

Vestibulární migréna

Může být jednou z příčin současného výskytu závratí a bolestí v okcipitální krajině nebo v oblasti C páteře. Mezi diagnostická kritéria vestibulární migrény patří: „závrť vyvolaná pohybem hlavy, objevující se během pohybu hlavy“.

U migrenózního záchvatu pak typicky dochází ke ztuhlosti šíjních svalů. Nacházíme příznaky centrálního i periferního vestibulárního syndromu (Lempert et al., 2012).

Whiplash injury

U traumat působících mechanismem whiplash injury dochází k současnému poranění nejen krční páteře, ale i hlavy. Postiženy mohou být různé oblasti mozku, zodpovědné za řadu centrálních vestibulárních syndromů. Akceleračně-decelerační mechanismus může poškodit otolitové orgány, a následkem toho může dojít k rozvoji polohově vázaných potíží (BPPV) nebo posturální nestability. U potraumatických BPPV dochází nejen k postižení zadního polokruhového kanálku, ale i horizontálního nebo předního kanálku. Projevy polohově vázaných závratí se mohou objevit i s latencí.

Nejčastější diferenciálně diagnostické omyly

Koincidence různých diagnóz

Z epidemiologických studií vyplývá, že cervikální vertebrogenní bolest má roční prevalenci až 68,4%. Závrativé symptomy až 20% populace (Ashina et al., 2015). Čistě z hlediska statistické pravděpodobnosti se může bolest krční páteře a závratě vyskytnout současně, aniž by nutně musely být v příčinné souvislosti.

Benigní paroxysmální polohové vertigo

Nejčastěji je diagnóza cervikálního vertiga chybně stanovena u pacientů s benigním paroxysmálním polohovým vertigem. Pacienti typicky popisují vznik svých potíží vázaný na otočení v posteli a vysvětlují si je jako důsledek pohybu krční páteře. Navíc si řada pacientů

stěžuje na ztrátu rovnováhy při záklonu nebo předklonu hlavy. Potíže jsou u nich vyvolány změnou polohy hlavy v prostoru, v určité rovině. U každého vertiga je vždy nutné myslet na možnost BPPV a vyšetřit polohové testy.

Periferní vestibulopatie

U každé kompenzované periferní vestibulopatie je přítomný asymetrický tonus šíjních svalů. Ten se projevuje zejména při pohybu a může vést k opakovaným blokádám C páteře, zejména na predisponovaném terénu chronických spondylogenních změn. Pokud přetrvává v rámci vestibulopatie nestabilita, nejistota nebo oscilopsie při pohybu hlavy a v klinickém obraze je blokáda C páteře, může být tato mylně interpretována jako příčina, a ne následek vestibulopatie.

Disekce vertebrální arterie

Nerozpoznání této diagnózy může mít fatální následky. Pacienti často přicházejí se závratí, která může mít charakter centrálního, ale i periferního vestibulárního syndromu. Potíže vznikají často s několikaletou latencí po prodělaném úrazu krční páteře (pád, úder). S odstupem si pak pacienti stěžují jak na bolest krční páteře, tak na závrativé potíže. Izolovaná závratě bez jakýchkoliv doprovodných neurologických projevů je u disekce vzácná (<https://www.manual-cmp.cz/disekce/>).

Cervikální závratě – diagnostický konsenzus

Že abnormita v oblasti pohybového aparátu nevyvolá rotační závratě ani nystagmus, věděl na základě své klinické zkušenosti už profesor Lewit. Uvádí, že cervikální závratě je „polymorfní skupina krátce trvajících závratí vyvolaných určitým postavením (pohybem) hlavy proti trupu, při kterém nemocný udává pocit náhlého tahu ke straně, dopředu nebo dozadu s pocitem, že se musí bránit. Nausea a zvracení zpravidla chybí“ (Lewit, 2015).

U cervikálního vertiga chybí jednoznačná pozitivní diagnostická kritéria, která by umož-

nila stanovit diagnózu na základě provedení specifického testu.

S ohledem na klinickou charakteristiku je správnější používat termín *cervical dizziness* než *cervical vertigo*. *Cervikální závratě* je asi nepřijatelnější český ekvivalent. Rozhodně by neměl být používán termín *cervikogenní závratě*, který implikuje příčinnou souvislost strukturních změn páteře se závrativou symptomatikou. Žádné studie tuto souvislost nepotvrdily (Kadaňka et al., 2021).

Klasifikační komise Bárányho společnosti v roce 2022 publikovala konsenzuálně přijatá diagnostická kritéria cervikální závratě (Seemungal et al., 2022). Podle tohoto je diagnóza cervikální závratě/nestability (*cervical dizziness*) diagnózou *per exclusionem*. O diagnóze cervikální závratě/nestability nelze tedy uvažovat bez vyloučení nejen vestibulárních závratí, ale již periferních, či centrálních, ale i nevstabilních závratí.

Kdy tedy o cervikální závratě uvažovat lze, shrnují níže uvedená diagnostická kritéria, která jsou expertním, celosvětově uznávaným stanoviskem. **The Bárány Society position on „Cervical Dizziness“ (2022) – diagnostická kritéria cervikální závratě/nestability:**

- ztuhlost krku a bolest zhoršující se pohybem krční páteře,
- přechodná nestabilita, presynkopální stavy, iluze pohybu vyvolaná pohybem krční páteře,
- terapie C páteře zmírňuje příznaky.

Cervikální závratě/nestabilitu vylučuje:

- nepřítomnost bolestí krční páteře,
- spontánně se objevující nestabilita (bez pohybu C páteře) nebo jsou potíže vysloveně polohově závislé.

Závěr

Při dodržení diagnostických kritérií a znalosti základního neuro-otologického vyšetření pacienta by neměl být náš pohled na diagnózu cervikální závratě/nestability vůbec kontroverzní.

LITERATURA

1. Ashina S, Bendtsen L, Lyngberg AC, et al. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: A population study. *Cephalalgia*. 2015;35(3):211-9.
2. Barré JA. Sur un syndrome sympathique cervical postérieur et sa cause fréquente: l'arthrite cervicale. *Rev neurol*.

- 1926;45:1246-1248.
3. Brandt T, Büchel W, Arnold F. Arthrokinetic nystagmus and ego-motion sensation. *Experimental Brain Research*. 1977;30:2-3.
4. Brandt T, Strupp M, Benson J. You are better off running

than walking with acute vestibulopathy. *Lancet*. 1999 Aug 28;354(9180):746.

5. Brandt T, Huppert D. A new type of cervical vertigo: Head motion-induced spells in acute neck pain. *Neurology*. 2016;86:974-975.