

VERTİGO

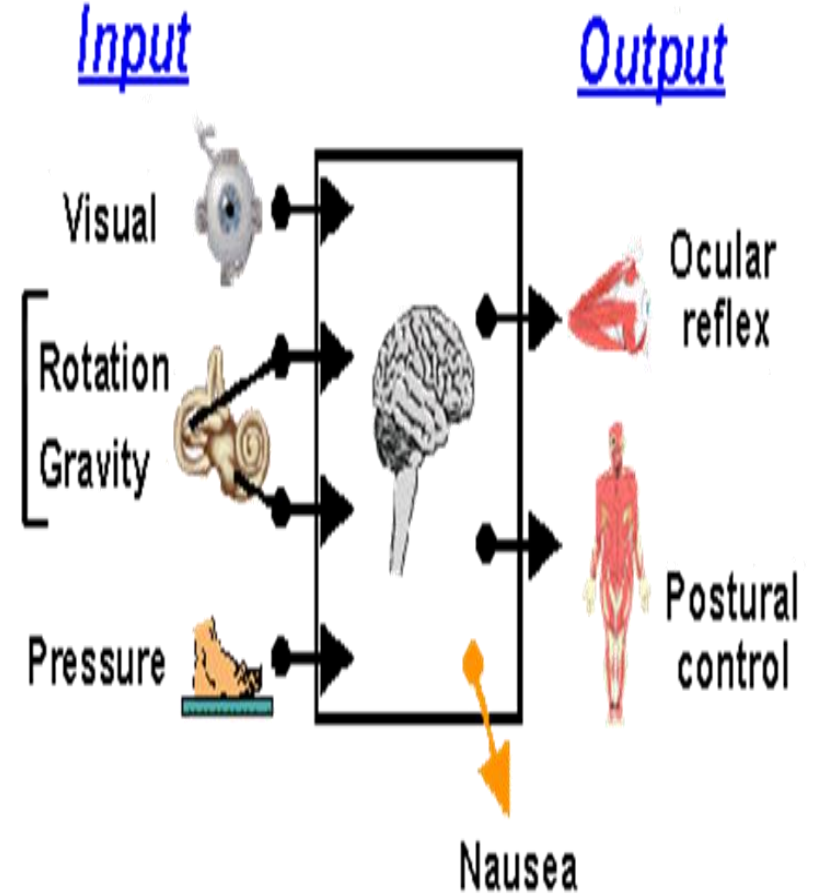
Uz. Dr. Ali DUMAN

ISPARTA DEVLET HASTANESİ

- Vertigo, hastanın kendi bedeni veya çevrenin kendi etrafında gerçekten dönmekte olduğunu algılamasıdır.
- Hastanın yaşam kalitesini bozan, hastaları günlük yaşamlarında çok zor durumlara sokan belirtidir.
- Günümüzde, baş ağrısından sonra nöroloji polikliniklerine başvurma nedenleri arasında ikinci sıklıkta yer almaktadır.

- Vertigo çok çeşitli nedenlerle ortaya çıkarlar. Tanı genellikle kolay konurken, bazen işin içinden çıkılamayabilir. Multidisipliner inceleme gerekebilir.
- Yaşlı popülasyonda artmaktadır. Dengesizlik sorunlarının arttığı bu grupta tedavi şansı çok yüz güldürücü değildir.

- Denge üç sistemin kordineli çalışması ile sağlanır.
- Gözler, derin duyu, vestibuler sistem (periferik ve santral sistem)



ETİYOLOJİ

VESTİBÜLER/OTOLOJİK

- Benign paroksizmal pozisyonel vertigo
- Travmatik; kafa yaralanmasını takiben
- Enfeksiyon; labirentit, vestibüler nörit

SENDROM

- Meniere sendrom
- Neoplastik
- Vasküler
- Otoskleroz
- Paget hastalığı
- Toksik veya ilaç kaynaklı: aminoglikozid

ETİYOLOJİ

NÖROLOJİK

- Vertebrobaziller yetmezlik
- Lateral wallenberg sendromu
- Anterior inferior serebellar arter sendromu
- Neoplastik: serebellopontine köşe tümörü
- Multipl skleroz
- Epilepsi
- Migren
- Serebrovasküler hastalık

GENEL

- Hematolojik: anemi, polistemi, hiperviskozite sendromu
- Toksik: alkol
- Kronik böbrek yetmezliği
- Metabolik: tiroid hastalığı, hipoglisemi

TANI

- Hastayı değerlendirmede ana hedeflerden biri etiyolojide periferik ve santral sebepleri ayırt etmektir

PERİFERİK

- Ani başlangıç
- Yoğun dönme
- Paroksismal, aralıklı
- Pozisyon ve hareketle artış
- Bulantı-terleme sıklıkla
- Nistagmus; rotatuvar, vertikal, horizontal
- İşitme kaybı ve çınlama olabilir

SANTRAL

- Ani veya yavaş
- Daha az yoğun
- Sürekli
- Değişken
- Değişken
- Vertikal
- Hayır

TANI

- Anemnez
- Tansiyon ve nabız
- Fizik muayene ve karyolojik muayene
- Detaylı nörolojik muayene (kranial sinir muayenesi, sensoryel fonksiyon testleri, vizyon, yürüyüş, serebellar testler)
- Prokovatif manevralar
- Görüntüleme (BT ve MR)

Vertigo Süre İlişkileri

- Sürekli vertigo → Nöronal lezyon, ototoksisite
- Birkaç gün/hafta → Vestibüler nörit
- 1-24 saatlik atak → Meniere hastalığı
- 10-30 sn. lik atak → BPPV
- 1-2 sn. lik atak → Santral patoloji
- Fluktuan vertigo → Santral patoloji
- Progresif vertigo → Santral patoloji, intrakraniyal tümör
- Günler-haftalar içinde düzelme → Periferik patoloji

Vertigoya Eşlik Eden Belirtiler

- Tinnitus → Akustik Nörinom, Meniere
- Kulakta Dolgunluk → Meniere, servikal vertigo, Tuba Eustachi disfonksiyonu,
- Anksiete → Psikojenik
- Bilinç kaybı → Epileptik
- Otalji → Otitik patoloji, Menenjit
- Baş Ağrısı → Santral, Servikal
- Diplopi → Santral
- Yüzde his kusuru → Akustik Nörinom

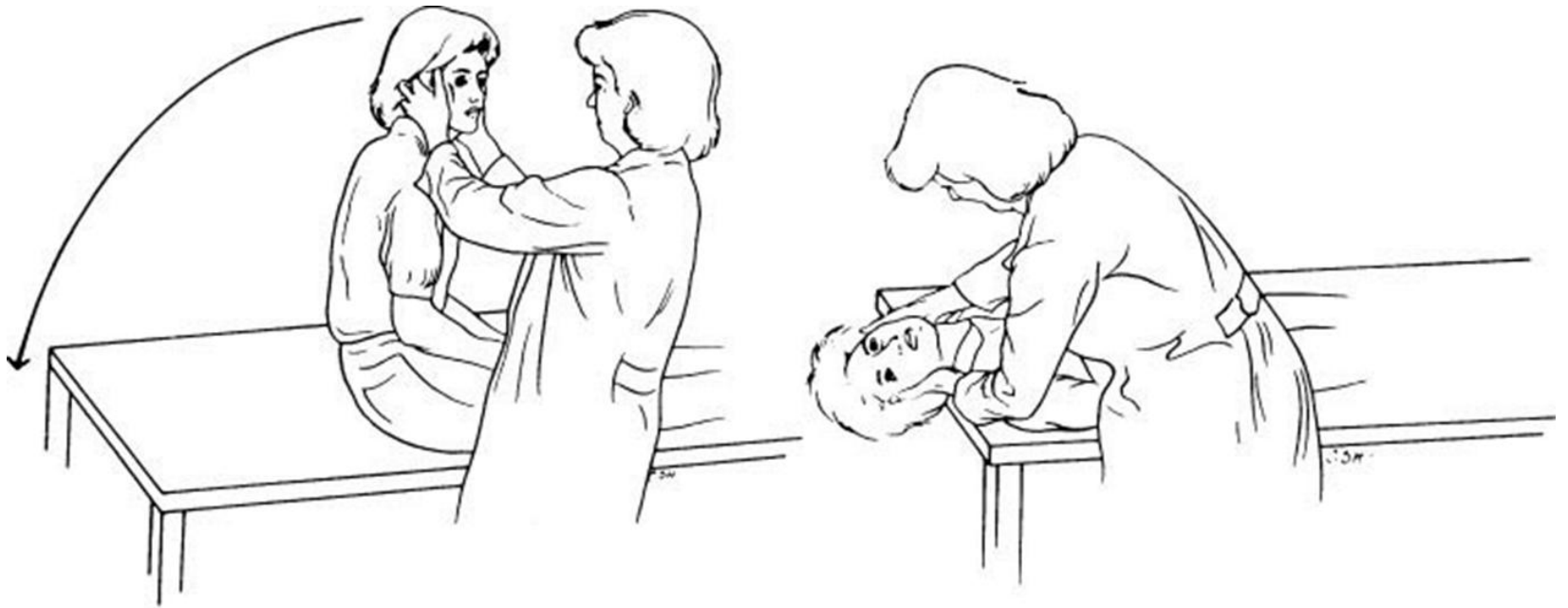
Vertigoya Eşlik Eden Belirtiler

- Baş pozisyonunun değişimi → BPPV
- Unilateral işitme kaybı, tinnitus → Akustik nöroma, labirent lezyonu
- Yürüyüş bozukluğu → Motor nöron hastalığı
- Terleme, bulantı, kusma → Periferik / santral lezyon
- Depresyon, hiperventilasyon → Psikiyatrik, psikoorganik
- Kulak akıntısı → Kr. Otitis Media, labirentit
- Bilinç kaybı → Epilepsi
- Aura → Migren
- Baş boyun ağrısı → Servikal patoloji
- Travma → Labirent fistülü, temporal kırık

Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo

- Utriküler ve sakküler otokoniden kaynaklanan kalsiyum karbonat kristallerinin posterior semisirküler kanal kupulasını tutması sonucu ortaya çıkar.
- Sadece spesifik baş pozisyonu ile ortaya çıkan, sıklıkla şiddetli ve kısa süreli.
- Ataklar halinde ortaya çıkar, nistagmus eşlik eder.
- Vestibüler ve İşitsel işlev bozukluğu yoktur.
- Tanı için anahtar, Dix-Hallpike manevrasıdır.
- Dix-Hallpike testinin amacı posteriyor semisirküler kanaldaki otokoninin hareket ederek vertigo ve nistagmus ortaya çıkarmasıdır.
- Tedavi Epley manevrası ve semptomatik tedavidir.

Dix-Hallpike Manevrası



Sol Kulak için Elpey Manevrası.

A: Hasta oturur pozisyonda etkilenmiş kulağa (sola) doğru 45° çevrilir,

B: Baş bu pozisyonda iken hasta sırt üstü yatırılır,

C: Baş etkilenmemiş tarafa doğru 90° döndürülür,

D: Bu pozisyonda iken gövde etkilenmemiş tarafa doğru 90° döndürülür,

E: Hasta oturur pozisyona getirilir.



Menier Hastalığı

- Mekanizması epizodik endolenfatik hipertansiyon ve distansiyon düşük frekanslı işitme kaybı, tinnitus ve etkilenen kulakta dolgunluk veya blokaj hissi yaratır.
- Vertigo atakları bir iki saat sürer.
- Ancak tinnitus ve işitme kaybı günlerce devam edebilir. Ataklar günler, aylar hatta yıllar sonra tekrarlayabilir.
- Tedavi semptomatik tedavidir.
- Sigara, stres ve tuz kısıtlanmalı.

Perilenfatik Fistül

- İç Kulak ile orta kulak boşlukları arasında patolojik bir açıklık vardır.
- Genellikle konjenitaldir.
- Uçma, dalma, ağır kaldırma ve öksürme gibi barotravmaya bağlı oluşabilir.
- Ani işitme kaybı, tinnitus, dengesizlik, vertigo, nistagmus ile karakterizedir.

Vestibüler Nörit

- İnternal akustik kanaldaki vestibüler gangliyonun viral ajan ile olan enfeksiyonudur.
- Ani başlayan vertigo, bulantı ve kusma vardır.
- İşitme kaybı, tinnitus, kulaklarda dolgunluk yoktur.
- Spontan nistagmus tespit edilir. (pozisyonel)
- Tedavi: yatak istirahati, antiemetik, antiverjitöniz verilir.

Vertebro-Basiller Yetersizlik

- Özellikle yaşlılarda görülür.
- Genellikle subklavian, vertebral veya basiler arterin aterosklerozu sonucu ortaya çıkar.
- Vertigonun başlangıcı değişken ve kısa sürelidir.
- Bulantı ve kusma vardır.
- Vizüel illüzyon ve halüsinasyonlar, düşme atakları, görme alanı defektleri, diplopi ve baş ağrısı eşlik eder.
- Tanı anjiyografi ile konur.
- Tedavi antikoagulan tedavidir.

Serebellar Hemoraji ve İnfarkt

- Hemorajide akut vertigo ve ataksi gelişir.
- Baş ağrısı, bulantı ve kusma olabilir yada olmayabilir.
- İnfarktda ilk bulgular şiddetli vertigo, kusma ve ataksidir.
- Tanı BT ve MR ile konur.

MSS Tümöleri

- MSS tümörleri bası veya destrüksiyon sonucu vestibüler bulgulara yol açabilir.
- Bu bulgular tümörün yerleşimine, boyutuna ve yayılımına bağlıdır.
- Menenjiyom, akustik nörinom ve akustik Schwannom gibi 8. kranial sinir ve serebellopontin köşe tümörleri vertigo ve işitme kaybıyla kendini gösterir.

Multipl Skleroz

- Etiyolojisi bilinmeyen genellikle 3 ve 4. dekatta başlayan demiyelinizasyona yol açan bir hastalıktır.
- Klinik bulgular arasında görme kaybı, diplopi, ataksi, tremor sayılabilir.
- Vakaların %5'inde vertigo ilk semptomdur.
- İşitme kaybı hastalığın seyrinde görülebilir.
- Tanı BOS bulguları ve MR ile konur.
- Kesin bir tedavisi yoktur.

TEDAVİ

- **ANTİKOLİNERJİK:**
- Skopolamin (0.5 mg transdermal bant günde 3-4 defa)(vertigo, bulantı)

TEDAVİ

- **ANTİHİSTAMİNİK:**
- Dimenhidrate (50-100 mg IM, IV veya PO her 4 saatde bir) (vertigo, bulantı)
- Diphenhydramine (25-50 mg IM, IV veya PO her 4 saatde bir) (vertigo, bulantı)
- Meklizine (25 mg PO günde 2-4 defa) (vertigo, bulantı)

TEDAVİ

- **ANTIEMETİK:**
- Hidroksizin (25 mg PO günde 2-4 defa) (vertigo, bulantı)
- Metoklopramide (10-20 mg IV, PO günde 3 defa) (vertigo, bulantı)
- Promethazin (25 mg IM, PO günde 3-4 defa) (vertigo, bulantı)

TEDAVİ

- **BENZODİYAZEPİNLER:**
- Diazepam (2-5 mg PO, günde 2-4 defa) (vertigo, bulantı)
- Klonazepam (0.5 mg PO günde 2 defa) (vertigo, bulantı)

TEDAVİ

- **KALSİYUM ANTAGONİSTİ:**
- Sinnerazin (25 mg PO günde 2-3 defa) (Periferik vertigo, migren)
- Nimodipin (30 mg PO günde 2 defa) (Periferik vertigo)
- Flunarizin (20 mg PO günde 2 defa) (Meniere, vertigo)

TEDAVİ

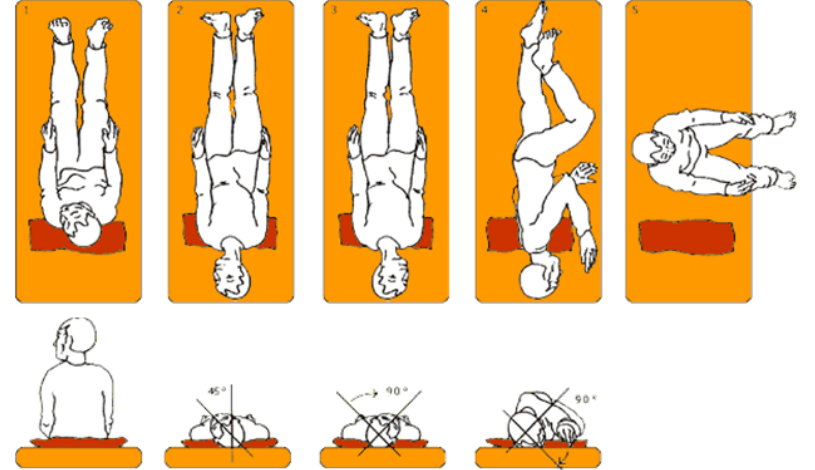
- **VAZODİLATATÖR:**
- Betahistine (8-16 mg PO günde 2 defa) (Periferik vertigo)

Olgu 1

- 42 yaşında, erkek hasta
- 3 aydır sabahları yataktan kalkarken, sağdan sola dönerken, ayakkabılarını giyerken eğildiğinde aniden başlayan, çok şiddetli 20-30 sn kadar süren baş dönmesi ataklarından yakınıyor. İşitme sorunu yok, vertigo krizleri arasında hiçbir sıkıntısı yok. Kullandığı antivertijinöz ilaçlardan yarar görmemiş.
- Pozisyonel baş dönmelerine dikkat!...

Olgu 1 BPPV

- Rutin KBB ve nöroloji muayenesinde özellik yok.
- Odyogram normal.
- Dix – Hallpike manevrasında sol post. semisirküler kanala ait kanalityazis saptandı.
- Tedavi olarak 2 seans Epley manevrası uygulanır.

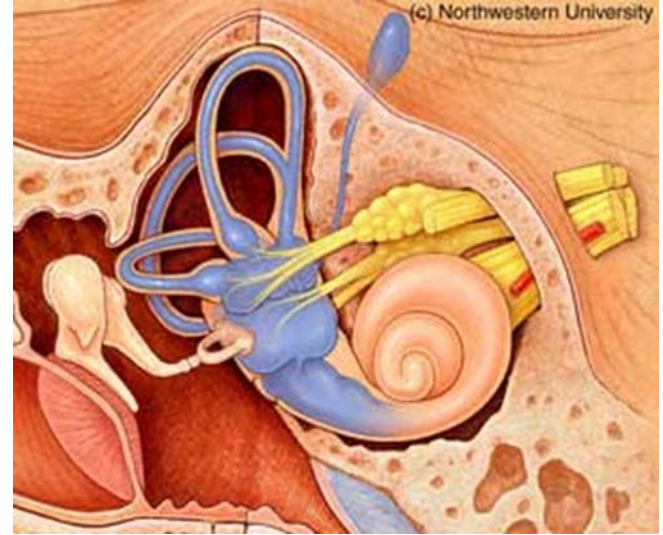


Olgu 2

- 46 yaşında, kadın hasta
- 5 yıldır 3-4 ayda bir yoklayan, bazen ayda 2 kez olan 2-3 saat süren baş dönmesi krizleri... Atak sırasında şiddetli bulantı ve kusma oluyor. Sağ kulakta uğultu ve giderek artan işitme kaybı da var. Ataklardan sonra 4-5 gün devam eden sersemlik hissi.
- Vertigo atakları hastayı sosyal çevresinden koparacak düzeye gelmiş. Araba kullanamıyor ve iş gücü kaybına yol açıyor. Yalnız başına sokağa çıkamıyor!
- Sistemik ve/veya kronik başka bir hastalığı yok. Alerjik yapısı varmış!

Olgu 2 Meniere Hastalığı

- Tuz kısıtlaması
- Diyet düzenlenmesi
- Farmakoterapi
- İntratimpanik tedaviler



Olgu 3

- 23 yaşında, kadın hasta
- Bir hafta önce bir üst solunum yolları enfeksiyonunu takiben ortaya çıkan yavaş yavaş şiddeti azalan çok ağır baş dönmesi, bulantı, kusma tablosu. Baş hareketlerine karşı oldukça duyarlı. İşitme ile ilgili bir sorun yok.
- Bir haftadır süren şiddetli bir baş dönmesi atağı... Süre patterni!..

Olgu 3 Vestibüler Nörit

- Her türlü akut vertigo atağında olduğu gibi semptomatik tedavi uygulanır.
- Sıvı kaybı varsa replasman tedavisi eklenir.
- Kısa süreli yatak istirahati, ardından vestibüler egzersizler...

Olgu 4

- 33 yaşında, erkek hasta
- 4 yıldır sol kulakta çınlama, 2 yıldır aynı tarafta giderek artan işitme kaybı, bazen çok şiddetli olmayan dengesizlik hissi...
- Otonörolojik muayenede özellik yok.
- Odyogram da solda yüksek frekanslarda daha da artan 65 dB sensorinöral işitme kaybı, kelimeyi ayırt etme skoru WDS % 44.
- **Asimetrik işitme kaybı!.. Dikkat!**

Olgu 4 Akustik Nöroma

- MRG' de sol serebellopontin köşede 2.5 cm ye yakın Akustik nöroma...
- Tedavi cerrahi...



Kaynaklar

- Tintinalli's Emergency Medicine 7th ed. Bölüm 164: Vertigo and Dizziness.
- Tüm Yönleriyle Acil Tıp. 2010.
- Güncel ACİL Tanı&Tedavi. Lange. 2006.

TEŞEKKÜRLER