

Cervikální vertigo

**Komentář k článku Cervikální vertigo autorů
Dvorák M., Hlubeková A., Carter K., Šimo M.,
Neurol. pro praxi 2009; 10(5) 314–319**

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

Neuro-otologické centrum 1. a 2. LF, FN Motol, Praha

Neurol. pro praxi 2009; 10(5): 329–330

Předkládaný článek je mimořádně zajímavým textem, který detailně shrnuje vývoj dosa-
vadních znalostí a názorů na problematiku cer-
vikogenního vertiga. Autoři správně poukazují
na fakt, že se jedná o kontroverzní problematiku.
Právě s tímto vědomím musí čtenář k textu při-
stupovat. Text nepřinese odpověď na otázku, ja-
ký je jednoznačný klinický obraz cervikogenního
vertiga. Pozorný čtenář si všimne, že si text v řadě
bodů protičeří. To odráží různé názory autorů,
tak jak se postupně vyvíjely. Presentované názo-
ry vycházejí z prací, které vznikaly po dobu delší
padesáti let. Řada těchto prací je citována, i když
další práce jejich teorie nepotvrdily. Syndrom
Baré-Lieu není v současné literatuře akceptován
jako samostatná klinická jednotka.

Chceme-li shrnout moderní pohled na pro-
blematiku cervikogenního vertiga, můžeme vyjít
z názorů dvou autorit, které se touto problema-
tikou podrobně zabývají.

Karel Lewit ve svém novém vydání knížky
Manipulační medicína píše, že cervikogenní závratě
je: „Polymorfní skupina krátce trvajících závratí, vy-
volaných určitým postavením (pohybem) hlavy proti
trupu, při kterém nemocný udává pocit náhlého tahu
ke straně, dopředu nebo dozadu s pocitem, že se musí
bránit. Nauzea a zvracení zpravidla chybí“.

Thomas Brandt ve svém posledním vydání
knihy *Vertigo* píše: „Pro diagnostiku cervikogenní
závratě neexistuje spolehlivý klinický test. U člověka
může být cervikogenní vertigo asociováno s pocitem
„plavání“ v prostoru popř. lehké nestability při chůzi.
Nikdy se neobjevuje spontánní nystagmus nebo nys-
tagmus vázaný na změnu polohy hlavy.“

Proč se tedy jedná o tak kontroverzní pro-
blematiku a proč předkládaný článek pojednává
o tolika klinických jednotkách a patofyziologic-
kých mechanismech. Důležité je si uvědomit,
že cervikogenní závrať není nozologickou jed-
notkou. Tuto klinickou jednotku nenalezneme ani
mezi přehledy výskytu závrativých syndromů.

Pro bližší porozumění uvedené problema-
tice musíme zdůraznit několik faktů:

Neexistuje experimentálně navozené cervi-
kogenní vertigo u člověka, které by korelovalo
s klinikou. Zmiňovaná chirurgická deafferentace
C1–3 a subokcipitální anestezie ovlivní somato-
senzorický vstup a vyvolají ataxii, která je převáž-
ně patrná při pohybu (lokomoční ataxie), stoj je
zcela normální, bez titubací. Uvedenými postupy
se nepodařilo vyvolat nystagmus u lidí (snadno
se vyvolá u králíků, vzácně u opic).

Existují komplexní reflexy, které stabilizují
hlavu v prostoru. Svalová vřetenka v C oblasti
představují somatosenzorickou informaci přímo
vstupující do vestibulárních jader. Tato informace
je pro stabilizaci hlavy velice důležitá. Šíjní reflexy
jsou součástí multisenzorických, instersegment-
álních kontrolních posturálních mechanismů.
Tonické šíjní reflexy, popsané Magnusem v roce
1921 jsou výbavné u novorozenců, ale pak vyhasí-
nají, respektive stávají se součástí komplexnějších
posturálních šíjních reflexů. Mezi ně patří cerviko-
okulární reflex, jehož odpověď je velmi variabil-
ní, převažuje při pomalých pohybech a ve tmě.
Částečně se podílí na kompenzaci vestibulárního
deficitu. Tento reflex se vyšetřuje při elektronys-
tagmografii pomocí tzv. cervikálního testu, jak je
popsán v textu článku. Vybavený nystagmus je
většinou projevem normy. Jeho citlivost se zvy-
šuje u mozečkových lézí a oboustranných peri-
ferních vestibulárních výpadků. Rozhodně ne-
prokazuje cervikogenní příčinu jakýchkoliv potíží.
Pokud dojde k přetrvávání nystagmické odpovědi
po skončení testu, jedná se o akcentaci přítomné-
ho nebo latentního spontánního nystagmu, který
je při testu demaskován, ale není jím vyvolán. To
platí plně i pro hodnocení v článku zmiňovaného
head turning upright test.

Za fyziologických podmínek je pohyb hlavy
vždy spojen se stimulací vestibulárního systému,
ale též zraku, propiocepce, sluchu. Tato komplex-
nost se například projeví u fyziologické závratě
při záklonu hlavy (stoj na jedné noze a záklon
hlavy představuje závažný problém i pro zdravé-
ho člověka, změna optokinetické stimulace pak

vede k výrazné nestabilitě). Typickou nestabilitu při záklonu hlavy pocítí též pacient s benigním paroxyzmálním polohovým vertigem.

Za velice důležitou skutečnost, kterou musíme mít na paměti, považuji nevysvětlitelnou diskrepanci mezi pacienty s funkční poruchou krční páteře s vertigem a s funkční poruchou krční páteře bez vertiga. Studie zabývající se touto problematikou postrádají jasná kritéria pro stanovení diagnózy cervikogenního vertiga. Stejně tak je nutné si uvědomit, že spojení páteře s vestibulárním systémem je oboustranné. Pacienti s chronickou vestibulární lézí mají i chronickou asymetrii vestibulospinálních reflexů, která vede k chronickým problémům s krční páteří.

Závěrem bych chtěl zdůraznit, že cervikogenní závrať existuje. Nemá však podobu rotačního ver-

tiga, ale nespecifické nestability při chůzi. Rotační charakter závratí a přítomný nystagmus v klinickém obraze tuto diagnózu vylučují a musíme pátrat po jiných příčinách potíží. Diagnózu jsme schopni stanovit jedině „per exclusionem“, protože neexistuje spolehlivý klinický test, kterým bychom mohli tuto diagnózu potvrdit. A neexistuje ani jiná spolehlivá vyšetřovací metoda, která by nám mohla pomoci. Rtg páteře je bez významu, cervikální test v ENG též – nejčastější příčinou pozitivity je varianta normální reaktivity cerviko-okulárního reflexu. Vestibulární evokované myogenní potenciály spíše odhalí poruchu otolitů. Zmiňovaná stabilometrie a kraniokorpografie nejsou testy, které by mohly jakkoliv přispět k topické diagnostice, pouze zaznamenají klinický nález a umožní posoudit jeho dynamiku. Stanovená diagnóza cervikogenního vertiga

tak bohužel často odráží nedokonalou diagnostiku a nesprávné hodnocení jiných klinických jednotek. To můžeme zlepšit, jestliže pacienta správně klinicky vyšetříme a akceptujeme-li současný názor, že rotační charakter závratí a přítomný nystagmus vylučují diagnózu cervikogenního vertiga.

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

Neuro-otologické centrum 1. a 2. LF UK,
FN Motol

V Úvalu 84, 150 00 Praha 5

jaroslav.jerabek@lfmotol.cuni.cz
