

MOŽNOSTI LÉČBY MÉNIÈROVY CHOROBY

Autoři: Martina Navrátilová, Kristýna Petrovičová

Úvod

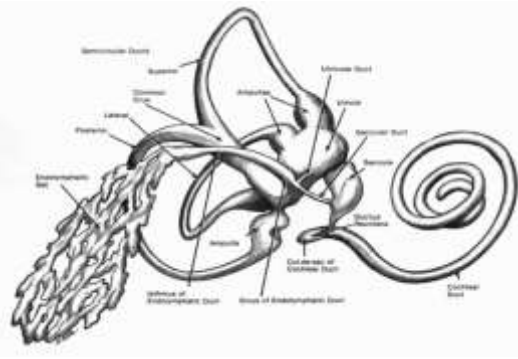
V roce 1861 přišel francouzský lékař Prosper Ménière s teorií, že záchvaty závratí, zvonění v uších a ztráty sluchu jsou zapříčiněny spíše poruchou vnitřního ucha než mozku - jak se věřilo. Od té doby, co byla tato teorie přijata, je jméno Dr. Ménière neodmyslitelně spojeno s touto chronickou, nevléčitelnou chorobou postihující vnitřní ucho. Pro úplné pochopení projevů této choroby je nutný stručný popis vnitřního ucha. Struktury jsou uloženy ve

spánkové kosti a to konkrétně v její části, které se pro komplikovanou stavbu říká pyramida. Vnitřní ucho je rovněž nesnadnou strukturou, snad i proto se jeho dvě hlavní části jmenují labyrint - kostěný a blanitý. Kostěný labyrint obsahuje statokinetické čidlo - vestibulum a polokruhovitě kanálky - zodpovídající za rovnováhu a orientaci v prostoru a dále *Cochleu* neboli hlemýžď, který je orgánem sluchu. Blanitý labyrint je uložený uvnitř kostěného labyrintu a je vyplněný tekutinou endolymfou, která v něm cirkuluje. Její přebytek je odváděn pod tvrdou plenu mozkovou. Ménièreova choroba zpravidla postihuje pouze jedno ucho a její vznik není zcela objasněn. Projevy začínají nejčastěji mezi 40-60 rokem života, jako epizodické záchvaty závratí, ztrát rovnováhy, dočasné ztráty sluchu, pískání v uších a pocitu tlaku v uchu. Za nejpravděpodobnější příčinu tohoto onemocnění se považuje zvýšený tlak ve vnitřním uchu, který je způsobený nadměrným množstvím endolymfy ve vnitřním uchu. Přebytek této tekutiny může být zapříčiněn jejím znesnadněným či zablokovaným odtokem, zvýšenou tvorbou, autoimunitním onemocněním, alergií, virovými infekcemi, genetickými predispozicemi, úrazy hlavy nebo migrénami.

Diagnostika onemocnění

Specifický test nebo vyšetřovací metoda prozatím neexistuje. Proto je diagnostika prováděna vylučovací metodou, tedy vyloučením ostatních možných příčin příznaků pacienta. Pro

Obr.1 Schéma blanitého labyrintu vnitřního ucha



Převzato z Anatomy of the Temporal Bone with Surgical Implications, Gulya and Schuknecht's, 2007, cit. 7.4. 2017

diagnózu Ménièrovoy choroby potrebujeme historii alespoň dvou záchvatů závratí, které trvaly nejméně 20 min. Tyto záchvaty od sebe nezřídka bývají vzdálené i několik let, což znesnadňuje rozpoznání nemoci. Podezření je mimo jiné třeba ověřit i audiogramem, zobrazovacími metodami, jako je CT nebo MRI centrálního nervového systému se zaměřením na zobrazení vnitřního ucha.

Léčba

Léčba je zahajována konzervativně a to dietními změnami - snížením příjmu soli, vynecháním kofeinu, snahou o zlepšení životního stylu a také zlepšením spánkové hygieny. Dalším krokem je obvykle nasazení diuretik. Pokud se problémy nezlepší, pak se přistupuje k farmakologické léčbě a to k intratympanickému podání steroidů nebo betahistidinu. Pokud ani toto nepřispěje ke zlepšení nebo úplnému vymizení symptomů, je třeba zvažovat chirurgické řešení problému a to buď formou minimálně invazivního Ménièttova zařízení nebo chirurgickou dekompresí endolymfatického vaku. Pokud tyto málo invazivní řešení nepřinesou úlevu od potíží, přistupujeme k ablativní terapii a to například podání antibiotika gentamicinu přímo do vnitřního ucha. V extrémních případech dojde až k odnětí vestibulárního nervu nebo labyrintektomii. Především, pokud má pacient kruté záchvaty závratí, kterého naprosto vyřazují z běžného života. Během samotných záchvatů potom podáváme pacientům benzodiazepiny a antiemetika nebo antihistaminika, které nemoc nevyléčí, ale ulevují od nepříjemných symptomů, které záchvaty provázejí. Rehabilitace pro jednostrannou vestibulární slabost potom zahrnuje fyzikální léčbu a vestibulární trénink, užívání naslouchadla, naslouchadla s kontralaterálním převodem zvuku (CROS) nebo kostně integrovaná naslouchadla.

Terapie akutních záchvatů

Léčba záchvatů je namířena k úlevě od symptomů. Nejdříve volíme neinvazivní postupy a teprve pokud farmakologická léčba selže, tak přecházíme k invazivním řešením. K úlevě od symptomů používáme anticholinergní antiemetika, která ulevují od nevolností. Antihistaminika a benzodiazepiny se podávají pro uklidnění vestibulárního systému. Nejsou však účinné jako profylaxe. V některých případech jsou také podávány kortikosteroidy a to buď orálně, nebo injekčně přímo do ušní dutiny.

Konzervativní terapie

Z neinvazivních metod nejdříve volíme dietní změny a úpravy životního stylu. Zpravidla se jedná o snížení příjmu soli (<1,5 g) a vyhýbání se alkoholu a kofeinu. Dalším krokem je nasazení antidiuretik (hydrochlorothiazid nebo acetazolamid), které mohou pomoci zlepšit a nebo úplně předejít záchvatům. Léčba je to pouze empirická, žádná studie přímo nepotvrdila efekt těchto léků na zlepšení průběhu nemoci.

Radikální terapie

Z invazivních terapeutických metod je nejméně invazivní dekomprese endolymfatického vaku nebo Ménièreova zařízení. Ménièreovo zařízení je minimálně invazivní terapie. Jedná se o generátor nízkotlakových impulsů do středního ucha. Cílem této terapie je zlepšit odtok nahromaděné endolymfy a tím ulevit od nepříjemných příznaků provázejících Ménièreovu chorobu. Alternativou je invazivnější dekomprese endolymfatického vaku, jejíž cílem je ulevit od atak závratí a zároveň zachování funkce a nemá tak vysoké riziko ztráty sluchu. U některých pacientů ovšem tato operace není účinná a musí se přistoupit k radikálnějšímu řešení, jakým je ablace. Jako první je v tomto případě nasadě chemická labyrintektomie, která je provedena injekcí antibiotika gentamicinu přímo do ušní dutiny skrz tympanickou membránu. Výhodou je, že riziko ztráty sluchu u tohoto zákroku není příliš vysoké. Navíc je možné ji po pár dnech opakovat. Pokud i tato metoda selže, dalším krokem je ablativní chirurgický zákrok. Takový zvažujeme především u pacientů, u kterých jsou záchvaty velmi časté a naprosto vyčerpávající a také u takových, kde všechny ostatní metody selhaly. Z ablativních zákroků můžeme indikovat vestibulární neurektomii (přetětí vestibulárního nervu), která odstraní závratě a zároveň pacienty obvykle neohrozí ztrátou sluchu. Druhou variantou je chirurgická labyrintektomie (vynětí celého labyrintu) ke které přistupujeme v momentě, kdy už pacient má pokročilou ztrátu sluchu.

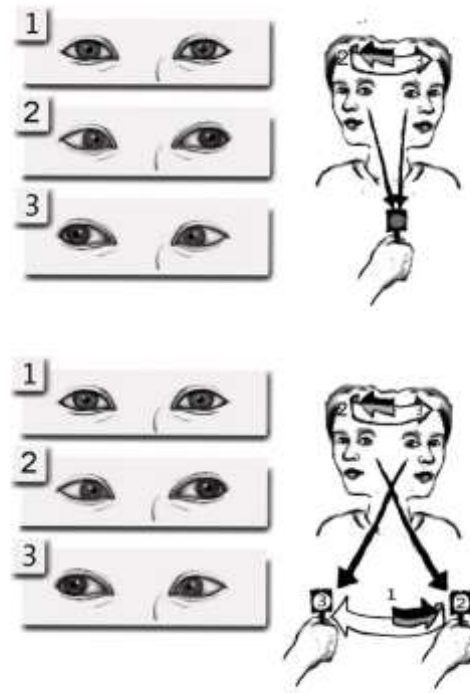
Komplikace

Nejzávažnější a neodvratnou komplikací Ménièreovy choroby je ztráta sluchu. Není znám způsob, jak ji zastavit a u většiny pacientů dochází k výraznému zhoršení, až hluchotě v průběhu 10 – 15 let v závislosti na tíži průběhu a použitých léčebných metodách.

Rehabilitace

Vestibulární rehabilitace hraje nezanedbatelnou roli v léčbě pacientů s poruchami rovnováhy jakékoliv etiologie. Vestibulární trénink je sestava cviků přizpůsobena druhu postižení rovnovážného ústrojí a možnostem pacienta. Jeho součástí je habituace, což je snaha vytrénovat pacienta, aby si zvyknul na příznaky nevolnosti, které jsou následkem vlastního pohybu, nebo v důsledku podnětu zvnější. Zlepšení zrakové ostrosti je další součástí tréninku, kdy s pacienty trénujeme větší kontrolu nad pohyby očí, tak aby jejich vidění nebylo rozmazané v průběhu pohybu hlavou. V neposlední řadě je tu potom balanční trénink, který se zaměřuje na zlepšení postoje a chůze.

obr. 2.: Ukázka cviků vestibulární rehabilitace.



Dalšími podpůrnými prostředky při jednostranné strátě sluchu jsou naslouchadla a to buď obyčejná, nebo naslouchadla, která převádějí zvuk z postiženého ucha do druhostranného ucha zdravého a v neposlední řadě také naslouchadla implantovaná přímo do kosti.

Převzato z :
<http://vestibular.org/understanding-vestibular-disorder/treatment/treatment-detail-page>, cit. 7.4.2017

obr. 3.: Postup v léčbě Ménièreovy choroby.



Seznam použité literatury

Odborné publikace

GULYA, Aina J. Gulya and Schuknecht's Anatomy of the Temporal Bone with Surgical Implications. 3. vyd. New York: Informa Healthcare, 2007. 145 s., ISBN 987-0-8493-7597-2.

SCHUKNECHT, Harold F a Aina J GULYA. Anatomy of the temporal bone with surgical implications. Philadelphia: Lea & Febiger, 1986. ISBN 0812110110

Převzato z :<http://www.medtronic.com/us-en/patients/treatments-therapies/meniett-therapy/treatment.html>, cit. 7.4.2017

Sharon, J.D., Trevino, C., Schubert, M.C. et al. Curr Treat Options Neurol (2015) 17: 14. doi:10.1007/s11940-015-0341-x

Internetové zdroje

AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY: Ménière's Disease [online]. ©2015 [cit. 31.10.2015]. Dostupné z: <http://www.entnet.org/content/menieres-disease>

VESTIBULAR DISORDERS ASSOCIATION: Meniere's Disease [online]. [cit. 31.10.2015]. Dostupné z <http://vestibular.org/menieres-disease>

NATIONAL INSTITUTE OF DEAFNESS AND OTHER COMMUNICATION DISORDERS. NIDCD : Meniere's Disease [online]. 13.7.2015 [cit. 31.10.2015]. Dostupné z <https://www.nidcd.nih.gov/health/menieres-disease>

MAYO CLINIC. Meniere's Disease [online]. 26. 11. 2015 [cit. 31.11.2015]. Dostupné z <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menieres-disease/basics/coping-support/con-20028251>

Seznam obrázků, fotografií, tabulek a grafů

Obr.1 Schéma blanitého labyrintu vnitřního ucha

(Anatomy of the Temporal Bone with Surgical Implications, Gulya and Schuknecht's, 2007, cit. 7.4. 2017)

Obr.2 Ukázka cviků vestibulární rehabilitace

(<http://vestibular.org/understanding-vestibular-disorder/treatment/treatment-detail-page>, cit. 7.4. 2017)

Obr.3 Postup v léčbě Ménièreovy choroby

(<http://www.medtronic.com/us-en/patients/treatments-therapies/meniett-therapy/treatment.html>, cit. 7.4.2017)