

Tab 5. Faktory, které mohou pomoci odlišit vestibulární migrénu od TIA, upraveno podle Edlow et al. (Edlow et al., 2023)

Klinický faktor	Vestibulární migréna	TIA
Věk	mladší pacienti	starší pacienti
Trvání	většinou déle než 1 hodinu	většinou kratší než 1 hodinu
Vznik	může být náhlý, ale také postupný	většinou náhlý
Předchozí anamnéza migrén	často	méně často
Opakované epizody	často (většinou se opakuje po delší době)	málo (pokud se opakují, pak v kratších periodách)
Vaskulární rizikové faktory	méně	často
Souběžná bolest hlavy	běžně	méně často (pozor na bolest krku zvláště po úrazu či námaze – disekce)

epizodickým vestibulárním syndromem nelze vyvolat obtíže provokačními faktory, pokud příznaky obtíže vyvolají, pacient spadá do kategorie „polohově vázaný epizodický vestibulární syndrom“.

Přínos zobrazovacích metod u sEVS je velmi nízký. Nález akutní ischemie na MRI zařazuje pacienta do skupiny „minor stroke“ (ischemická cévní mozková příhoda s NIHSS ≤ 3), negativní nález naopak nediferencuje mezi TIA, vestibulární migrénou či Menièrovou chorobou. K jejich identifikaci je třeba pečlivý odběr anamnézy, zaměřený zejména na vznik, trvání a charakter obtíží, předchozí historii, vaskulární rizikové faktory apod. V tabulce 5 jsou shrnuty základní faktory pomáhající odlišit TIA od vestibulární migrény. Při podezření na vaskulární etiologii obtíží je doporučeno provést vyšetření CT mozku vč. CT angiografie, ev. MRI mozku vč. MR angiografie (Edlow et al., 2023).

Polohově vázaný epizodický vestibulární syndrom (pvEVS)

Základní diferenciálně diagnostická rozvaha pvEVS spočívá v odlišení benigního paroxysmálního polohového vertiga (BPPV) od centrálního polohového vertiga (CPV). Pacienti jsou na urgentním příjmu v klidovém stavu bezpříznakoví, polohovými manévry můžeme jejich obtíže vyvolat.

Přínos zobrazovacích metod je v problematice pvEVS velmi limitovaný. Pro diagnostiku BPPV, jakožto nejčastější vestibulární příčiny závratí (Zwergal et Dieterich, 2020), prakticky zanedbatelný. Z retrospektivní studie je naopak patrné, že u 36 % pacientů s BPPV bylo provedeno zobrazení mozku, kdežto pouze 41 % pacientům byly provedeny polohové manévry (Neely et al., 2021). Provedení polohových manévru, zejména Dix-Hallpikeova manévru zaměřeného na postižení zadního polokruhového kanálku (při znalosti problematiky i provedení manévru zaměřeného na postižení horizontálního kanálku, tzv. supine-roll test), je doporučováno k diagnostice u pacientů (nejen) s polohově vázanou závratí (Edlow et al., 2023).

Při typickém nálezu u postižení zadního polokruhového kanálku (po položení na postiženou stranu se s latencí několika vteřin objevuje vertikální nystagmus směrem vzhůru s rotační složkou ke spodnímu uchu, nárůst intenzity nystagmu a postupně do cca minuty ustupuje až do úplného vymizení) je diagnóza BPPV takřka stoprocentní. Při správně provedeném repozicičním manévru (Epleyho či Sémontův) u typického BPPV s postižením zadního kanálku dochází po dvou pokusech k až 98% úspěšnosti a odstranění obtíží (Tan et al., 2018).

U pacientů s atypickou polohově vázanou závratí (při Dix-Hallpikeově manévru je patrný vertikální nystagmus bijící směrem dolů, při

supine-roll testu je přítomna apogeotropní forma horizontálního nystagmu, pacient nereaguje na repoziciční manévry, během vyšetření je patrný jiný neurologický nález apod.) je indikováno provedení MRI mozku, s výhodou je doplnění sekvence po aplikaci kontrastní látky.

Shrnutí

Úloha zobrazovacích metod u pacientů s akutní závratí a/nebo poruchou rovnováhy je omezená. Zobrazení struktur zadní jámy pomocí CT či MRI je v časných fázích zatíženo nízkou senzitivitou a poměrně výraznou falešnou negativitou. U cévně rizikových pacientů (kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, dyslipidemie, věk ≥ 50 let) se symptomy trvajícími méně než 24 hodin (při recidivujících TIA/minor stroke symptomy i v horizontu několika dní) je doporučeno neodkladné provedení CT mozku vč. CT angiografie k zahájení případné endovaskulární terapie. U epizodického vestibulárního syndromu (zejména vestibulární migrény a BPPV) je nález na zobrazovacích metodách normální, což samozřejmě nevyklučuje patologickou jednotku.

V prvních 48 hodinách od vzniku akutních obtíží je v diferenciální diagnostice centrálního vs. periferního vestibulárního syndromu jednoznačně přínosnější provedení klinického vestibulárního vyšetření (nystagmus, okulomotorika, head impulse test, polohové manévry, vyšetření stoje a chůze) v kombinaci s pečlivým odběrem anamnézy (spouštěč, trvání obtíží, přidružené neurologické a otologické symptomy). Standardizované diagnostické algoritmy (HINTS+, STANDING) dosahují dle dostupných studií takřka 100% senzitivity, přičemž specifická těchto testů dosahuje až 94%. Provádění polohových manévru patří mezi základní vyšetřovací postupy nejen u pacientů s polohově vázaným epizodickým vestibulárním syndromem.

LITERATURA

- Ahsan SF, Syamal MN, Yaremchuk K, et al. The costs and utility of imaging in evaluating dizzy patients in the emergency room. *Laryngoscope*. 2013;123:2250-2253.
- Albers GW, Caplan LR, Easton JD, et al. Transient Ischemic Attack – Proposal for a New Definition. *N Engl J Med*. 2002;347:1713-1716.
- Chalela JA, Kidwell CS, Nentwich LM, et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. *Lancet*. 2007;369:293-298.
- Chase M, Joyce NR, Carney E, et al. ED patients with vertigo:

- can we identify clinical factors associated with acute stroke? *Am J Emerg Med*. 2012;30:587-591.
- Cheung CSK, Mak PSK, Manley KV, et al. Predictors of important neurological causes of dizziness among patients presenting to the emergency department. *Emerg Med J*. 2010;27:517.
- Choi J-H, Park M-G, Choi SY, et al. Acute Transient Vestibular Syndrome. *Stroke*. 2018;48:556-562.
- Edlow JA, Carpenter C, Akhter M, et al. Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2023;30:442-486.
- Eliezer M, Maquet C, Horion J, et al. Detection of intralabyrinthine abnormalities using post-contrast delayed 3D-FLAIR MRI sequences in patients with acute vestibular syndrome. *Eur Radiol*. 2019;29:2760-2769.
- Fakhran S, Alhilali L, Branstetter BF. Yield of CT Angiography and Contrast-Enhanced MR Imaging in Patients with Dizziness. *Am J Neuroradiol*. 2013;34:1077-1081.
- Guarnizo A, Farah K, Lelli DA, Tse D, Zakhari N. Limited usefulness of routine head and neck CT angiogram in the imaging assessment of dizziness in the emergency department. *Neuroradiol J*. 2021;34:335-340.