proLékaře.cz | 3.8.2025

Komentář k článku autorů Stehlíková et al.

Interindividuální variabilita provádění Sémontova repozičního manévru

V otoneurologické praxi je benigní polohové paroxyzmální vertigo (BPPV) považováno za nejčastější příčinu epizodické závrati, a to ve frekvenci výskytu až u 20 % pacientů se závratí [1–4]. Typickým projevem BPPV bývá souvislost výskytu několika desítek sekund trvajícího rotačního vertiga a nystagmu se změnou polohy hlavy, např. při uléhání. V 50–70 % případů se jedná o idiopatickou záležitost. Často však vzniká i na podkladě předchozího poškození labyrintu [1,3,5]. Nejčastěji bývá postižen zadní polokruhový kanálek. Při BPPV se otokonie uvolněné z membrány otolitových váčků dostanou do endolymfy některého z polokruhových kanálků, a to nejčastěji do kanálku zadního. Zde při rychlých pohybech hlavy způsobují pohyb endolymfy i po dokončení pohybu hlavy a následné dráždění vláskových buněk je vnímáno jako rotační vertigo. Ve většině případů BPPV se otokonie pohybují volně v tekutině endolymfy – tuto situaci nazýváme kanalolitiázou. Při kupulolitiáze se krystalky přichytí přímo na kupulu polokruhových kanálků [3,6,7]. Standardním diagnostickým manévrem pro BPPV je manévr Dix-Hallpikův [3,5]. Při typické pozitivitě Dix-Hallpikova testu je diagnóza BPPV zadního kanálku nesporná [3]. Pro léčbu BPPV zadního polokruhového kanálku v klinické praxi nejčastěji používáme dva základní repoziční manévry. Jednak je to Epleyho manévr, jednak Sémontův repoziční manévr (SM) [5,8–14]. Úspěšnost eliminace závratí nad 90 % je srovnatelná u obou manévrů i mezi různými terapeuty [1,7–14]. Například v práci Cohena s Jeřábkem bylo prokázáno, že není signifikantní rozdíl mezi úspěšností Epleyho a Sémontova manévru [15]. Při léčebném manévru záleží jednak na správném nastavení hlavy (roviny postiženého kanálku) do osy pohybu těla, jednak na rychlosti změny polohy těla, která zaručí dostatečné zrychlení endolymfě a volně plovoucím otokoniím [14]. Tyto dvě zásady jsou považovány za nejdůležitější pro techniku SM [1–2].

Excelentní práce Stehlíkové et al se jeví jako zásadně významná v tom, že se věnuje nově faktorům, které mohou ovlivňovat reálnou přesnost provádění repozičního manévru [1]. Cílem studie Stehlíkové et al bylo zjistit přesnost provedení Sémontova manévru u terapeutů, kteří mají srovnatelné terapeutické výsledky u BPPV. Bylo porovnáváno, o kolik se provádění manévru u konkrétního terapeuta odchyluje od ideálu, zda se tato chyba mění, případně v závislosti na čem se mění a zda různí terapeuti provádějí manévr srovnatelně a jestli jsou vzájemně zastupitelní [1]. Výzkum byl prováděn velmi sofistikovaně. V práci bylo ověřeno, že strana provedení, výška probanda, fáze pohybu i samotný terapeut ovlivňují kvalitu provedení SM. Tento vliv však není konstantní [1]. Otázkou pro další výzkum je, zda sledovaná variabilita má signifikantní vliv na klinickou úspěšnost SM nebo naopak, zda přesnost manévru nehraje až tak významnou roli, jak jsme si doposud představovali. Tato zjištění mají z pohledu otoneurologa a fyzioterapeuta zcela zásadní význam pro optimalizaci terapie pacientů s BPPV pomocí SM [1–2,15].

✉
as. MUDr. Richard Holý, Ph.D.
ORL klinika 3. LF UK a ÚVN – VFN Praha
e-mail: Richard.Holy@uvn.cz

Literatura

1. Stehlíková M, Čakrt O, Bodlák I, Čada Z, Černý R, Jeřábek J. Interindividuální variabilita provádění Sémontova repozičního manévru. Cesk Slov Neurol N 2014; 78/111(1): 38–43. doi: 10.14735/amcsnn201544.
2. Fife TD. Positional dizziness. Continuum (Minneap Minn) 2012; 18(5): 1060–1085. doi: 10.1212/01.CON.0000418376.80099.24.
3. Vyhnálek M, Brzezny R, Jeřábek J. Benigní paroxyzmální polohové vertigo – nejčastější závratě v lékařské ordinaci. Neurol Prax 2007; 6: 343–345.
4. Dagan E, Wolf M, Migirov LM. Why do geriatric patients attend otolaryngology emergency rooms? Isr Med Assoc J 2012; 14(10): 633–636.
5. Büttner U, Helmchen C, Brandt T. Diagnostic criteria for central versus peripheral positioning nystagmus and vertigo: a review. Acta Otolaryngol 1999; 119(1): 1–5.
6. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78(7): 710–715.
7. Brzezny R, Vyhnálek M, Jeřábek J. Centrální a periferní polohové závrativé stavy. Cesk Slov Neurol N 2005; 68/101(3): 148–153.
8. Radtke A, von Brevern M, Tiel-Wilck K, Mainz-Perchalla A, Neuhauser H, Lempert T. Self-treatment of benign paroxysmal positional vertigo: Semont maneuver vs Epley procedure. Neurology 2004; 63(1): 150–152.
9. Cohen HS, Kimball KT. Effectiveness of treatments for benign paroxysmal positional vertigo of the posterior canal. Otol Neurootol 2005; 26(5): 1034–1040.
10. Toupet M, Ferrary E, Bozorg GA. Effect of repositioning maneuver type and postmaneuver restrictions on vertigo and dizziness in benign positional paroxysmal vertigo. Scientific World Journal 2012; 2012: 162123. doi: 10.1100/2012/162123.
11. Brandt T, Huppert D, Hecht J, Karch C, Strupp M. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6–17 years) of 125 patients. Acta Otolaryngol 2006; 126(2): 160–163.
12. Semont A, Freysse G, Vitte E. Curing the BPPV with a liberatory maneuver. Adv Oto-Rhino-Laryng 1988; 42: 290–293.
13. Chen Y, Zhuang J, Zhang L, Li Y, Jin Z, Zhao Z et al. Short-term efficacy of Sémont maneuver for benign paroxysmal positional vertigo: a double-blind randomized trial. Otol Neurotol 2012; 33(7): 1127–1130. doi: 10.1097/MAO.0b013e31826352ca.
14. Faldon ME, Bronstein AM. Head accelerations during particle repositioning manoeuvres. Audiol Neurootol 2008; 13(6): 345–356. doi: 10.1159/000136153.
15. Cohen HS, Jerabek J. Efficacy of treatments for posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope 1999; 109(4): 584–590.