

agnostiku patologických nálezů v zadní jámě lební. Pro ischemické změny je senzitivita MRI 83%, specificita 98%. Co se týče pacientů s izolovaným vertigem, v prvních 48 hodinách může být až ve 20 % případů falešně negativní výsledek (ložiska ischemie v mozečkové hemisféře menší než 1 cm či v oblasti mozkového kmene). U pacientů s podezřením na ischemickou CMP v zadním povodí doporučujeme provádět MRI s časovým odstupem (léčbu samozřejmě zahajujeme neprodleně), naopak vyloučení nádorových či zánětlivých procesů (např. absces) v zadní jámě lební je indikací k statim provedení MRI mozku. V neposlední řadě je třeba si uvědomit, že určité klinické jednotky, jako vestibulární neuronitida, vestibulární migréna či benigní paroxysmální polohové vertigo, vykazují normální radiologický nálezu. V těchto případech je třeba se spoléhat na anamnestická data a správnost klinického vyšetření.

Shrnutí

U pacientů s akutní závratí je v první fázi třeba rozlišit závažné život ohrožující postižení. Nevestibulární původ závratí je velmi častý. Kombinace pečlivého odběru anamnézy (spouštěče, trvání obtíží,

přidružené symptomy) s provedením základních vestibulárních vyšetření (nystagmus, okulomotorika, head impulse test, polohové manévry, vyšetření stoje a chůze) vede ke spolehlivému odlišení centrální a periferní vestibulární etiologie. K tomu nám slouží standardizované diagnostické algoritmy (HINTS+, STANDING). Zobrazení struktur zadní jámy pomocí CT či MRI je v časně fázi zatíženo nízkou senzitivitou či poměrně výraznou falešnou negativitou výsledků. U cévně rizikových pacientů (kardiovaskulární onemocnění, DM, dyslipidemie, věk ≥ 50 let) s akutní závratí (symptomy trvající méně než 24 hodin) doporučujeme ve statimovém režimu indikovat nejen nativní CT mozku, ale i CT angiografii k možnému průkazu postižení stěny či lumen magistrálních tepen. V rámci diagnostických rozpaků by měl pacienta s akutní závratí vždy vyšetřit neurolog, který vyloučí/potvrdí zejména podezření na centrální příčinu obtíží. Zároveň bychom měli mít na paměti, že „normální“ nálezu na zobrazovacích metodách nevylučuje patologickou jednotku. Nejvyšší senzitivitu a specificitu k objasnění centrální příčiny závratí přináší precizní anamnéza a klinické vyšetření.

LITERATURA

1. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nation-ally representative sample. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:765-775.
2. Royl G, Ploner CJ, Leithner C. Dizziness in the emergency room: diagnoses and misdiagnoses. *Eur Neurol.* 2011;66:256-263.
3. Tehrani, A. S. S. et al. Rising Annual Costs of Dizziness Presentations to U.S. Emergency Departments. *Acad Emerg Med.* 20,689-696(2013).
4. Zwergal A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. *Curr Opin Neurol.* 2020(33):117-125.
5. Koucký V, Balatková Z, Čada Z, et al. Akutní závrat – příručka pro praxi, Maxdorf, Praha, 2022.
6. Newman-Toker, et al. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo, *Neurol Clin.* 2015.
7. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009;40:3504-3510.
8. Jeřábek J. Algoritmy diagnostiky a léčby závrativých stavů. *Neurol. praxi.* 2020;21(6):472-476.
9. Hwang P, et al. Comparative Sensitivity of Computed Tomography vs. Magnetic Resonance Imaging for Detecting Acute Posterior Fossa Infarct. *J Emerg Medicine.* 2012.
10. Chalela JA, et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke, *Lancet* 2007.
11. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006;37:2484-7.
12. Kabra R, Robbie H, Connor SE. Diagnostic yield and impact of MRI for acute ischaemic stroke in patients presenting with dizziness and vertigo. *Clin Radiol.* 2015;70:736-742.
13. Jeřábek J. Diagnostika pacienta s akutní závratí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2015(78): 03-510.
14. Ambler Z, Jeřábek J. Diferenciální diagnóza závratí. 2. vyd. Praha: Triton, 2008, ISBN 978-80-7387-127-7.
15. Čada Z, Černý R, Čákr O. Závratě. *Medicína hlavy a krku.* Havlíčkův Brod: Tobiáš; 2017. ISBN 80-7311-165-6.