Prof. dr hab. med. Marek Rogowski

Pacjent z zawrotami głowy w praktyce lekarza rodzinnego – prosty algorytm postępowania

Problematyka zawrotów głowy, z uwagi na częstość występowania oraz coraz częstsze skargi pacjentów szczególnie w wieku podeszłym na tego rodzaju dolegliwości, cieszy się dużym zainteresowaniem wśród lekarzy rodzinnych. Wśród wielu kolegów istnieje mocno zakorzenione i w dużej mierze niesłuszne przekonanie, że zawroty głowy mają głównie podłoże naczyniowe oraz że są często spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi w kręgosłupie szyjnym. Nadmierne szafowanie lekami naczyniowymi jest konsekwencją takiego sposobu myślenia. Oczywistym faktem jest to, że lekarz rodzinny nie dysponuje warsztatem diagnostycznym pozwalającym na pełne postępowanie umożliwiające precyzyjne rozpoznanie przyczyn choroby, nie ma też do dyspozycji interdyscyplinarnego zespołu dostępnego w warunkach klinicznych. Pamiętać jednak należy, że mimo coraz doskonalszych metod elektrofizjologicznych czy obrazowania, najczulszym testem w diagnostyce otonerologicznej pozostaje trafnie zebrany wywiad. Ten podstawowy etap diagnostyczny pozwoli odpowiedzieć na pytanie czy dość abstrakcyjne pojęcie „zawroty głowy", którym to pojęciem posługuje się często pacjent, odpowiada definicji tego objawu. Lekarz rodzinny może to stwierdzić, a nawet z dużym prawdopodobieństwem odpowiedzieć na zasadnicze pytania czy ma do czynienia z uszkodzeniem obwodowej czy ośrodkowej części układu przedsionkowego (równowagi) oraz czy konieczne jest dalsze postępowanie specjalistyczne. Okazuje się, że wstępne badanie otoneurologiczne przeprowadzone podczas pierwszego kontaktu z pacjentem w wielu przypadkach skraca drogę diagnostyczną oraz pozwala uniknąć wielu kosztownych badań. Wydaje się, że przejrzysty przewodnik poruszania się w tej złożonej tematyce może spotkać się z zainteresowaniem wśród lekarzy POZ.

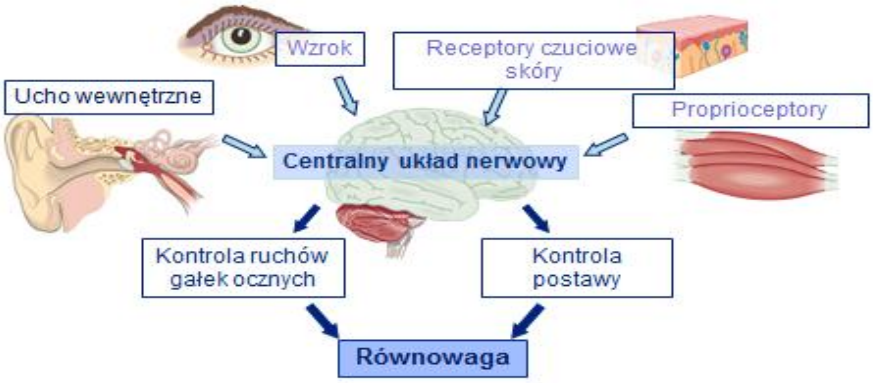
Prof. dr hab. Marek Rogowski

Trzy filary diagnostyki i leczenia zawrotów głowy

Filar I. Symetria i harmonia

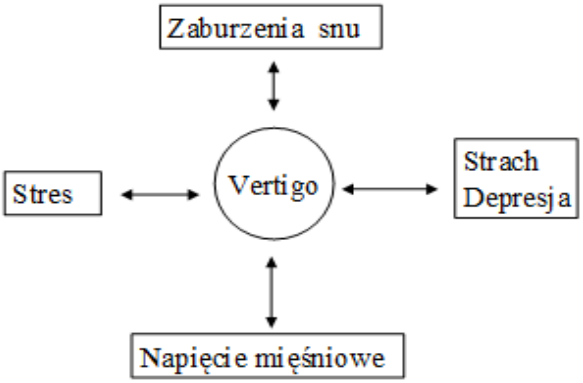
Układ przedsionkowy (równowagi) poprawnie funkcjonuje wtedy, gdy zachowany jest harmonijny, symetryczny dopływ informacji do ośrodkowego układu nerwowego z przedsionków, narządu wzroku i receptorów czucia głębokiego. Wystarczy, że jeden z tych elementów przestanie prawidłowo działać i wtedy mogą pojawić się dolegliwości typu zaburzenia percepcji położenia w przestrzeni. Najważniejszą rolę w tym układzie pełni prawidłowe funkcjonowanie obu przedsionków. Uszkodzenie jednego bądź obydwu przedsionków prowadzi do całkowitego lub częściowego zniesienia sygnału płynącego od receptora przedsionkowego do wyższych pięter układu przedsionkowego i do bardzo burzliwych objawów. Większość zaburzeń w obrębie układu przedsionkowego można opisać

analizując odruch przedsionkowo-rdzeniowy i przedsionkowo-oczny. Nie należy również zapominać o roli proprioceptorów i sprawnego narządu wzroku w patologii układu przedsionkowego. Szczególnie u ludzi w podeszłym wieku deficyty w tym zakresie, w połączeniu z osłabioną sprawnością ucha wewnętrznego prowadzą do znacznego ograniczenia sprawności, co wymaga specjalnego postępowania szczególnie w zakresie rehabilitacji.



Filar II. Psychosomatyka

Zaburzenia ze strony układu przedsionkowego (równowagi) nacechowane są olbrzymim ładunkiem negatywnych emocji towarzyszących dolegliwościom. W przypadku np. wspomnianego powyżej nagłego uszkodzenia przedsionka pojawiają się burzliwe objawy w postaci zawrotów głowy o charakterze obrotowym, objawów wegetatywnych i odchyleń w zakresie funkcjonowania odruchu przedsionkowo-rdzeniowego (zaburzenia równowagi) i odruchu przedsionkowo-okoruchowego (oczopląs). Temu tzw. szokowi przedsionkowemu towarzyszy strach, niepokój, przekonanie o chorobie stanowiącej zagrożenie dla życia itd. Podobne dolegliwości towarzyszą również z większym lub mniejszym nasileniem innym formom zawrotów głowy. Właściwe prowadzone poradnictwo, konsultacje terapeutyczne (tzw. counselling) przekłada się na postępy w zakresie leczenia i rehabilitacji zawrotów głowy. Negatywna konsultacja (np. nieopatrznie wysnute podejrzenie guza w ośrodkowym układzie nerwowym) może znacznie utrudnić leczenie. Z metaanalizy Hoffmanna z 1999 roku wynika, że guzy mózgu występują z częstością grubo poniżej 1 % przy ocenie najczęstszych przyczyn zawrotów głowy. Najczęstsze są obwodowe westybulopatie (35-55%), zawroty psychogenne stanowią około 10-25%, a zawroty naczyniomózgowe to około 5%. W czasie konsultacji terapeutycznej należy motywować pacjenta do prowadzenia rehabilitacji przedsionkowej, ćwiczeń habituacyjnych i w aktywności ruchowej oraz intelektualnej. Zestawy ćwiczeń habituacyjnych są dostępne w publikacjach poświęconych zawrotom głowy.



Filar III. Neuroplastyczność

Specyficzną cechą układu nerwowego jest plastyczność definiowana jako czynnościowa zmiana właściwości neuronów. Dzięki plastyczności w krótkim czasie po uszkodzeniu zaczyna rozwijać się proces naprawczy zmierzający do wyrównania istniejącego deficytu. W przypadku wspomnianego szoku przedsionkowego mechanizmy naprawcze (kompensacja, adaptacja, habituacja) zależne od plastyczności powodują, że często niespodziewanie szybko dochodzi do zdrowienia i przywrócenia poprawnych funkcji odruchowych. Procesowi temu sprzyja counselling i umiejętnie prowadzona rehabilitacja przedsionkowa. Kompensację upośledzają leki działające supresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Należy więc pamiętać o tym, aby leki z grupy antyveriginosa stosować tylko doraźnie w okresie nasilonych objawów (silne zawroty głowy z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami).

Gdy pacjent zgłasza zawroty głowy- najważniejsze etapy postępowania

I Czy na pewno zawroty głowy?

Pierwszym krokiem jest ustalenie czy pod hasłem „zawroty głowy" (tym pojęciem szafują pacjenci nader często) mieszczą się objawy, które medycyna klasyfikuje jako zawroty głowy. Umiejętnie przeprowadzony wywiad pozwoli na przyporządkowanie objawów do właściwej grupy i jest podstawą do wyboru dalszego postępowania. Często już na samym początku można stwierdzić, że zawroty głowy nie są zawrotami głowy. Gdy zapytamy pacjenta jak „wyglądają" jego dolegliwości to niekiedy trudno mu opisać to co pierwotnie określał jako zawroty głowy. Prawidłowo przeprowadzając wywiad zazwyczaj uzyskujemy niezbędne informacje. Na tym etapie wymagana jest jednak spora doza cierpliwości oraz wnikliwość w ustaleniu charakteru objawów . Nie należy podrzucać pacjentowi gotowych opisów, ale stworzyć warunki do tego aby chory mógł przedstawić swoje dolegliwości w sposób w miarę przejrzysty i wiarygodny.

W znaczeniu klinicznym zawrotami głowy nie są takie dolegliwości opisywane przez pacjentów jak np.:

- wrażenie omdlewania, zasłabnięcie, omdlenie

- oszołomienie, dezorientacja

- mroczki przed oczami, ciemnienie przed oczami

- lęk przed upadkiem, stany lękowe

- szumy w uszach, bóle głowy

II Jak zakwalifikować zawroty głowy na podstawie wywiadu?

Najkrócej ujmując problem, zawroty głowy to zaburzenie percepcji położenia w przestrzeni przy czym należy wyróżnić tutaj dwie odmienne formy kształtowania się dolegliwości w postaci zespołu obwodowego i zespołu ośrodkowego. W obydwu zespołach podstawowym dolegliwościom towarzyszy uczucie dyskomfortu i często niepokoju.

1. W zespole obwodowym (zawroty układowe) dominującym objawem jest iluzja ruchu
2. W zespole ośrodkowym (zawroty nieukładowe) dominuje niesprecyzowane złudzenie niestabilności

Obwodowe (układowe) zawroty są spowodowane uszkodzeniem błędnika i w pewnym przybliżeniu pierwszego neuronu w obrębie narządu przedsionkowego, zaś nieukładowe dotyczą wyższych pięter układu równowagi. W sporym uproszczeniu można powiedzieć, że im pacjentowi łatwiej opisać swoje dolegliwości i zobrazować je opisem złudzenia ruchu, tym pewniejsza jest obwodowa lokalizacja zawrotów głowy.

Zespół obwodowy	**Zespół ośrodkowy**
Iluzja ruchu, uczucie wirowania otoczenia, wrażenie, że się obracam, uczucie jak po zejściu z karuzeli	Uczucie chwiania się, popychania z zewnątrz, unoszenia, chwianie się otoczenia, niepewność przy poruszaniu się i staniu
Znaczne nasilenie zawrotów na początku, stopniowe ich ustępowanie	Objawy rozwijają się skrycie, nasilenie dolegliwości zmienne
Zawroty na początku w formie ataków, czas intensywnych zawrotów do 2-3 tygodni	Jeśli dolegliwości występują napadowo to bardzo krótko, niekiedy z upadkiem (tętnice kręgowe, podstawne?), jeśli nie napadowo mogą trwać miesiące i lata
Ruchy głowy nasilają zawroty głowy i towarzyszące objawy wegetatywne (nudności)	Wpływ ruchów głowy na dolegliwości żaden lub niewielki
Może towarzyszyć jednostronne zazwyczaj upośledzenie słuchu, jednostronne nasilenie się szumów usznych, uczucie pełności w uchu	Jeśli dolegliwości słuchowe to zazwyczaj obuuszne, związane ze starzeniem się
Nigdy nie ma drgawek, zaburzeń przytomności	Mogą wystąpić drgawki, zaburzenia świadomości
Bóle głowy rzadko, niekiedy po napadzie	Bóle głowy nierzadko
Nigdy zaburzenia ostrości widzenia	Często zaburzenia widzenia (podwójne widzenie, różne formy ślepoty itp.)
Bez objawów neurologicznych (wyjątkowo obwodowy niedowład n. twarzowego towarzyszący chorobom ucha środkowego)	Często objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, nerwów czaszkowych

W czasie zbierania wywiadu należy także uwzględnić dynamikę kształtowania się dolegliwości. Szczególnie często spotykane są fluktuuacyjne obwodowe zaburzenia przedsionkowe do których należą łagodne położeniowe zawroty głowy (BPPV) będące najczęstszą przyczyną zawrotów głowy w ogóle. Ich częstość występowania oceniana jest na 17-42% wszystkich przyczyn. Objawy BPPV są następstwem mechanicznego drażnienia osklepka znajdującego się w bańce kanału półkolistego przez uwolnione otolity lub wytrącone cząsteczki endolimfy. W leczeniu stosowane są specjalne manewry uwalniające umożliwiające przesunięcie wolnych partykuł drażniących osklepki do przedsionka.

Właściwe przyporządkowanie dolegliwości do zespołu uszkodzenia obwodowej i ośrodkowej części narządu przedsionkowego ma bardzo duże znaczenie praktyczne. Zazwyczaj bardzo dramatycznie przebiegające dolegliwości towarzyszące uszkodzeniu przedsionka są objawami schorzeń, które na ogół nie zagrażają życiu. Dzięki procesom kompensacji ośrodkowej pacjent ma szansę na pełne wyleczenie. Z kolei trudne do zidentyfikowania i opisania przez chorego dolegliwości, niekiedy z towarzyszącymi objawami neurologicznymi, mogą być sygnałem poważnego schorzenia i zakończyć się znacznym ograniczeniem sprawności chorego.

III Wstępne badanie otoneurologiczne

Mimo, że badanie otoneurologiczne „zarezerwowane" jest w dużej mierze dla lekarzy specjalistów nie ma żadnych przeszkód aby podstawowe testy przeprowadzić w gabinecie lekarza rodzinnego. Dobrze zebrany wywiad lekarski oraz standardowa paleta prostych badań z zakresu oceny odruchu przedsionkowo-rdzeniowego i przedsionkowo-okoruchowego pozwala na wstępne rozpoznanie wielu zaburzeń w układzie przedsionkowym. W warunkach diagnostyki specjalistycznej każde wstępne rozpoznanie zaburzeń obwodowych powinno być potwierdzone testem pobudliwości przedsionków (próba kaloryczna).

1. Badanie oczopląsu samoistnego

Najważniejszym obiektywnym objawem zaburzeń układu przedsionkowego jest oczopląs. Oczopląs samoistny jest zawsze dowodem zachwiania równowagi w obrębie układu okoruchowego. Oczopląs przedsionkowy (obwodowy) posiada fazę wolną i szybką. Kierunek oczopląsu opisujemy zgodnie z kierunkiem fazy szybkiej. Badanie oczopląsu samoistnego powinno się wykonywać się w pozycji gałek ocznych „ na wprost" z fiksacją wzroku na określonym przedmiocie (palec, długopis trzymany w ręku) oraz w odchyleniu w lewo i w prawo.

Oczopląs obwodowy (przedsionkowy) spowodowany jest uszkodzeniem na poziomie błędnika lub nerwu przedsionkowego i charakteryzuje się stałokierunkowym oczopląsem poziomo-obrotowym nasilającym się przy spojrzeniu w stronę jego fazy szybkiej.

Oczopląs ośrodkowy może być skierowany w każdym kierunku, zmiana kierunku spojrzenia często zmienia kierunek oczopląsu. Oczopląs jest często nieregularny, może być nawet jednooczny.

2. Ocena odruchu przedsionkowo-rdzeniowego

Próby oceniające odruch przedsionkowo-rdzeniowy dostarczają informacji na temat sprawności funkcji proprioceptorów oraz wpływu informacji przedsionkowej na proces utrzymywania równowagi.

Próba Romberga wykonywana jest przy oczach otwartych i zamkniętych. Podczas jej wykonywania konieczna jest asekuracja chorego przez lekarza lub pielęgniarkę. W opisywanej próbie pacjent stoi ze złączonymi stopami i zamkniętymi oczami. Przy uszkodzonym przedsionku obserwuje się zbaczanie od pionu właśnie w stronę uszkodzenia (chory błędnik wodzi padanie).

IV Wykluczenie pozaprzedsionkowych przyczyn dolegliwości

W znacznym odsetku u chorych z zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi nie stwierdza się patologii zlokalizowanej w obwodowej części narządu przedsionkowego. Lekarz rodzinny obok przeprowadzenia bardzo dokładnego wywiadu powinien skupić się na wykluczeniu przyczyn ogólnych i układowych mogących mieć wpływ na występowanie zburzeń pozaprzedsionkowych (nadciśnienie, zaburzenia ortostatyczne, zaburzenia akcji serca, miażdżyca, cukrzyca, zaburzenia czynności gruczołu tarczowego itp.). Szczególną uwagę należy zwrócić na to, czy zawroty nie są objawem niepożądanym leków, zażywanych przez pacjenta z innego powodu. Dotyczy to zwłaszcza osób w wieku podeszłym.

Badania epidemiologiczne wskazują, że u chorych zgłaszających się do lekarza z zawrotami głowy jako podstawowym objawem, dominują przyczyny otologiczne (40-50%), rzadziej występują przyczyny neurologiczne (10-30%) zaś przyczyny ogólnoustrojowe to 10-30%.

V Podstawowe pytania, wstępne rozpoznanie, wstępne decyzje – krótki algorytm postępowania

1. Jeśli objawy wskazują na obwodowe pochodzenie zawrotów głowy
   - czy chory powinien być hospitalizowany w oddziale otolaryngologii (tak, gdy występują objawy szoku przedsionkowego). W przypadku nasilonych objawów można doraźnie włączyć leczenie objawowe lekami z grupy antyvertiginosa pamiętając, że ich przewlekłe stosowania osłabia proces kompensacji.
   -czy chory powinien być skierowany do poradni otolaryngologicznej (tak, gdy przewlekły charakter dolegliwości, podejrzenie choroby otolaryngologicznej, towarzyszące zawrotom głowy zaburzenia słuchu)
   -czy można podjąć leczenie w gabinecie lekarza rodzinnego (tak, gdy rozpoznana jest przyczyna zawrotów głowy i ustalone leczenie przez specjalistę oraz gdy istnieje zdefiniowana ogólnoustrojowa przyczyna dolegliwości). Pacjentów należy motywować do prowadzenia rehabilitacji przedsionkowej i aktywności ruchowej.

2. Jeśli objawy wskazują na ośrodkowe zawroty głowy
   - czy chory powinien być hospitalizowany w oddziale neurologii (tak, gdy objawy sugerują zaburzenia naczyniowe, a więc sygnalizujące możliwość zagrożenia)
   -czy chory powinien być skierowany do poradni neurologicznej (tak, gdy objawy sugerują chorobę neurologiczną, rozważyć konsultację psychiatryczną przy podejrzeniu zespołu lękowego bądź depresji)