

Závrativosť z pohľadu neurológa

E. Hanáčková

Súhrn

Závrativosť (dizziness) ako multisenzorický syndróm predstavuje zložitý diagnostický a liečebný problém. Zásadné je klinické vyšetrenie, podrobná anamnéza, správna terapeutická stratégia, adekvátna medikamentózna liečba a včasná, cielená rehabilitácia skracujúca dobu liečby.

Kľúčové slová

závrať – diagnostika – liečba – repositionálne manévry + betahistín

Summary

Dizziness from the perspective of a neurologist. Dizziness as a multisensory syndrome represents a complicated diagnostic and treatment issue. Clinical examination, detailed medical history, correct therapeutic strategy, appropriate pharmacotherapy and early and focused rehabilitation to shorten the treatment period are fundamental.

Keywords

dizziness – diagnostics – therapy – reposition manoeuvres + betahistine

ÚVOD

Najčastejšou príčinou závratu (až 43 %) je periférna vestibulárna porucha. V klinickej, a to najmä v neurologickej praxi je periférna príčina vertiga často poddiagnostikovaná. Táto skutočnosť vyplýva najskôr z toho, že vo väčšine prípadov ide o starších polymorbidných pacientov s nešpecifickými pocitmi závrativosti alebo instability, s na vek viazanými viacerými deficitmi senzoričných funkcií, s centrálnym neurotopickým nálezom svedčiacim pre poruchu viacerých systémov CNS. A tak sa my neurológovia ľahšie prikloníme k pracovnej diagnóze centrálného vestibulárneho syndrómu, najskôr vaskulárnej príčiny. Na druhej strane cieвне zásobenie vnútorného ucha je zabezpečené laterálnymi artériami vertebrobasilárneho riečiska, takže v určitých zriedkavých prípadoch jednoznačne harmonický periférny vestibulárny syndróm môže byť prejavom centrálnym, a to infratentoriálneho ischemického alebo hemoragického mozgového iktu.

V prípade periférneho vestibulárneho syndrómu nastupuje pomerne rýchlo vestibulárna kompenzácia, ktorá je

výborným modelom plasticity CNS. Na tomto mieste by som rada pripomenula, že symptomatická liečba vegetatívnych, pre pacienta významne nepríjemných príznakov, výrazne spomaľuje centrálnu kompenzáciu periférne podmienenej vestibulárnej nerovnováhy. Naopak včasná vestibulárna rehabilitácia znižuje symptómy posturálnej instability oproti necvičeným kontrolám a urýchľuje proces vestibulospinálnej kompenzácie pri periférnej vestibulárnej lézii (v tomto štádiu sa riadime prísloviem „čím horšie, tým lepšie“, pacienta sa snažíme čo najskôr vertikalizovať). Nakoľko vestibulárna kompenzácia nastupuje spontánne, väčšinu statických porúch (posturálny a okulomotorický syndróm) nemusíme pri klinickom vyšetrení pacienta nájsť, a to najmä v prípade, ak prichádza na vyšetrenie po dňoch až týždňoch od vzniku obtiaží. Preto netreba zabúdať na existenciu vestibulárnej poruchy v štádiu dynamickej dysbalancie, ktorá je charakterizovaná znížením gainu hlavných základných reflexov, a to najmä reflexu vestibulookulárneho (VOR). Jednoduchý a spoľahlivý test VOR (najdôležitejšej

anatomickej a fyziologickej štruktúry vestibulárneho systému) je prezentovaný pulzným Halmagyi-Curthoys testom. Správnym postupom pri vyšetrení možno periférnu príčinu vestibulárneho syndrómu v kontexte s anamnézou pacienta demaskovať.

Nasledujúca kazuistika je toho príkladom.

KAZUISTIKA

58ročná pacientka, v anamnéze arteriálna hypertenzia dostatočne kontrolovaná liečbou, bola prijatá na neurologické oddelenie pre týždňovú anamnézu závratov, v úvode s miernou nauzeou bez zvracania, bez tinitu, bez poruchy sluchu. Provokujúcim momentom vzniku závratov bol prudký predklon (siahla po jedlo na dne chladničky). Pri prijatí boli závraty už iba charakteru instability v priestore, bez vegetatívneho sprievodu. V objektívnom neurologickom náleze bol diskrétny nekonštantný I. stupňový nystagmus horizontálny pri pohľade doprava, Halmagyi pulzný test negat, Hautant negat, Romberg +/- bez ohľadu na postavenie hlavy do strán bez stranovej predilekcie, Unterberger

negat, chôdza ľahko ataktická na širšej báze (strach pred pádom) bez presvedčivej lateralizácie, ostatný nález bol v norme. Realizovali sme komplexné laboratórne a paraklinické vyšetrenia, vrátane CT vyšetrenia mozgu, UZV Doppler vyšetrenia magistrálnych prírodných cerebrálnych ciev, rtg vyšetrenia C-C prechodu a C chrčtice, BAEP, ORL vyšetrenia vestibulárneho aparátu – až na nález miernych degeneratívnych zmien skeletu boli vyšetrenia negatívne.

Ďalšie tri dni hospitalizácie nebol nystagmus prítomný, pacientka naďalej udáva pocit závratu charakteru čudného pocitu v hlave a nestability v priestore. Od prvého dňa hospitalizácie sme indikovali neuroprotektívnu, antiagregačnú liečbu a betahistin v dávke 2 × 24 mg.

Na štvrtý deň hospitalizácie sme počas vizity realizovali Dix Hallpikeov manéver, ktorý vyprovokoval výraznú floridnú symptomatológiu so subjektívne rotačným závratom doľava, objektívne bol prítomný výrazný III. stupňový horizontálno-rotačný nystagmus, pri uľahnutí na pravé ucho s rýchlou zložkou doprava, s rotatórnu komponentou proti smeru hodinových ručičiek k čelu, Hautant doľava, Unterberger doľava. Po podaní antiemetík sme vzápätí pristúpili k repozičným manévrom Epley a Sémont, po ktorých vegetatívna symptomatika a pocit intenzívneho vertiga ustupujú do 30 minút.

Ďalšie dni hospitalizácie si pacientka žiadala realizáciu repozičných manévrov za asistencie lekára, a to aj za cenu prechodného intenzívneho závratu so zvracaním, nakoľko sa v konečnom dôsledku cítila k večeru lepšie. Ostatné dni počas hospitalizácie sama absolvovala autorehabilitáciu (Sémontov manéver) ako i vestibulárny habi-tuačný tréning podľa predlohy. Počas celého pobytu na oddelení spávala v odporúčenej 45stupňovej polohe – hlava – horizontála. Prechodne na piaty deň hospitalizácie sa objavili príznaky

BPPV predného polkruhovitého kanálika vpravo.

Na ôsmy deň bola prepustená domov v stabilizovanom stave s pozdravom „mám stabilitu v hlave, ďakujem“.

Záver

Periférny iritačný vestibulárny syndróm vpravo – BPPV zadného polkruhovitého kanálika vpravo na podklade v. s. kanalolithiazovej teórie.

Odpróúčanie pre domov

Betaserc v dávke 2 × 24 mg na dobu 4 mesiace, vestibulárny habi-tuačný tréning, repozičné manévry Semont a Epley.

DISKUSIA

Benígne paroxyzmálne pozičné vertigo (BPPV) je najčastejšou príčinou periférneho vestibulárneho syndrómu s najvyššou prevalenciou v 5.–7. dekáde života.

Jeho diagnostika v štádiu nekompenzovanej lézie, teda v čase statickej dysbalancie s evidentnou poruchou vestibulookulárneho reflexu (spontánny vestibulookulárny nystagmus) a vestibulospinálneho reflexu (segmentálne tonické úchylky tela a končatín) je jednoduchá. Pre existenciu plasticity CNS nastupuje pomerne skoro spontánna centrálna vestibulárna kompenzácia a tieto príznaky časom ustupujú, až môžu vymiznúť.

Netreba preto zabúdať na existenciu štádia kompenzovanej lézie periférneho vestibulárneho aparátu u pacienta udávajúceho neurčitý pocit závratu, teda na obdobie dynamickej dysbalancie, charakterizované znížením gainu hlavných základných reflexov, a to najmä VOR či už horizontálneho (Halmagyi pulzný test), alebo vertikálneho (Dix Hallpike test), ktorých vyšetrenie je jednoduché a možno nám pomôže demaskovať periférny charakter vestibulárnej lézie a uľahčí nám ďalší diagnostický a terapeutický postup.

Po správnej edukácii je pacient ochotný realizovať repozičné testy (Epley, Sémont), ako i komplexný habi-tuačný tréning vestibulárneho aparátu i v domácom prostredí. Často zveličené obavy z nepríjemných vegetatívnych príznakov u pacienta nás lekárov, najmä neurológov, odrádzajú od realizácie repozičných manévrov v ambulantnej praxi. Z vlastných skúseností môžem povedať, že prejavy u pacientov nie sú natoľko búrlivé, dokonca vo väčšine prípadov k nim ani nedochádza (mám na mysli vomitus). Dôležité je pacientovi vysvetliť presne priebeh celého manévru a jeho cieľ, čo môže očakávať, že môže následne dôjsť aj k prechodnému zhoršeniu jeho stavu v zmysle intenzívneho závratu s pocitom na zvracanie, resp. so zvracaním, avšak s cieľom zistenia správnosti predpokladanej diagnózy, ako i následného vyliečenia pod príslovím „čím horšie, tým lepšie“. Často používam slová „...dnes sa na mňa budete asi hnevať, ale o pár dní sa budete usmievať a pochopíte, že som to s vami myslela dobre...“

Neoddeliteľnou súčasťou liečby periférneho vestibulárneho syndrómu, najmä liečby BPPV, je pre svoj duálny mechanizmus účinku, podporu reštitúcie vestibulárnej funkcie a štúdiami dokázané urýchľovanie vestibulárnej kompenzácie a adaptácie, betahistín v dostatočnej dávke a primerane dlhý čas. Poddávkovanie a predčasné ukončenie liečby betahistínom je zaťažené vysokou rekurenciou vertiga. Kombinovaná farmakoterapia betahistínom a rehabilitačná liečba prináša obnovenie vestibulárnej aktivity a zlepšuje kvalitu života pacientov s vertigom.

MUDr. Eva Hanáčková

oddelenie FORLIFE n. o.
VN Komárno