lze opatrně přidávat odpor, vždy s ohledem na riziko rozvoje synkinéz nebo kontraktur.^(14,15) Po cvičení následuje relaxace, protože cvičení nemá probíhat do svalové únavy.^(19,20)

Individuální léčebná tělesná výchova může být doplněna metodami na neurofyziologickém podkladě, kam patří například prvky dermo-neuro-muskulární terapie, postizometrické relaxace, propioceptivní neuromuskulární facilitace, Vojtova reflexní lokomoce, senzomotorická stimulace, Bobath koncept a orofaciální regulační terapie.⁽²⁰⁾ Volba metody se odvíjí od zkušenosti terapeuta a odpovědi pacienta. Součástí každé terapeutické jednotky je edukace pacienta a rodičů a nastavení domácího programu. Je nutné dodržovat přiměřenou intenzitu cvičení, aby nedocházelo k přetížení mimických svalů a rozvoji nežádoucích souhybů, s důrazem na kvalitu provedení a dostatečné pauzy.^(19,20)

Samotnou přípravu na cvičební jednotku lze zahájit termoterapií (horké zábaly, solux nebo parafín), která má vazodilatační a myorelaxační účinek.⁽¹⁹⁾ Termoterapie je kontraindikovaná u zánětlivého postižení a není vhodná v akutní fázi onemocnění. Zvýšená opatrnost je nutná u pacientů s poruchou citlivosti.⁽²¹⁾

Z metod fyzikální terapie může být u vybraných pacientů indikována transkutánní elektrostimulace, zejména při známkách denervace a absenci volní kontrakce v subakutním

období. Evidence její účinnosti je omezená, proto je považována za podpůrnou metodu komplexní rehabilitace.^(15,22) V praxi se elektroterapie zahajuje přibližně ve 3.–4. týdnu od vzniku obrny při absenci aktivního pohybu a ukončuje se při nástupu volních kontrakcí.^(19,20)

Doplňkově lze využít kineziotaping, který stimuluje kožní receptory a používá se k facilitaci svalové aktivity nebo úlevě při přetížení na zdravé straně. Manuální lymfodrenáž obličeje může zmírnit pocit napětí nebo otoku, i když kvalitní klinické studie jsou zatím omezené.

Logopedická péče je indikována zejména při poruchách artikulace, orofaciální motoriky a při obtížích s příjmem potravy a tekutin. Ergoterapie má podpůrnou roli a zaměřuje se na funkční zapojení dítěte do běžných denních aktivit a edukaci rodičů v oblasti kompenzačních strategií.

Asymetrie obličeje může představovat významný estetický i sociální problém, proto je u některých pacientů vhodné zvážit psychologickou podpůrnou péči. U vybraných pacientů je vhodné doplnění balneologické péče formou komplexní lázeňské léčby podle indikační skupiny XXVI/1 (syndrom periferního motorického neuronu jakékoli etiologie).⁽²³⁾

V průběhu rekonvalescence by měl pacient dodržovat režimová opatření a chránit postiženou polovinu obličeje před prochlazením a nadměrným přetížením. V akutní fázi se doporučuje omezit mluvení na nezbytné minimum a při nutnosti verbálního projevu přidržovat zdravou stranu obličeje v oblasti ústního koutku. V případě lagofthalmu a poruchy zvlhčení spojivky je nezbytné dbát na ochranu oka a rovněž omezit zřakovou zátěž. Z hlediska příjmu potravy je vhodné preferovat kašovitou, tekutou nebo měkkou stravu.

U Bellovy obrny je prognóza u dětí obvykle příznivá. V literatuře se uvádí úplné nebo téměř úplné zotavení u většiny pacientů, často v řádu týdnů až měsíců.⁽²⁴⁾

ZÁVĚR

Periferní obrna lícního nervu bývá u dětí onemocněním s dobrou prognózou a poměrně širokou diferenciální diagnostikou. Přesto může dojít k nevratným komplikacím, nebude-li zahájena adekvátní terapie včetně rehabilitace. Ta představuje důležitou součást komplexní léčby periferní obrny lícního nervu u dětí a má význam ve všech fázích onemocnění. Včasně zahájená, individuálně vedená fyzioterapie zaměřená na podporu aktivace oslabených svalů, obnovu koordinace pohybů a prevenci synkinéz může příznivě ovlivnit funkční výsledek i kvalitu života dítěte. Nezastupitelnou roli má rovněž edukace rodičů, pravidelné domácí cvičení a mezioborová spolupráce. Přestože je prognóza idiopatických obrn v dětském věku většinou příznivá, cílená rehabilitace pomáhá optimalizovat průběh rekonvalescence a snižovat riziko přetrvávajících následků. |

LITERATURA

1. Ambler Z. Periferní paréza nervus facialis. *Interní Med* 2010; 12(9): 445–447.
2. Seidl Z. *Neurologie – pro studium i praxi*. 2. vyd. Praha: Grada 2015.
3. Kraus J, Sebroňová V, Brožová M. Léze mozkových nervů u dětí. *Neurol praxi* 2012; 13(5): 261–264.
4. Zaidman C. Facial nerve palsy in children. Dostupné na: <https://www.up-to-date.com/contents/facial-nerve-palsy-in-children>
5. Karatoprak E, Yilmaz S. Prognostic factors associated with recovery in children with Bell's palsy. *J Child Neurol* 2019; 34(14): 891–896.
6. Fancello V, Ciorba A, Monzani D, et al. Acute onset of peripheral facial nerve palsy in children: an overview. *Pediatr Rep* 2024; 16(4): 844–853.
7. Karalok ZS, Taskin BD, Ozturk Z, et al. Childhood peripheral facial palsy. *Childs Nerv Syst* 2018; 34(5): 911–917.
8. Goswami Y, Gaurkar SS. Ramsay Hunt syndrome: an introduction, signs and symptoms, and treatment. *Cureus* 2023; 15(1).
9. Společnost infekčního lékařství ČLS JEP. Doporučený postup diagnostiky a léčby lymeské borreliózy. Dostupné na: <https://infektologie.cz/DPLB18.htm>
10. Gronseth GS, Paduga R. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy: report of the guideline development subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2012; 79(22): 2209–2213.
11. Babi FE, Herd D, Borland ML, et al. Efficacy of prednisolone for Bell palsy in children: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Neurology* 2022; 99(20): e2241–e2252.
12. Klímová A, Bydžovský J, Skalická P. Oční komplikace periferní parézy nervus facialis a možnosti jejich terapeutického řešení. *Neurol praxi* 2023; 24(2): 94–97.
13. Růžička E, et al. *Neurologie*. 2. vyd. Praha: Triton 2021.
14. Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clin Rehabil* 2022; 36(11): 1424–1435.
15. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12): CD006283.
16. Janda V. *Svalové funkční testy*. Praha: Grada 2004.
17. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985; 93(2): 146–147.
18. Beurskens CHG, Heymans PG. Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: description of outcomes. *Am J Otolaryngol* 2004; 25(6): 394–400.
19. Hromádková J. *Fyzioterapie*. Praha: H & H Vyšehradská 1999.
20. Kolář P, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Galén 2020.
21. *Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2*. LF UK a FNMH. Pokyny pro pacienty s obrnou lícního nervu. 2019. Dostupné na: <https://fnmotol.cz/wp-content/uploads/doporučení-pro-pacienty-s-obrnou-lícního-nervu.pdf>
22. Loyo Li M, Cameron MH, Volk GF. Does electrical stimulation still have a place in the treatment armamentarium for Bell's palsy? *Expert Rev Neurother* 2024; 24(1): 1–3.
23. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Materiál k aplikaci zákonné úpravy v oblasti poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. 2025. Dostupné na: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/07/Material-k-aplikaci-zak.-upr.-v-oblasti-poskytovani-LLRP.pdf>
24. Bilge S, Mert GG, Hergüner MÖ, et al. Peripheral facial nerve palsy in children: clinical manifestations, treatment and prognosis. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg* 2022; 58(1): 152.