

# Chronická subjektivní závrať

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.<sup>1</sup>, PhDr. Ondřej Čákr, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

<sup>2</sup>Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK a FN Motol, Praha

Chronická subjektivní závrať (chronic subjective dizziness – CSD) je definována jako stav nerotační závratě, nejistoty nebo hypersenzitivity k vlastním pohybům nebo komplexním pohybovým stimulům. Většinou se vyvíjí po odeznění vestibulární patologie. Pacient působí dojem, že není schopen se zpětně adaptovat po odeznění akutní fáze onemocnění a jeho pohybová schémata zůstanou shodná s akutní fází onemocnění. Tento stav bývá často provázen výraznou úzkostí, která se postupně může dostávat do popředí klinického obrazu.

**Klíčová slova:** fobické posturální vertigo, chronická subjektivní závrať, závrať, instabilita, úzkost.

## Chronic subjective dizziness

Chronic subjective dizziness (CSD) is defined as a state of non-rotating dizziness, uncertainty, or oversensitivity to one's own movements or comprehensive motor stimuli. It typically develops after vestibular pathology has resolved. The patient makes the impression of not being able to readapt following the resolution of the acute phase of the disease and their motion patterns remain identical to those in the acute phase of the disease. This condition is often accompanied by profound anxiety that can gradually gain prominence in the clinical presentation.

**Key words:** phobic postural vertigo, chronic subjective dizziness, dizziness, instability, anxiety.

Závrať má k úzkosti velmi blízko, patří k anxiogenním stimulům. Diagnostická klasifikace psychiatrických onemocnění DSM IV uvádí vertigo jako součást u 15 diagnostických položek. Po staletí se objevuje snaha najít vazbu mezi porušenou percepcí rovnováhy a „nerovnováhou v oblasti psychické“. Freud (1895) považoval závrať (schwindel) nebo pocit nejistoty a strach z pádu (taumel) za kardinální příznak úzkostné neurozy i bez doprovodné úzkosti. U řady psychiatrických onemocnění se objevuje zvýšený výskyt vestibulárních abnormit. Pacienti s úzkostnou neurozou mají vyšší frekvenci směrové převahy ve vestibulárních testech a u schizofreniků se vyskytuje podstatně častěji kinetóza než v běžné populaci. Charakter zjištěných abnormit však není pro konkrétní diagnózu typický, je velká inter- i intra-individuální variabilita nálezu u těchto poruch. Na druhé straně pacienti s oto-neurologickým onemocněním, jako např. Menièreovou choro-

bou nebo jinými typy postižení vestibulárního systému, vykazují abnormity v psychologických testech. Více než 30% pacientů, kteří prodělali vestibulární onemocnění, má ve zvýšené míře tendenci k panické úzkosti, agorafobii nebo syndromu dezorientace motoristů. Může se u nich objevit i úzkostné vnímání fyziologických sensorických konfliktů (Horii et al., 2016).

Fobické posturální vertigo a nověji zmiňovaná chronická subjektivní závrať, patří mezi nejčastější závrativá onemocnění.

## 1. Fobické posturální vertigo

Brandt ve své práci (Brandt, 1996) definuje základní charakteristiky fobického posturálního vertiga následovně:

- Závrať a subjektivní porucha rovnováhy ve stoje a při chůzi nebo chvilkové pocity iluzorního vnímání pohybu těla, při normálních nálezech v klinickém testování (Rombergův test,

Fukudova tandemová chůze, stoj na jedné noze a základní posturografické vyšetření).

- Epizodické poruchy rovnováhy trvající v řádu vteřin až minut.
- Tyto epizody se mohou vyskytnout spontánně, ale často jsou vyprovokovány typickou kombinací percepčních stimulů, mezi které patří např. chůze po schodišti, po mostě nebo se objevují v typických sociálních situacích – obchod, koncert apod. Velice rychle jeví tendenci k podmiňování a opakovaná expozice těmito situacím vede k jejich zafixování a vyhýbavému chování.
- Tyto záchvaty jsou často provázeny úzkostí a nepříjemnou vegetativní symptomatikou. Někdy se u pacientů projevují nezávisle na sobě jak záchvaty závratí, tak úzkostné stavy.
- Z psychologického hlediska je typickým úzkostně obsedantním typem osobnosti, afektivní labilita a mírná deprese.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc., jaroslav.jerabek@lfmotol.cuni.cz  
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 00 Praha

Cit. zkr: Neurol. praxi 2017; 18(3): 149–151

Článek přijat redakcí: 2. 2. 2017

Článek přijat k publikaci: 6. 4. 2017

■ Začátek tohoto onemocnění často navazuje na prodělané závažné onemocnění. Většinou je v anamnéze postižení vestibulárního aparátu, nebo výrazný emoční stres provázející organické onemocnění.

Provedené studie prokázaly, že lze fobické posturální vertigo odlišit od psychiatrických chorob (Huppert et al., 2005).

## 2. Chronická subjektivní závrať (CSD)

Staab a Ruckenstein (Staab et Ruckenstein, 2007) se věnovali podrobněji této problematice a vyšetřili behaviorální a psychologické faktory u této skupiny pacientů a přišli s koncepcí chronické subjektivní závratě. Vycházejí z teorie behaviorální neuro-otologie, která se zabývá vlivem kognice a emocí na vnímání prostoru a lokomoci. Člověk podvědomě mění chůzi, jakmile je vystaven potenciální hrozbě ztráty rovnováhy nebo pádu (Adkin, Frank et Carpenter, 2002). Podvědomě přizpůsobujeme svoji pohybovou strategii možnému nebezpečí. Při chůzi po úzké lávce jdeme pomaleji, zkracujeme délku kroku a tyto změny chůze se zvýrazní kognitivním úkolem, například mluvením apod. To je obecná, nevědomá reflexní reakce na ohrožení naší stability a na nebezpečí pádu. Většinou si tento fakt neuvědomujeme, ale právě tato reakce na možné ohrožení, která je zpracována v limbickém systému, konkrétně amygdale, může vést k aktivaci úzkostné reakce. Aktivací těchto okruhů, do kterých je zapojen vestibulární systém, zrakový systém, propiocepce, limbický systém a orbitofrontální kortex, může dojít k ovlivnění motorické aktivity a lokomoce.

Jedním z faktorů, které jsou predispozicí pro rozvoj CSD, je nově uváděný osobnostní rys, který je definován jako „katastrofizace“. Tento osobnostní rys je možné škálovat pomocí dotazníků. Je to obecná tendence předpokládat, že všechno dopadne špatně. U jedinců s vysokým skórem „katastrofizace“ pak může malý stimulus vyvolat výrazné subjektivní potíže, zatímco při nízké tendenci ke katastrofizaci tento stimulus není vůbec vnímán.

Důležitým znakem je kolísání potíží během dne. Ráno po probuzení bývají minimální, během dne dochází k nárůstu jejich intenzity.

Klinicky je chronická subjektivní závrať charakterizovaná jako:

- trvalá nejistota při chůzi, nerotační závrať trvající po většinu dní minimálně po dobu tří měsíců
- potíže jsou vázané na polohu (stoj, chůze), nebývají vsedě, vleže
- přecitlivělost k pohybovým stimulům, včetně vlastního pohybu, pohybu okolí a pohybu předmětů v prostoru (jako by došlo po vestibulární lézi k rozvoji tendence ke kinetózám, na které pacient před tím netrpěl)
- problémy s řešením jemných zrakových úkolů, jako je čtení nebo práce s počítačem
- vyvolávající faktory:
  - vestibulární syndrom, periferní i centrální
  - jakákoliv nemoc, v jejímž klinickém obraze je nejistota (hypotenze, arytmie)
  - psychiatrické choroby, v jejichž dg. kritériích podle DSM je nejistota nebo závrať
  - léky, zejména po výraznějších vedlejších účincích léků spojených se závratí nebo nestabilitou
  - trauma, včetně úrazů mozku a úrazů působících mechanismem whiplash injury

Z uvedeného vyplývá, že **fobické posturální vertigo a chronická subjektivní závrať** představují překrývající se dva pohledy na jednu klinickou problematiku. Připravovaná klasifikace vestibulárních chorob proto počítá se zavedením společné diagnostické kategorie **FPV/CSD** (fobické posturální vertigo/chronická subjektivní závrať). Z hlediska diagnostiky je důležité si uvědomit, že pacient, který prodělal vestibulární lézi a po jejím odeznění má výše uvedené potíže, si je s největší pravděpodobností nevymýšlí, nemělo by se na ně pohlížet jako na účelové nebo psychogenní. Interferují s pracovními i denními aktivitami a výrazně zhoršují kvalitu života. Potíže akutního stadia mohou plynule přejít v obraz chronické subjektivní závratě, resp. fobického posturálního vertiga, ale často se potíže objevují s určitou latencí. Vyvolávající senzorycké příčiny jsou často mylně interpretovány jako sociální fobie, agorafobie apod., zejména v případech, kdy dochází k vyhybavému chování, které je pro tuto diagnózu typické. Tyto obtíže se mohou chronifikovat a může dojít k rozvoji sekundární úzkostné depresivní symptomatiky. Bylo prokázáno, že o tom, zda dojde k rozvoji chronické subjektivní závratě, rozhoduje míra úzkosti v době působení vyvolávající příčiny (Huppert et al., 2005).

Pro **patofyziologii** fobického vertiga, jsou důležité základní fyziologické mechanismy vnímání "stability prostoru" (space constancy). Do vestibulárních center přicházejí informace třemi senzoryckými vstupy – zrakem, somatosenzoryckým systémem a z vestibulárního aparátu. V centrech dochází k jejich zpracování, vzájemnému porovnání a případně k iniciování reflexních změn v oblasti vestibulookulárního nebo vestibulospinálního reflexního okruhu. Paralelně jde informace do vestibulárních kortikálních center. Zároveň dochází k aktivaci oblastí zapojených do kognitivního procesu – amygdaly a emocí – limbického systému. Z těchto center jsou paralelně vyslány impulzy do vestibulárního systému, což umožňuje subtrahovat volně generovanou činnost či volně iniciovanou změnu, percipovanou zpětně jednotlivými systémy (eferentní kopie). Srovnání eferentní kopie s informacemi, které přicházejí do center senzoryckými vstupy, umožní CNS určit skutečný stav prostoru, který je kolem nás. V případě fobického vertiga je vestibulární abnormalita považována za spouštěcí faktor. Dojde k takzvanému rozpojení (decouplingu) signálu eferentní kopie a můžeme vnímat náš aktivní pohyb jako změnu způsobenou vnějšími silami a pocítíme závrať či nejistotu. Jako je možné se tréninkem naučit relaxaci, tak je možné si natrénovat vnímání tonu či změny tonu antigravitačního svalstva a spojit toto s anticipací nerovnováhy, závratě. Teorie behaviorální neuro-otologie vysvětluje patofyziologii chronické subjektivní závratě jako poruchu zpětné adaptace lokomočních vzorců, které se mění v akutní fázi vestibulárního postižení. V této fázi jde o účelnou reakci na vzniklou vestibulární symptomatiku, ale po kompenzaci vestibulární léze může naopak působit pacientům potíže (Staab, 2009).

**Diagnostika FPV/CSD** je založena na zhodnocení klinického nálezu. Pacient musí splňovat výše uvedená kritéria, ať již FPV nebo CSD. Patologický náleze ve vestibulárních testech nevylučuje diagnózu FPV/CSD. Typické jsou nálezy kompenzovaných vestibulárních lézí. Můžeme se setkat s nálezem směrové převahy nystagmů ve vestibulometrických testech.

FPV/CD může koexistovat s jinými chorobami, jako je Ménièreova choroba, kde pak u pacienta mezi záchvaty přetrvávají projevy kolísavé posturální instability. Migréna a zejména vestibulární migréna je dalším z onemocnění, které může koexistovat s příznaky FPV/CSD.

**Diferenciálně diagnostický** problém představuje generalizovaná úzkostná porucha a panické ataky, které se velice často prezentují somatickými příznaky, a závrať patří mezi častější. Vždy je důležité u pacienta zhodnotit míru úzkosti a případně doplnit psychiatrické vyšetření. Otázku na psychiatra je nutno jasně formulovat. Otolitová dysfunkce se může klinicky projevovat řadou příznaků, které mají k diagnóze FPV/CSD blízko. Pacienti mohou uvádět pocity náklonu prostoru, pulzí, pohybu po nerovné podložce. Objektivní vyšetření v těchto případech může prokázat známky postižení (náklon subjektivní zrakové vertikály, klinicky manifestní syndrom ocular tilt reaction, abnormní VEMP).

Dysautonomie zejména s tendencí k ortostatické hypotenzi a arytmií patří mezi choroby, které mohou vyvolat projevy velmi

podobné FPV/CSD. Nesmíme zapomenout provést ortostatický test a vyšetřit EKG, případně doplnit kardiologické vyšetření s Holterovým monitorováním.

Základním **terapeutickým** postupem je **psychoterapie**. Prvním krokem psychoterapie je vysvětlit pacientovi podstatu jeho potíží. Po stanovení diagnózy a iniciální intervenci neuro-otologem je popisováno zlepšení až v 22 % případů, celkově lze psychoterapií uzdravit až 70 % pacientů. Tam, kde je výrazná úzkostná symptomatika, je na místě psychoterapie psychologem, eventuálně psychiatrická intervence (Huppert et al., 2005).

Další nezbytnou součástí léčby je odborně vedená vestibulární **rehabilitace**. Velmi dobré zkušenosti jsou s použitím skupinového cvičení rovnováhy. Účinné jsou metody využívající biologickou zpětnou vazbu.

V **medikamentózní léčbě** (Staab, 2009) jsou doporučovány léky ze skupiny SSRI: sertraline v dávkách 50–100 mg s postupnou titrací, citalopram 10–20 mg a nověji SNRI: venlafaxine v dávkách 75–150 mg s postupnou titrací. Někdy pomůže krátkodobá terapie clonazepamem 0,5 mg denně. Nově byla ověřena působnost milnacipranu v dávce 50 mg denně v kontrolované studii proti fluvoxaminu 200 mg denně, jehož účinnost byla též potvrzena.

Závěrem lze říci, že diagnózu chronické subjektivní poruchy rovnováhy může učinit každé neuro-otologické pracoviště, v případě že splňuje kritéria definovaná Staabem uvedená výše. Důležité je včasné zahájení vestibulární rehabilitace a vysvětlení podstaty potíží pacientovi. V případě, že nedojde k pozitivnímu ovlivnění potíží, je pak na místě konzultace psychiatra.

## LITERATURA

1. Adkin AL, Frank JS, Carpenter MG. Fear of falling modifies anticipatory postural control. *Exp Brain Res* 2002; 143: 160–170.
2. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology* 1996; 46: 1515–1519.
3. Horii A, Imai T, Kitahara T, Uno A, Morita Y, Takahashi K, Inohara H. Psychiatric comorbidities and use of milnacipran in patients with chronic dizziness. *J Vestib. Res.* 2016; 26(3): 335–340.

4. Huppert D, Strupp M, Rettinger N, Hecht J, Brandt T. Phobic postural vertigo – long term follow-up (5–15 years) of 106 patients. *J Neurol* 2005; 252: 564–569.
5. Staab JP. Psychological aspects of vestibular disorders. In Eggers SDZ, Zee DS (eds) *Vertigo a imbalance: Clinical neurophysiology of the vestibular system. Handbook of Clinical Neurophysiology* 2009; 9: 502–522.

6. Staab JP, Ruckenstein MJ. Expanding the differential diagnosis of dizziness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 13: 170–176.