

Schemat postępowania terapeutycznego w zawrotach głowy

Grażyna Tacikowska, Marzena Kubiczek–Jagielska

Definicja

Pojęcie zawrotu głowy nie jest jednoznaczne i kryją się pod nim bardzo różne dolegliwości. Z codziennej praktyki wynika, że jakkolwiek zakres zgłaszanych subiektywnych odczuć jest bardzo szeroki, to dla określenia dolegliwości chorobowych używana jest ta sama nazwa – **zawrót**. Dla uporządkowania grup objawów i z diagnostycznego punktu widzenia użyteczny jest następujący podział:

Zawrót głowy prawdziwy (typu *vertigo*) jest to subiektywne wrażenie ruchu (wirowania, kołysania, unoszenia się) otaczającej przestrzeni w stosunku do ciała lub ciała w stosunku do przestrzeni bez zewnętrznej przyczyny tego ruchu. Dlatego zawrót głowy definiuje się inaczej jako złudzenie ruchu wirowego. Zawrót głowy prawdziwy jest przede wszystkim objawem dysfunkcji obwodowego narządu przedsionkowego, ale może być również powodowany przez zaburzenia centralnego układu nerwowego.

Zaburzenie równowagi jest to odczucie niestabilności, niepewności statycznej, związanej głównie z ruchem, np. podczas chodzenia lub innych zadań ruchowych (np. wejście na stołek). Zaburzenia równowagi rozpatrywane są często w odniesieniu do problemu ryzyka upadków. Zaburzenia równowagi często towarzyszą zawrotom głowy, ale występują również niezależnie. Podłożem tych zaburzeń mogą być uszkodzenia układu ruchowego (niedowłady, ataksja) lub upośledzenia czucia głębokiego. Znamienne zaburzenia równowagi i chodu występują w wieku podeszłym, kiedy zaczyna występować inwolucja wielosensoryczna (*presbyastasis*).

Lighthheadedness (brak jednego ustalonego odpowiednika w terminologii polskiej) jest to grupa objawów istotna do odróżnienia z punktu widzenia diagnostycznego, ale jedna z bardziej niejasnych, nieuchwytnych i niesprecyzowanych. Są to odczucia opisywane jako zamroczenie, zapadanie się, zaćmienie, dezorientacja, wrażenie utraty świadomości, kołowej głowy, ciężkiej głowy, często wrażenie braku równowagi (ale bez obiektywnych jej zaburzeń) lub lęk przed upadkiem. Ten typ objawów może być związany z zaburzeniami ukrwienia CUN lub może mieć podłoże czynnościowe (zwłaszcza psychogenne).

Presyncope (brak odpowiednika w terminologii polskiej) jest to wrażenie bliskiego omdlenia, półomdlenia, zasłabnięcia. Towarzyszą temu objawy tj. ciemnienie przed oczami, wrażenie „nóg z waty”, dzwonienie w uszach, zawężenie pola widzenia, bledność, poty, nudności. Nie dochodzi do utraty przytomności jak w omdleniu (*syncope*). Główną przyczyną jest zmniejszenie dopływu krwi do mózgu (np. z powodów emocjonalnych, niskiego ciśnienia krwi lub ortostatycznego spadku ciśnienia krwi).

Epidemiologia

Statystyki światowe wykazują, że osoby z zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi stanowią 5–7% pacjentów lekarza rodzinnego, zaś 10–12% lekarza otolaryngologa. Badania brytyjskie obejmujące dużą populację osób (2000) w wieku produkcyjnym (18–64 lata) wykazały, że około 20% osób miało zawroty przynajmniej raz w ciągu miesiąca. Z tej grupy blisko 1/3 miewała nawracające zawroty głowy od kilku lat (część z nich odczuwała zawroty tzw. fizjologiczne, np. w chorobie lokomocyjnej, przy silnym pobudzeniu optokinetycznym, długotrwałym odgięciu głowy do tyłu). Częstość zawrotów wzrasta w starszych populacjach, a u osób powyżej 65 roku życia zawroty stanowią trzecią w kolejności przyczynę wizyt u lekarza. Zawroty głowy mają znaczenie nie tylko medyczne, ale również społeczne i ekonomiczne.

Przegląd przyczyn zawrotów głowy i zaburzeń równowagi

Otologiczne (związane z uchem wewnętrznym, około 50% wszystkich zawrotów głowy)

- Łagodne, napadowe, położeniowe zawroty głowy – około 50% zawrotów związanych z uchem wewnętrznym
- Choroba Meniere'a – około 18% zawrotów związanych z uchem wewnętrznym
- Zapalenie neuronu przedsionkowego (*vestibular neuritis*) i zapalenie błędnika (*labirintitis*) – około 14% zawrotów związanych z uchem wewnętrznym
- Przetoka perylimfacyjna (rzadko)
- Obustronne uszkodzenie narządu przedsionkowego (rzadko) – przyczyny: ototoksyczność, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, choroba Meniere'a, na tle naczyniowym
- Otoskleroza
- Autoimmunologiczna choroba ucha wewnętrznego
- Zapalenie ucha środkowego
- Nerwiak nerwu słuchowego (rzadko)
- Konflikt naczyniowo-nerwowy
- Dysfunkcja łagiewki

Neurologiczne (5% wszystkich przyczyn zawrotów głowy)

- Udar pnia mózgu
- Przemijające ataki niedokrwienne (TIA) w układzie kręgowo-podstawnym
- Migrena z zawrotami głowy – zaburzenia naczyniowe stanowią około 50% zawrotów pochodzenia neurologicznego
- Epilepsja (5%)
- Stwardnienie rozsiane i inne uszkodzenia istoty białej mózgu (5%)
- Zawroty szyjne
- Degeneracja mózdzku
- Malformacja Arnold-Chiari
- Choroba Parkinsona
- Niedobór witaminy B12
- Zatrucie litem
- Mal de débarquement
- Presbyastasia

Spowodowane niskim ciśnieniem krwi (5%)

- Omdlenie
- Ortostatyczne spadki ciśnienia krwi
- Zaburzenia rytmu serca
- Niepożądane działanie leków

Inne

- Pourazowe zawroty głowy
- Drop attacks
- Polekowe (hydantoina, antyhistaminiki, barbiturany, przeciwpadaczkowe)
- Choroba lokomocyjna
- Nerwica lękowa, fobia, symulacja (15%)
- Psychogenne (poprzez wykluczenie innych przyczyn)

Podsumowanie: Proporcje wymienionych kategorii mogą się zmieniać, generalnie jednak 50% zawrotów głowy spowodowanych jest zaburzeniami ucha wewnętrznego, 5% stanowią zawroty spowodowane zaburzeniami neurologicznymi, 5% stanowią zawroty spowodowane niskim ciśnieniem krwi (syncope, ortostatyczne, arytmia serca) i niepożądanym działaniem leków, około 15% stanowią przyczyny psychologiczno–psychiatryczne (nerwica, symulacja, fobia). W 25% przypadków etiologia jest nieznana.

Diagnostyka

Ocena pacjenta z zawrotami głowy obejmuje wywiad podmiotowy, fizykalne badanie otologiczne i neurologiczne oraz laboratoryjne badania dodatkowe.

Wywiad podmiotowy jest w większości przypadków kluczowym elementem procesu diagnostycznego i stanowi podstawę różnicowania i ustalania czynnika etiologicznego. Ogólnie wywiad powinien zawierać szczegółowe informacje dotyczące początku wystąpienia objawów (okoliczności, nagle/stopniowo, ataki/zaburzenia stałe), progresji, nawrotów, objawów towarzyszących (ze strony narządu słuchu, innych nerwów czaszkowych) czynników predysponujących (np. urazy, leki ototoksyczne, nadciśnienie, infekcje, choroby serca i układu krążenia, oczu, naczyń), stosowanych leków, przebytych zabiegów i stanu obecnego (ataki/zaburzenia stałe, czynniki prowokujące, częstość i czas trwania, objawy między atakami, objawy towarzyszące).

Badanie fizykalne powinno obejmować badanie otoskopowe, akumetryczne badanie słuchu, poszukiwanie oczopląsu (w okularach Frenzla), manewry Hallpike’a, próby postawy i chodu oraz pisma, badanie czynności nerwów czaszkowych i próby mózdkowe.

Badania dodatkowe konieczne do wykonania w każdym przypadku to: audiometria tonalna, audiometria impedancyjna, słuchowe potencjały pnia mózgu, elektronystagmografia. W pojedynczych przypadkach wskazane jest wykonanie wywołanych emisji otoakustycznych, elektrocochleografii, posturografii, badania przepływu w dogłównych tętnicach zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych, badania radiologiczne (tomografia komputerowa/rezonans magnetyczny), badania serologiczne (wirusy *Herpes simplex* typ I i II, *treponema pallidum*, *borelia*), badania interdyscyplinarne (naczyniowe, neurologiczne, ortopedyczne).

Pierwszoplanowym celem postępowania diagnostycznego jest zróżnicowanie zespołu uszkodzenia obwodowej i ośrodkowej części układu przedsionkowego.

Specjalistyczna i kompleksowa ocena funkcji układu równowagi wyróżnia trzy zasadnicze poziomy postępowania:

1. Określenie miejsca uszkodzenia w odniesieniu do różnych elementów układu równowagi, które może wiązać się z włączeniem diagnostyki interdyscyplinarnej:
 - Część receptorowa: obwodowy narząd przedsionkowy, wzrok, czucie głębokie.
 - Część efektorowa: czynność mięśni, objawy wegetatywne, percepcja.
 - Szlaki nerwowe: przedsionkowo-oczne, przedsionkowo-rdzeniowe, okoruchowe, przedsionkowo-„inne”, wzrokowo-„inne”.

2. Ocena czynnościowa możliwości pacjenta w odniesieniu do:
 - radzenia sobie z objawami,
 - zdolności statycznego i dynamicznego utrzymania postawy,
 - przewidywania potencjalnych czynników ryzyka upadków.
3. Wskazania do rehabilitacji układu równowagi i jej potencjalne wyniki.

Postępowanie terapeutyczne

Ostra faza zaburzeń przedsionkowych

- Neuroleptoanalgizja: droperidol 5 mg i. v. +fentanyl 1mg i. v. (we współpracy z anestezjologiem)
- Chlorpromazyna (Fenactil) 25–50 mg i. m. co 6 h.
- Tietylperyzyna (Torecan) 6,5 mg i. v., i. m., s. c, czopek co 6–8 h.
- Diazepam (Relanium) 5–10 mg i. v. co 6–8 h.
- Prometazyna (Diphergan) 50 mg i. m. co 6 h.
- Dimenhidrinant (Aviomarin) 50–100 mg i. m, czopek co 4–6 h.

Jeśli podanie leku w postaci czopka dostatecznie hamuje objawy, to jest to postępowanie najbardziej optymalne (minimalizacja działań niepożądanych).

Ostre zaburzenia przedsionkowe w przebiegu *neuronitis vestibularis* lub *labyrinthitis*

- Leki hamujące funkcję ośrodkowego układu równowagi jak wyżej
- Hydrocortyzon 100–200 mg i. v. 3 dni.
- Prednisolon do 80mg/d p. o.
- Nicergolina (Adavin) 2–4 mg i. v 2 razy/24 h w powolnym wlewie kroplowym.
- Pentoksyfilina (Trental) do 1200mg/24 h i. v.
- Antybiotyki.
- Leki przeciwiwirusowe: Acyklovir 10mg/kg masy ciała, i. v. co 8h do 7 dni, 400mg co 6 h do 20 dni.

Przewlekłe zaburzenia przedsionkowe (niepełna kompensacja)

- Betahistyna 8–16 mg p. o co 8 h.
- Rehabilitacja przedsionkowa (głównie ćwiczenia habituacyjne, a także trening równowagi i chodu).

Łagodne, napadowe, położeniowe zawroty głowy (*cupulolithiasis*)

- Manewr uwalniający wg Semonta/repozycja otolitów wg Epley'a/ćwiczenia odczulające wg Brandta i Daroffa

Choroba Meniere'a (zmodyfikowany schemat Arenberga, 1993)

- Dieta niskosolna (<1g soli na dobę), unikanie CATS (kawy, alkoholu, tytoniu, stresu) – u wszystkich.
- Farmakologia: betahistyna 8–16 mg co 8 h i/lub hydrochlorotiazyd 25mg/24h + triamteren 50 mg, potas, flunarizyna 10 mg/24h.
- Drenaż jamy bębenkowej i ciśnienie do ucha środkowego – do wyboru z farmakologią bądź przy braku jej efektu.
- Gentamycyna do jamy bębenkowej.

- Sterydy (dexaven) do jamy bębenkowej – gdy istnieje podejrzenie procesu immunologicznego.
- Prednison do 80mg/d – gdy wystąpił nagły postęp choroby bądź istnieje podejrzenie procesu immunologicznego.
- Rehabilitacja przedsionkowa – w szczególnych przypadkach, np. położeniowe zawroty głowy.
- Leczenie chirurgiczne (neurektomia selektywna lub labiryntektomia zależnie od prognozy słyszenia).

Zaburzenia tzw. centralne, których przyczyną są zaburzenia ukrwienia

- Konsultacja: internistyczna (weryfikacja leczenia antyarytmicznego i hypotensyjnego), neurologiczna, „naczyniowa”.
- Leki antyagregacyjne: Aspiryna 325mg/24h, Ticlid 250 mg co 12 h, Trental 400 mg co 8 h.
- Leki rozszerzające naczynia: betahistyna 8–16 mg co 8 h, flunarizyna 10mg/24h, nicergolina (Nilo-grin) 10–20 mg co 8 h.
- Leki cytoprotekcyjne: piracetam (Nootropil) 9–12 g/24h, trimetazidyna (Preductal) 20mg co 8h.
- Leki przeciwzakrzepowe – we współpracy z internistą i neurologiem.
- Kinezyterapia.

W terapii niezwykle pomocne jest wsparcie kondycji psychicznej pacjenta przez obszerne wyjaśnienie natury choroby i objawów, a kiedy przewlekłym zawrotom głowy towarzyszą objawy depresyjne, lękowe czy napięcie emocjonalne celowe jest podanie odpowiednich leków z grupy przeciwdepresyjnych, przeciwłękowych, anksjolitycznych (we współpracy z psychiatrą, ewentualnie neurologiem).

Leczenie ostrych objawów zaburzeń układu przedsionkowego opiera się na lekach anksjolitycznych, przeciwwymiotnych itp., podczas gdy postępowanie przewlekłe polega na wspomaganiu procesu kompensacji i treningu układu równowagi (rehabilitacja przedsionkowa).

Rehabilitacja przedsionkowa jest właściwa w każdym przypadku, w którym ostre, obwodowe uszkodzenie przedsionka nie jest w pełni skompensowane (należy bezwzględnie wykluczyć, czy nie mamy do czynienia z procesem postępującym), w położeniowych zawrotach głowy, obustronnym uszkodzeniu obwodowego narządu przedsionkowego, w zaburzeniach równowagi wieloczynnikowych (presbyastasis). Jako leczenie uzupełniające powinna być stosowana u pacjentów po leczeniu chirurgicznym (neurektomii, labiryntektomii, resekcji nerwiaka), po urazach głowy, u pacjentów z nerwicą lękową (fobie), w chorobie Meniere’a (jeśli ataki występują rzadziej niż raz w miesiącu, stadium destrukcji lub remisji), w uszkodzeniach centralnych lub mieszanych. Niewłaściwymi kandydatami do rehabilitacji przedsionkowej są pacjenci, u których objawy występują spontanicznie (jak np. w chorobie Meniere’a), nie są prowokowane zmianą pozycji, nie występują między atakami.

Leczenie chirurgiczne dotyczy przypadków, gdy: znana jest przyczyna zawrotów głowy (np. otoskleroza, przetoka, zmiany rozrostowe, niektóre zaburzenia naczyniowe), poprawa po leczeniu zachowawczym jest niewystarczająca, objawy przedsionkowe są niestabilne lub postępujące. Jeśli zachowany jest słuch, proponuje się: przecięcie nerwu przedsionkowego (choroba Meniere’a), przecięcie tylnego nerwu łagiewkowego (łagodne, napadowe, położeniowe zawroty głowy). Jeśli istnieje głęboki niedosłuch, właściwa jest labiryntektomia.

Literatura zalecana:

Jackler R., Brackman D. (red.): *Neratology*, Mosby. St. Louis, 1994.

Janczewski G., Latkowski B. (red.): *Otoneurologia*. Bel-Corp., Warszawa, 1998.

Prusiński A. (red.): *Zawroty głowy*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.

Shepard N., Telian S.: *Practical management of balance disorder patient*. Singular Publishing Group, Inc. San Diego, London, 1996.

