

Tab. 2. Primární hodnocení pacienta s akutní závratí (upraveno dle příručky *Akutní závratě*, Koucký et al., 2022, primární práce Newman-Toker et al. 2015)

TiTrATE = Timing, Triggers And Targeted Exams
Timing (charakteristika časového průběhu obtíží) = první vs. opakovaná epizoda? délka trvání obtíží?
Triggers (vyvolávající událost) = vyvolávací faktory? doprovodné příznaky?
Targeted Exams (klinické testy k rozlišení benigní a závažné příčiny) = HINTS? Dix Hallpike?

Při HIT provádíme rychlé pasivní pohyby hlavou v rovinách jednotlivých polokruhových kanálků, přičemž pacient má za úkol fixovat stále stejný bod. U periferní vestibulární léze je zraková fixace narušena, při dokončení pohybu ke straně léze se objevuje korekční sakáda k fixovanému bodu. Nejčastější polohový test (Dix-Hallpike) je zaměřen na vyšetření zadního polokruhového kanálku. U pacienta sedícího na lůžku provedeme rotaci hlavy 45° doprava či doleva, poté co nejrychleji jej položíme do mírného záklonu asi 30°. Vyšetření označujeme jako pozitivní, pokud vyvoláme typický nystagmus.

V rámci základní syndromologické diagnostiky rozlišujeme akutní (nekompenzovaný) periferní vestibulární syndrom, centrální vestibulární syndrom a polohově vázanou závrat, nejčastěji BPPV (benigní paroxysmální polohové vertigo).

Zhodnocení výše uvedených parametrů vede s velmi vysokou jistotou k odlišení periferní vestibulární léze od centrální. Kombinace těchto jednotlivých vyšetření je shrnuta do diagnostických škál, přičemž nejvíce signifikantní jsou tyto:

HINTS (= **H**ead **I**mpulse test, **N**ystagmus, **T**est of **S**kew deviation) vykazují senzitivitu 100%, přičemž specificita tohoto testu je 96%.

U pacienta s akutní periferní vestibulární patologií ukazuje směrově stálý spontánní nystagmus s pozitivním HIT ke straně léze, není přítomna vertikální divergence očních bulbů. U centrálních lézí je HIT negativní, nystagmus je směrově měnlivý, pozorujeme vertikální divergenci očních pohybů při střídavém zakrytí očí (skew deviation nemusí být vždy patrné, pro centrální původ obtíží je směrodatný měnlivý charakter nystagmu a negativní head impulse test).

HINTS+ (**plus** = kochleární příznaky) zahrnuje navíc anamnestické údaje v podobě náhle vzniklé poruchy sluchu.

STANDING (**S**pon**T**Aneous **N**ystagmus, **D**irection, head **I**mpulse test, stand**I**NG) posuzuje přítomnost nystagmu a jeho směr, funkci vestibulo-okulárního reflexu a navíc zahrnuje testování stoje a chůze. Jeho senzitivita je 95%, specificita 87%.

Kombinací těchto uvedených testů se blížíme ke stoprocentní senzitivě a specificitě stanovení centrální příčiny obtíží. Zavedení a rutinní provádění těchto testů v rámci prvního kontaktu s pacientem s akutní závratí povede k lepší diagnostice a snížení chybovosti, která může vyplývat z nedostatečné zkušenosti vyšetřujícího lékaře.

Zobrazovací metody

Zobrazení mozku pomocí CT je u akutní závratí využíváno relativně často, dle epidemiologických dat z USA se provádí nekontrastní CT až ve 40 % případů (3).

Nativní CT je vhodné ke zobrazení patologie kostních struktur či rozsáhlejších ložiskových procesů, senzitivita pro zobrazení hemoragických příhod je 99%. Oproti tomu k zobrazení časných ischemických

Tab. 3. Dělení závratí dle vazby na vyvolávající událost (upraveno dle příručky *Akutní závratě*, Koucký et al., 2022)

Spontánní závrat = bez zřejmé vyvolávající příčiny	Vyvolaná závrat = s vazbou na zřejmou vyvolávající událost
ischemická/hemoragická CMP tranzitorní ischemická ataka (TIA) vestibulární migréna Ménièreova choroba vestibulární neuronitida roztřesená skleróza tumor mostomozečkového koutu	změna polohy hlavy trauma hlavy/krku aku/barotrauma Valsalvův manévr zánět středouší situačně vázané aplikace vestibulotoxických látek (aminoglykosidy, cisplatin)

CMP = cévní mozková příhoda

* cervikogenní závrat je obecně velmi nadužívanou diagnózou, kterou lze u pacienta s akutní závratí stanovit až per exclusionem. Přítomnost nystagmu pak tuto diagnózu vylučuje. Naopak akutní závrat s blokádou cervikální oblasti může být projevem subarachnoidálního krvácení či disekce a. vertebralis

Tab. 4. Dělení závratí dle časového průběhu (upraveno dle příručky *Akutní závratě*, Koucký et al., 2022)

Čas*	
Sekundy → minuty	TIA**, BPPV, perilymfatická píštěl, dehiscence horního polokruhového kanálku, ortostatická závrat, srdeční arytmie
Minuty → hodiny	TIA**, Ménièreova choroba, vestibulární migréna
Hodiny → dny	CMP ***, vestibulární neuronitida, vestibulární migréna, roztřesená skleróza, labyrintitida, psychogenní vertigo
Týdny a progredující	Vestibulární schwannom, autoimunitní onemocnění, neurogenerativní onemocnění

* vyjadřuje schematicky nejčastější délku trvání symptomů pro danou diagnózu

** TIA je definována jako klinicky manifestní ložiskové poškození mozku trvající několik minut, maximálně však 24 hodin, bez následného patologického nálezu na MRI.

CMP je klinický projev

poškození mozku s prokázanou čerstvou lézí na zobrazovacích metodách

*** rozvoji CMP mohou v předchozích dnech, týdnech či měsících předcházet opakované TIA projevující se také závratí