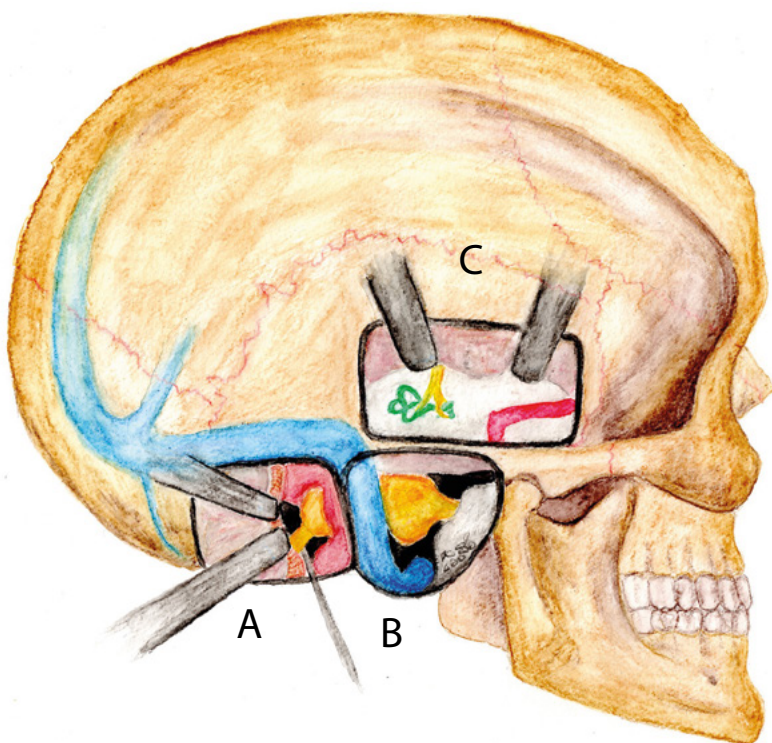


Tab. 3. House-Brackmannova klasifikace, postižení funkce lícního nervu

I. st.	Normální funkce	normální funkce celé tváře
II. st.	Lehké postižení	<b>tvář:</b> slabost v tváři zřejmá pouze při bližším zkoumání, velmi jemná synkineze <b>oči:</b> oči lze s minimální snahou kompletně uzavřít <b>ústa:</b> lehká asymetrie úst
III. st.	Mírné postižení	<b>tvář:</b> zřejmá, nikoli však esteticky významná asymetrie tváří, synkineze je nápadná, ale ne těžká, v klidu možný hemifaciální spasmus nebo kontraktury <b>oči:</b> při vyvinutí úsilí lze oči kompletně uzavřít <b>ústa:</b> pouze lehká asymetrie pohybu při maximálním úsilí
IV. st.	Střední postižení	<b>tvář:</b> esteticky významná asymetrie, nebo zřejmé svalové oslabení v klidu <b>oči:</b> oči nelze kompletně uzavřít <b>ústa:</b> asymetrie pohybu při maximálním úsilí
V. st.	Těžké postižení	<b>tvář:</b> sotva znatelný pohyb tváře v klidu <b>oči:</b> oči nelze kompletně uzavřít <b>ústa:</b> možný pouze lehký pohyb
VI. st.	Úplné postižení	žádná funkce celé tváře

Obr. 3. Schéma operačních přístupů



A – retrosigmoidní subokcipitální, B – translabyrintální, C – subtemporální (Fik et al., 2020; Vestibulární schwannom Příručka pro praxi, dostupné na [https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/10/ppp\\_vestibularni\\_schwannom.pdf](https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/10/ppp_vestibularni_schwannom.pdf))

Spíše doplňkovou roli při diagnostice hraje počítačová tomografie (CT). Ta poskytuje užitečné předoperační informace stran anatomie skalní kosti, nicméně pro samotnou diagnostiku VS je toto vyšetření značně nespecifické a až 37 % nádorů může být přehlédnuto (Goldbrunner et al., 2020).

Pro správnou indikaci léčby a sledování vývoje VS byla navržena řada klasifikací. Nejvíce klinicky užívanou je klasifikace dle Koose, která dělí tyto nádory do čtyř skupin dle velikosti a šíření do mostomozečkového koutu (Erickson et al., 2019). Další klasifikací

je mezinárodně uznávaná INT klasifikace (Tab. 2) (Kanzaki et al., 2003).

### Léčba

Léčba VS prošla za poslední dekády významným pokrokem, který vedl k zásadnímu snížení morbidit a téměř vymizení mortality. V dnešní době existují tři základní modalitely léčby pro pacienty s vestibulárním schwannomem, a to je observace („wait and scan“), mikrochirurgie či stereotaktická radioterapie. Indikační kritéria nejsou striktně dána a výsledná léčebná modalita se opírá o kombinaci

faktorů, jako je velikost tumoru, jeho biologické chování, funkční postižení, věk pacienta, jeho celkový zdravotní stav a vlastní preference. Pro pacienty s NF2 je rezervována biologická léčba protilátkou proti VEGF (vascular endothelial growth factor), Bevacizumab (Kim et al., 2020; Goldbrunner et al., 2020).

Metoda „wait and scan“ je volena u pacientů s menším nádorem a bez postižení sluchu či u polymorbidních pacientů, u nichž operace přináší příliš velká rizika, tedy u starších pacientů s nádory větších velikostí. Jedná se o metodu observace s pravidelnými dispenzárními kontrolami. První kontrolní MRI se provádí v odstupu 6 měsíců od diagnózy. Pokud v tomto intervalu nedojde k růstu nádoru, provádí se kontrolní MRI každoročně po dobu dalších 5 let, jelikož významný růst nádoru byl pozorován do 5 let od jeho diagnostikování (Hunter et al., 2016; Fik et al., 2023).

Další metodou je stereotaktická radioterapie, vyhrazená pro nádory do cca 30 mm. Preferovány jsou však nádory menší než 25 mm z důvodu minimalizace rizika způsobeného radiací (Carlson et al., 2021). Cílem této metody je zabránit růstu nádoru aplikací dostatečně vysoké dávky záření na jasně definovaný cíl za současného maximálního šetření zdravé tkáně. Jedním z nejčastěji využívaných typů u nás je Leksellův gamma nůž, případně CyberKnife – kybernetický nůž. Její výhodou je krátká doba léčby. Mezi nevýhody naopak patří pouhé zastavení růstu tumoru s vysoce pravděpodobnou ztrátou sluchu v následujících letech. Riziko recidivy je u této metody 3–10 % a následná záchraná chirurgie je vždy náročná (Coughlin et al., 2018; Johnson et al., 2019).

Poslední metodou volby je mikrochirurgická resekce. Cílem chirurgického řešení je radikální odstranění tumoru s minimálním poškozením okolních struktur. Výhodou mikrochirurgické resekce je, že ji lze použít u nádorů všech velikostí. Základními sledovanými parametry je funkce lícního nervu a pokus o zachování sluchu. Ve vztahu k možnému zachování sluchu rozdělujeme mikrochirurgické přístupy na sluch šetřící (retrosigmoidní, subokcipitální a subtemporální) a sluch nešetřící (translabyrintický) (Obr. 3) (Betka et al., 2014).