

Kvalita života po mikrochirurgické resekci

Lícni nerv

Zachování funkce lícního nervu (n. VII) je kritickým měřítkem pro klinické výsledky léčby VS. Porucha jeho funkce představuje kromě závažných oftalmologických komplikací, které mohou vyústit až ve ztrátu zraku na postižené straně, také silný psychosociální problém. Funkce n. VII se nejčastěji klinicky hodnotí pomocí House-Brackmannovy (H-B) klasifikační stupnice (Tab. 4) (Sun et al., 2012).

Šance na zachování správné funkce n. VII záleží na volbě léčebné modality. Pro malé a střední nádory jsou výsledky zachování funkce nervu srovnatelné (Yang et al., 2009). U mikrochirurgické resekce záleží především na velikosti tumoru, dále pak na věku pacienta, adhezii tumoru k okolním strukturám, poloze n. VII vůči tumoru a stimulačnímu prahu na konci výkonu. Zavedení peroperační monitorace nervu se stalo významným milníkem stran zachování správné funkce n. VII a nyní je již běžnou součástí při operacích VS (Gurgel et al., 2012).

Pokud už dojde k poranění n. VII, tak bychom se vždy měli pokusit o jeho rekonstrukci. N. VII jakožto periferní nerv má schopnost regenerace a rozsah jeho funkčního zotavení do značné míry závisí na místě a povaze jeho poranění. V případě viditelného přerušování n. VII během operace je snaha o rekonstrukci přímou anastomózou end to end či s využitím vmezeřeného štěpu. V momentě, kdy přímá anastomóza není možná, se využívá zkřížených anastomóz ve druhé době (např. anastomóza s n. hypoglossus). Mimo rekonstrukční chirurgie je z chirurgických přístupů možno také využít reanimace obličejové (Fík et al., 2017; Volk et al., 2010). Porucha funkce n. VII se může objevit bez ohledu na zachování anatomické kontinuity nervu. I v tomto případě je nutné zahájit podpůrnou fyzioterapii, prevenci a léčbu možných oftalmologických komplikací. Aktivní cvičení mimických svalů hraje důležitou roli při obnově funkce. Komplexní fyzioterapeutická péče zahrnuje také terapeutickou masáž, teplé obklady, lymfodrenáž či fototerapii (Flasar et al., 2017).

Sluch

Uchování sluchu je i přes veškerý pokrok v chirurgii baze lební stále velkou výzvou.

Souhrnná data ukazují, že trvalé uchování užitečného sluchu zůstává často nedosažitelným cílem a u většiny pacientů nakonec dojde ke ztrátě sluchu v důsledku onemocnění či následné léčby. Užitečný sluch ztratí do 10 let od diagnózy 50–75 % pacientů s VS, a to bez ohledu na volenou léčebnou modalitu (Carlson et al., 2018).

Ztráta binaurálního slyšení způsobuje zhoršené porozumění v hlučném prostředí a ztrátu stranové diskriminace, což je pro daného jedince silně hendikepující. Existuje několik možností rehabilitace sluchu (Drusin et al., 2019).

Mezi metody vyžadující chirurgickou intervenci patří především implantabilní korekční systémy obecně nazývané BAHD (Bone Anchored Hearing Device). BAHD se skládá ze sluchového procesoru spojeného s titanovým implantátem, který je pevně fixován v kosti. Zvuk je zachycen sluchovým procesorem a poté formou vibrací přenášen ze strany postiženého ucha na stranu ucha zdravého. Před samotnou operací se „na zkoušku“ často využívá kostní sluchadlo v podobě BAHA softband, kdy je zvukový procesor napojen na elastickou čelenku bez nutnosti chirurgické intervence (Bouček et al., 2016). Novým trendem a předmětem zkoumání je možnost kochleární implantace, je však proveditelná pouze u pacientů se zachovaným sluchovým nervem. Pro pacienty s oboustrannou hluchotou a nefunkčními/přerušenými sluchovými nervy je možné využít kmenový implantát (Wong et al., 2019).

Mezi nechirurgické metody patří konvenční sluchadla, která lze využít u pacientů s alespoň částečně zachovalým sluchem, dále již výše zmíněná BAHA softband, či tzv. CROS systémy (Contralateral Routing of signals). Podstatou metody CROS je kompenzace sluchu pomocí kombinace dvou komunikujících sluchadel, kdy dochází k převedení zvuku ze sluchadla na postižené straně do sluchadla na straně zdravé. Mezi nevýhody této metody patří především změněná kvalita zvuku a nutnost využití sluchadla jak na postiženém, tak na zdravém uchu, což je pro mnoho pacientů neakceptovatelná překážka (Bishop et al., 2010).

Navzdory dostupnosti těchto metod nakonec využívá možnosti sluchové rehabilitace jen asi 20 % pacientů. Částečně kvůli omeze-

Obr. 4. Využití virtuální reality u pacientů po operaci vestibulárního schwannomu jako doplňku vestibulární rehabilitace



ním, které tyto technologie přinášejí, ale také proto, že se pacienti adekvátně adaptují na vzniklý sluchový deficit. Rozšířené poradenství a screening kvality života související se sluchem by mohl zvýšit využívání moderních technologií a zlepšit tak kvalitu života (Drusin et al., 2019).

Vestibulární rehabilitace

Intenzivní vestibulární rehabilitace je jedním ze základních aspektů v péči o pacienta s VS. U většiny pacientů dojde po resekci nádoru ke vzniku akutní periferní, či kombinované vestibulární léze projevující se převážně závratěmi a posturální nestabilitou, někdy doprovázená i vegetativními příznaky. Mezi významné faktory ovlivňující kompenzaci patří stav pacienta před operací, stav jeho vestibulárního aparátu a velikost tumoru. Cílem rehabilitace je pak posílení vlivu náhradních kompenzačních mechanismů, zraku a propriocepce, a tím urychlení centrální kompenzace. Důležitá je včasná rehabilitace pod vedením rehabilitačního pracovníka. V případě centrální léze nemusí dojít k plné kompenzaci. (Balatková et al., 2018).

Rehabilitace zahrnuje cviky zaměřující se na pohyby očí a posturální cvičení. Snaha je o co nejrychlejší opuštění lůžka, samostatnou chůzi a soběstačnost v běžných úkonech. Jednou z možností je využití tzv. virtuální reality (Obr. 4), která pomáhá pacientům při zvládnutí dříve běžných, ale nyní problema-