

Vertigonun Yatak Başı Tanısı: Öykü ve Fizik Muayenenin Değeri

Kartal M

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp
Anabilim Dalı

Dr. Mutlu KARTAL
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı
ANTALYA
enmkartal@yahoo.com

Acil servise baş dönmesi yakınmasıyla başvuran hastalar benim için en zor hasta gruplarından birini oluşturur. Başı dönen hastanın yakınmasını tam olarak anlayabilmek, muayenesinin zorluğu ve bu hasta grubunun sistemik başka hastalıklarının olabilmesi değerlendirmeyi zorlaştırır. Akademik Emergency Medicine Aralık 2003 sayısında yayımlanan bir makale bu hastaların acil serviste değerlendirilmesinde yardımcı olabilecek öykü, fizik muayene ve tanısal yöntemlerin kullanımı ile ilgili geniş bir değerlendirmeyi bize sunmuş.

Sersemlik hissinin (dizziness) bir alt grubu olarak vertigo, acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Drachman, sersemlik hissinin bayıla yazma, dengesizlik, başta hafiflik duygusu (lightheadedness) ve vertigo olarak dört sınıfa ayırmıştır. Sersemlik duygusu; görüntü, vestibüler sistem, propriyoseptif dokunma ve basınç reseptörlerinden gelen uyarıların algısında ve koordinasyonunda bozukluk sonucu oluşur. Vertigo vücudun boşluğa görsel uyumunun vestibüler komponentinde bozuklukla ortaya çıkar. Virajlı yollarda ya da teknelerde oluşan fizyolojik vestibüler yetmezlik vertigoya yol açar. Vertigo, sersemlik hissinin diğer sebeplerinden hareket duygusu ile ayrılır. Vertigo sıklıkla hareketle uyarıldığı için yanlış olarak ortostaz şeklinde yorumlanmasına rağmen farklı olarak vertigoda görüntünün kararması deneyimi yaşanmaz. Vertigoda bilinç kaybı seyrek olarak meydana gelir.

Asimetri vertigo patofizyolojisinin ana dayanağıdır ve vestibüler sinirin, labirintin ya da semisirküler kanalın tek taraflı hasarına bağlıdır. Vestibüler çekirdek, pontin serebellar pedinkül ya da beyincik hasarı da dışarıdan gelen uyarıların beyin ile uyumunu bozarak vertigoya yol açar. Seyrek olarak talamik ya da kortikal infarktlar vertigoyla beraber olabilir. En sık tanımlanan vertigo sebepleri benign pozisyonel vertigo (BPV), basiler arter migreni, Menier hastalığı, vestibüler nörit ve çeşitli serebrovasküler sendromlardır. Vertigo semptomlarının azalması asimetrik uyarının kaybolmasına (örneğin teknenin durmasına) ya da geçici iskemik atakta (GIA) kan akımının düzelmesine bağlıdır. Sersemlik hissi olan hastalar en sık periferik vertigo ya da vestibülopati tanısı almaktadırlar.

VERTİGONUN SANTRAL VE PERİFERİK SEBEPLERİ

BBT'nin posterior fossayı değerlendirmede yetersiz kalması nedeniyle acil serviste vertigonun periferik ve santral sebeplerini ayırabilmek fizik muayene ve öyküye dayandırılır. Yatak başı muayenesi nistagmusun karakterine, ataksinin varlığına ve şiddetine, lateralizan serebellar bulguların varlığına ve oftalmopleji, disartri ya da Horner sendromu gibi beyin sapı bulgularına odaklanmalıdır.

Baş çevirme testi (Head Thrustle Test-HTT) 1988'de dirençli vertigosu olan ve vestibüler sinir hasarı tespit edilen 12 hastayla yapılan çalışmada tanımlanmıştır. 12 hastanın tümünde fark edilebilir derecede anormal test sonuçları bulunmuştur. Baş çevirme testinde hasta oturur pozisyondayken bakışlarını doktorun burnuna sabitler. Hastanın boynu orta hatta göre 10-20 derece çevrilir. Normal yanıt baş çevrilirken gözlerin sabit halde muayene edene bakmaya devam etmesidir. Tek taraflı vestibüler hasar durumunda baş hasarlı tarafa çevrildiğinde gözlerde anlamlı salınım olur. Bu salınımlar beyin sapı vasküler patolojilerinde de görülebilmese rağmen beyin sapı hasarının diğer patolojik bulguların mutlaka bulunur. HTT testi tek taraflı vestibüler bozukluk olanlarda çalışılmış ve duyarlılığı yüksek bulunmuştur. Santral vertigolu hastalarda seçiciliği ölçülmemiştir. Bu testin acil servislerde kullanılabilirliğine ilişkin yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Vertigolu hastanın muayenesi beş alana dayandırılmalıdır. 1) Tromboembolik ya da vasküler risk faktörleri 2) Beraber olan diğer nörolojik semptomlar 3) Semptomların süresi 4) Benzer atakların varlığı 5) Presipitan faktörler. İleri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, kardiyomiyopati vertigonun santral kaynaklı olabileceğine ilişkin şüpheleri artırır. Beyincığın dolaşımı zengin olmakla beraber aynı damarların beyin sapına da dallar verdiği, beyincikte infarkta yol açmayan bir tıkanıklığın beyin sapında infarkta yol açabileceği unutulmamalıdır. Migren baş ağrısına vertigo sıklıkla eşlik eder. 82 hastalık bir çalışmada 44 (%54) migren hastasında baş ağrısına vertigo eşlik etmiştir.

KOMŞU ALAN BELİRTİ VE BULGULARI

İşin en önemli noktalarından birisi burası. Acil serviste gözden kaçırılacak, kimi zaman da gereken önem verilmeyen belirti ve bulgulardan söz etmiş. Beyin sapının yoğun yapısı bir çok nörolojik fonksiyonu yürütmesini sağlar. Eğer beyin sapında inme meydana gelirse infarkt alanının yakınındaki fonksiyonel alanlar etkilenebilir. Örneğin lateral meduller infarkt vestibüler çekirdek hasarı sonucu vertigoya yol açabilirken aynı zamanda Horner sendromu, fasiyal uyuşukluk, dismetri, diplopi, disfaji gibi durumlar da eşlik edebilir. Özellikle yoğun bulantı ve kusması olan hastalarda komşu alan etkileri gözden kaçabilir.

Vertebrobasiler arter (VBA) yetmezliğine bağlı GIA ile birlikte olan vertigo sıklıkla diplopi, skotomlar, geçici körlük, düşme

atakları ve disartri ile birliktedir. Biraz gürültülü bir tablo ama pek sık görmüyoruz galiba!!! MRG (Magnetik Rezonans Görüntüleme) ve MRA (Magnetik Rezonans anjiyo) öncesi posterior dolaşım bozukluğu tanısı için uzun süreli hasta takipleri ve otopsi raporlarına ihtiyaç varken artık tanı koymak daha kolaylaşmıştır.

NİSTAGMUS

Periferik lezyondaki nistagmus sabit bakışta yorulur ve azalır. Benign pozisyonel vertigoda (BPV) yaklaşık 10 saniyelik sessiz periyodun ardından nistagmus başlar ve 60 saniyeden kısa sürede sonlanır. Periferik vertigoda nistagmus tipik olarak horizontal ya da rotatuardır. Periferik nistagmus sıklıkla bir yöne doğru olur, gözler diğer yöne çevrildiğinde kaybolur. Uzamış periferik vertigoyla beraber olan nistagmus 48 saat içinde azalarak kaybolur. Baş çevirme testi pozitif olabilir.

Santral nistagmus gözler sabitlendikten sonra yorulmaz, devam eder. Uzamış vertigoyla beraberse 48 saatten uzun süre devam eder. Sessiz periyod yoktur. Gözler diğer yöne çevrildiğinde de devam eder. Sıklıkla saf horizontal, saf rotatuar ya da saf vertikaldir. Vertikal nistagmus santral lezyona işaret eder. Baş çevirme testi negatiftir.

POSTERİOR DOLAŞIM İNME HASTALARDA İZOLE VERTİGO

Inme hastalarında komşu alan etkileri şiddetli vertigo nedeniyle gizlenebilir. VBA yetmezliği bulunan hastaların %90'ında çoklu belirtiler gelişmeden 1,5 yıl ve 2 gün öncesine kadar en az bir vertigo atağı olduğu bildirilmiştir.

VBA posterior dolaşımın yanında iç kulak ve vestibüler siniri de besler. Ancak izole vestibüler sinir iskemisi beklenen bir durum değildir, çünkü aynı arter dalı beyin sapını da beslediği için beyin sapı iskemisi bulguları da ortaya çıkar.

Anterior vestibüler arterin GIA durumunda tinnitus, duyma kaybıyla beraber vertigo olabilir. Anterior inferior serebellar arter trombozu infarktüstün aylar önce izole vertigoya yol açarken, tam tıkanıklık durumunda, beyin sapı dolaşım bozukluğuna ikincil fasiyal uyuşukluk, vertigo, duyma kaybı gelişebilir. Özellikle emboli olasılığı yüksek olan kardiyovasküler hastalık durumunda risk yüksektir.

ZAMANLAMA VE SÜRE

Tekrarlayan ve dakikalar içinde sonlanan vertigo GIA'yı destekler. Risk faktörleri dikkatle sorgulanmalıdır. Birkaç saat içinde sonlanan, daha sonra tekrarlayan vertigo Menier hastalığını düşündürür.

1 dakikadan kısa süren, baş hareketleriyle ya da vücudun dönmesiyle oluşan vertigo BPV'yi destekler. Baş pozisyonuyla değişen vertigo; seyrek olmakla birlikte, beyin tümörlerinde de görülebilir.

Bir günden uzun süren vertigo aynı anda hem santral ham de periferik olabilir. Periferik nedenler labirintit ve vestibüler nörittir. Komşu alan etkilerinin bulunması vestibüler nörit ve labirintitle uyumsuzdur. Akut inme ile olan vertigo hızlı başlarken inflamatuvar süreçte vertigo yavaş gelişir. Ataksi her iki grupta da olabilmesine rağmen santral sebep varsa daha şiddetli olur. Periferik vertigolu hasta yardım olmadan ayakta durabilirken santral vertigolu hasta desteksiz ayakta duramaz.

SPEŞİFİK PERİFERAL SENDROMLAR VE VERTİGO

Vestibüler nörit ve labirintit 8. kraniyal sinir ve labirintin inflamasyonudur. %50 hastada viral enfeksiyon öyküsü vardır. Vertigo yavaş ilerler, haftalarca kalabilir, ancak nistagmus 48 saat içinde kaybolur. Kalıcı sinir hasarı gelişebilir, bu hastalarda santral sinir sistemi kompanzasyonunun gelişmesiyle yakınmalar geriler. Menier endolenfin aşırı yapımıyla karakterizedir ve saatler içinde sonlanan vertigo görülür. Hastalarda tinnitus ve yıllar içinde gelişen duyma kaybı vardır.

BPV semisirküler kanalların dejenerasyonla ya da debrisle tıkanmasıyla oluşan provake vertigo sebebidir. Debris kanalda tıkanıklığa ve uyarılarda gecikmeye yol açar. Bu teori kesin kanıtlanmamakla beraber geniş kabul görmektedir. Tedaviye yanıt teorisinin en güçlü kanıtıdır. Hallpike manevrası debrisin hareketini sağlar ve tanıda yardımcıdır. Bu manevrayla etkilenen tarafa rotatuar nistagmus olması ya da vertigonun uyarılması beklenir. Bu girişimin doğru uygulanması deneyim gerektirir. Ancak acil servis hastalarının %77'si başka tedavi uygulanmaksızın bu manevrayla iyileşebilir. Hallpike manevrasının değişik biçimleri hastalığın tedavisinde de kullanılmaktadır.

BPV'yle ilgili vertigoda sessiz periyod vardır. Uyarıcı hareketlerden 10 saniye kadar sonra başlar ve 60 saniyeden kısa sürede sonlanır. Nistagmus sıklıkla bir tarafa bakışta ve rotatuar ya da torsiyoneldir. Nadiren iki yöne nistagmus olabilir de pozisyonla uyarılma, sessiz periyod, hızlı rezolüsyon olması ve eşlik eden lateralizan bulguların olmamasıyla periferik kaynaklı hastalar santral kaynaklı vertigo hastalarından ayrılır.

Akustik nöroma serebellopontin köşeden kaynaklanan ve yavaş büyüyen bir tümördür. Erken evrelerde vertigo ve tinnitus görülebilirken, tümör büyüdükçe dengesizlik duygusu ve 5-6-7. kraniyal sinir tutulum bulguları ortaya çıkar. Erken tanının önemine rağmen risk faktörü olmayan, yeni başlayan vertigosu olan ve muayene bulguları periferik sebebi gösteren hastalar için acil serviste görüntüleme yöntemi uygulanmasına gerek yoktur.

GÖRÜNTÜLEME

BBT beyin sapının küçük infarktlarını görüntülemek için iyi bir yöntem değildir. Kanama açısından bilgi verebilir. MRG infarkt, kanama ve tümör için duyarlıdır. MRA ise posterior fossadaki büyük damarları görüntülemek için kullanılabilir.

Uzamış spontan vertigosu ve nörolojik semptomu olan hastalardan 1) Ani başlayan semptomu ve kardiyovasküler hastalığı olanlar, 2) İzole uzamış vertigosu ve iki yöne nistagmusu olanlar 3) Ayağa kalkamayanlar için görüntüleme yöntemi istenmelidir.

TARTIŞMA

BBT posterior fossa iskemik olaylarında yeterince duyarlı değildir. Bu nedenle acil serviste periferik ve santral vertigo ayrımını yapmak öykü ve fizik muayeneye dayanır. GİA'da vertigo dakikalar sürerken BPV'de saniyeler, Menier'de saatler sürer. Santral vertigo sıklıkla kendiliğinden başlarken periferik vertigo baş hareketleriyle başlar. Tinnitus ve duyma kaybı labirent ya da vestibüler hasarı düşündürür. Labirintit, vestibüler nörit ve SVO uzamış vertigo nedenleridir. SVO'da vertigo ani başlangıçlıyken vestibüler patolojilerde zamanla artar.

Periferik nistagmus 48 saatte gerilerken santral nistagmus 48 saatten uzun sürelidir. Periferik vertigoda nistagmus sessiz periyodun ardından başlar ve 60 saniye içinde kaybolur. Vertikal nistagmus santral patolojiyi gösterir. Beyin sapı iskemisinde komşu alan belirti ve bulguları olur. Baş çevirme testi (HTT) periferik lezyonları ayırmak için kullanılabilir. Ancak acil servis koşullarında çalışılarak test edilmelidir.

Vertigolu hastaların acil servisteki en zor hasta gruplarından biri olduğunu düşünüyorum. Bu makale vertigolu hastaların değerlendirilmesinde kullanılacak ip uçlarını içeriyor. Bu ip uçlarını ve muayene yöntemlerini kullanarak acil servisteki vertigo hastasının ayırıcı tanısını daha güvenle yapabiliriz.