proLékaře.cz | 28.4.2024



Komentář k článku Z. Kadaňky Jr. et al

# Cervikální vertigo – fikce či realita?

Autorům Neurologické kliniky LF MU a FN Brno se v přehledovém článku podařilo podat velice komplexní souhrn poznatků týkajících se etiologie, patofyziologie, diagnostiky a léčby kontroverzní klinické jednotky cervikálního vertiga.

Přestože víme, že v krční oblasti se nachází řada struktur, které mohou mít přímý vliv na mechanizmy řízení rovnováhy, většina autorů se shoduje v názoru, že závrať v případě narušené funkce těchto struktur u člověka nevzniká [1]. S tímto názorem se ztotožňuje i často citovaná práce německého neurologa prof. T. Brandta „Cervical vertigo – reality or fiction?", který se zabýval významem poruchy cervikální propriocepce. Autor práce uvádí, že porucha propriocepce nezpůsobí u člověka nystagmus ani závrať [2]. Za velice zajímavou považuji nověji se objevující teorii patogeneze cervikální závrati, která bere v potaz roli Ruffiniho tělísek [3].

Přestože je cervikální vertigo považováno za kontroverzní entitu, v klinické praxi se velmi často setkáváme s nadužíváním této diagnózy a jsme postaveni do situace, kdy máme pacienty s cervikogenním vertigem léčit.

Nadužívání cervikogenní závrati je pravděpodobně dáno několika faktory, které nás vedou k úsudku, že závrať má původ v poruše krční páteře. Pacienti často popisují výskyt závratí či jejich zhoršení při pohybu krční páteře nebo popisují bolesti v krční krajině, které závrať zpravidla doprovázejí. Dalším důvodem, jak autoři článku správně uvádějí, je nejednotná definice klinické jednotky cervikogenního vertiga a absence spolehlivého klinického testu.

Je také nutné si uvědomit, že na většině pracovišť není rutinně dostupné vybavení pro podrobné vestibulární vyšetření a lékaři nejsou v této oblasti dostatečně proškoleni. Nerozpoznané vestibulární abnormity pak způsobují asymetrickou aktivaci vestibulo-spinálních drah zodpovědných za výskyt funkčních poruch a bolestí krční páteře, které jsou chybně interpretovány jako cervikální vertigo [4]. Kromě autory zmíněného algoritmu vyšetření bychom neměli v praxi zapomínat na provedení manévru k vyšetření benigního paroxyzmálního polohového vertiga laterálního polokruhového kanálku. Konečná diagnóza by měla být stanovena až po vyloučení jiných možných příčin závrati.

Na základě empirických zkušeností jsou často pacienti s cervikogenní závratí indikováni k rehabilitaci krční páteře. Jak autoři uvádějí, systematická analýza výsledků dostupných studií zabývající se rehabilitací cervikogenního vertiga poskytuje jen omezené důkazy o tom, že má terapie pozitivní efekt. V literatuře lze přesto nalézt studie, které krátkodobý i dlouhodobý efekt rehabilitace a manuální léčby dokumentují. Recentně byla publikována randomizovaná kontrolovaná studie na 86 pacientech s cervikogenním vertigem, která analyzovala dlouhodobý efekt rehabilitace. Výsledky studie ukazují, že rehabilitovaní měli po 12 měsících signifikantně nižší skóre v dotazníku Dizziness handicap inventory a nižší frekvenci výskytu závratí proti kontrolní skupině [5].

✉
doc. PhDr. Ondřej Čakrt, Ph.D.
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol
e-mail: ondrej.cakrt@lf2.cuni.cz

## Literatura

**1.** Hain TC. Cervicogenic causes of vertigo. Curr Opin Neurol 2015; 28(1): 69–73. doi: 10.1097/WCO.0000000000000161.

**2.** Brandt T. Cervical vertigo – reality or fiction? Audiol Neurootol 1996; 1(4): 187–196.

**3.** Peng B. cervical vertigo: historical reviews and advances. World Neurosurg 2018; 109: 347–350. doi: 10.1016/j.wneu.2017.10.063.

**4.** Keshner EA. Postural abnormites in vestibular disorders. In: Herdman SJ. Vestibular rehabilitation. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company 2007: 54–75.

**5.** Reid SA, Callister R, Snodgrass SJ et al. Manual therapy for cervicogenic dizziness: long-term outcomes of a randomised trial. Man Ther 2015; 20(1): 148–156. doi: 10.1016/j.math.2014.08.003.