

BÖLÜM

45

Özgür Deniz SADIOĞLU¹

VERTİGO

GİRİŞ VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Vertigo hareket olmaksızın olan rotasyon ya da dönme şeklinde hareket algısıdır¹. Bazı kaynaklar bunu hareket illüzyonu şeklinde de tanımlar. Baş dönmesi yaygındır ama subjektif bir semptomdur². Vertigo “verteré” sözcüğünden türetilmiştir Bir eksen çevresinde dönmek anlamına gelir. Hastaların tanımlaması ise gözlerini kapadığında kendisinin döndüğünü ya da gerçekte var olmadığını bildiği halde etraftaki cisimlerin çevresinde dönmesi şeklindedir³. Baş dönmesi nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl yaklaşık 4.4 milyon acil servis başvurusu gerçekleşmektedir ve acil serviste başlıca semptomların % 4’ünü oluşturmaktadır. Vertigo genel popülasyonun yaklaşık % 20-30’unda görülür⁴.

Hastalar şikâyet için çeşitli terimler kullanabilir: Bunlar baş dönmesi vertigo, senkop, presenkop, halsizlik, sersemlik, kaygı veya zihinsel aktivitesinde bozukluk gibi şikâyetlerdir¹. Vertigo etiyolojisi çoğunlukla sadece uygun hikâye ve fiziki muayene ile anlaşılabilir. Vertigo ile başvuran hastaya acil yaklaşımda eğer ki altta yatan ciddi komorbid hastalığı olanlarda zaman kaybedilmemesi gerekli olup tedavinin hemen başlanması ve gereksiz tetiklerin istenmemesi amacı ile iyi bilinmesi gerekmektedir⁵. Baş dönmesine neden olan sebeplerin hikâyede sorgunlanmasında, zamanlaması (baş dönmesi, süresi ve evrimi) ve tetik-

leyicisi (eylemler, hareketler veya durumlar) ile ilgili sorularak, baş dönmesinin periferik veya santral olmasını değerlendirilip fizik muayenesi ile de yönelim yapılabilir².

Vertigonun sık sebepleri arasında periferik vestibüler bozukluklar yer alır. Periferik vestibüler bozukluk içinde yer alan Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) en sık nedendir. Yıllık prevalansı genel nüfusun %2’sini oluşturur⁶. Meniere hastalığı ve vestibüler nörit vestibüler hastalıklarda daha az sıklıkla görülse de, meniere hastalığı 3.5-513/100000, vestibüler nöritin ise 3.5/100000 prevalansı vardır⁷.

PATOFİZYOLOJİ

Proprioseptif, görsel ve vestibüler sistemlerden gelen duyuların koordinasyon ve bütünleşmesini Santral Sinir Sistemi (SSS) yaparak baş ve vücudun uzaydaki konumunu oluşturmada görev yapar. Vücudun uzaydaki konumu hakkında santral sinir sistemine durmaksızın kaslar, eklemler, gözler ve vestibüler labirentlerden bilgi aktarımı mevcuttur. Eğer ki bu aktarım yollarından iki ya da üçünde oluşan bir algı ve fonksiyon bozukluğu varsa vertigo gelişebilir⁵.

Vücutta görsel algı ile SSS’ine vücuda boyutsal bir yönelme sağlamak ve vücudun uzaydaki pozisyonu hakkında bilgi aktarımı yapmaktadır. Başın vücuda göre pozisyonu tendon ve eklemlerdeki propriyosepsiyonlar

¹ Uzm.Dr.Özgür Deniz SADIOĞLU, S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, sadiogluozgur@hotmail.com

sebebiyet verebilir hatta bunu agreve edebilir. Antikolinerjik yan etkilerinden olan uyku hali ve distoni görülme olasılığı vardır. Antihi-taminik, nöroleptik ve antikolinerjik birlikte kullanılmamalıdır çünkü etkileri üst üste binebilir^{5,8}.

TABURCULUK

Periferik vertigo saptanan hastaların acil serviste semptomatik tedavi ile bulgularının gerilemesi durumunda hastaneden taburcu olabilirler. Fakat hasta eğer ilk atak ise ileri tetkiklerinin yapılması amaçlı kulak burun boğaz veya aile hekimine yönlendirilmesi uygun olacaktır. Vertigonun sebebi eğer ki santral nedenlere bağlıyorsa acil serviste tanısal test ve görüntüleme yöntemlerine yönelmek uygun olup sonrasında nöroşiruriji veya nöroloji hekimlerince değerlendirme istenmelidir. Tanı ve tedavi amaçlı uygulanan manevralar sonrası hastalar kulak burun boğaz hekimlerince kontrol muayneleri yapılmalıdır. Vertigonun daha az görülen santral nedenlerinden olan migren ve multipl skleroz hastaları konsültasyonu istemi ayaktan yapılabilir. Bayılayazma tarifleyen hastalar ise ekokardiyografi, holter monitörizasyonu ve tilt testi için, yaşlı hastalar ise kalp kapak hastalığı ve koroner arter hastalığı için kardiyoloji hekimince değerlendirilmelidir. Şikâyetleri vestibüler fonksiyon bozukluğuna bağlanmayan ve psikiyatrik temele dayalı olduğu düşünülen hastalar ise ayaktan psikiyatri hekimlerince değerlendirilebilir^{1,6,8}.

KAYNAKLAR

1. Goldman B.(2015) Vertigo, E.Tintinalli (Ed.), Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8th Edition, syf 1164-1173: New York, McGraw-Hill Education
2. Muncie L.H, Sirmans M.S, James E.(2017), Dizziness: Approach to Evaluation and Management, American Academy of Family Physicians:95(3):154-162.
3. Yetişer S, Satar B. Elektronistagmografi. Ardıc FN(2005). Vertigo.syf:65-89 İzmir Güven Kitapevi. İzmir
4. Tehrani S.S.A, Kattah C.J , Kerber A.K.,(2018), Diagnosing Stroke in Acute Dizziness and Verti-

- go Pitfalls and Pearls, American Heart Association, Inc., 2018;49:788-795. Doi: 10.1161/StrokeAHA.117.016979
5. Koçer M, Avcı A,Karakısa H (2017). Acil Serviste Vertigoya Yaklaşım. Archives Medical Review Journal 2017;26(1):63-104 doi:10.17827/aktd.280526
6. Neuhauser HK, Radtke A, Von Brevern M, Burden of dizziness and vertigo in the community. Arch Int Med. 2008;168:2118-24.
7. Grill E, Müller M, Brandt T, Vertigo and dizziness: challenges for epidemiological research. Open Access Epidemiology. 2013;1:12-8.
8. Chang AK and Olshaker JS. Dizzines and Vertigo. In Rosen's Emergency Medicine-Concepts and Clinical Practice, 8th ed JA Marx, RM Walls, RS Hockberger RS, syf:162-9.Philadelphia, Elsevier Health Sciences, 2014.
9. Nunez RA, Cass SP, Furman JM. Short and long term outcome of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:647-52 doi:10.1016/S0194-5998(00)70190-2
10. Todd Troost B: Dizziness and vertigo. In: Neurology and Clinical Practice. Wolter G. Bradley. 3. baskı, sayfa 239-261,2000
11. Hornibrook J. (2012),A delicate balance: Managing vertigo in general practice, Best Practice Journal. sayı:46: syf:30-37,2012
12. Lee H, Sohn SI, Cho YW. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo frequency and vascular topographical patterns.American Academy of neurology.67:1178-1183. doi:10.1212/01.wnl.0000238500.02302.b4
13. CengizK. Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo Tedavisinde Kullanılan Semont Ve Epley Manevralarının karşılaştırılması(Tipta Uzmanlık Tezi), T.C Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005
14. Koçak S, (2009), Vertigo, Acilde Nöroloji. Salim Satar, Özlem Güneysel(Ed):syf277-91. Adana, Nobel, .
15. Tram P, Muy BA: Physiopathology of peripheral non-Meniere's vestibular Disorders. Acta otolaryngol (stockh) Suppl 513:5-10,1994
16. Son EJ, Jung HB, Jae-Goo K. Anterior inferior cerebellar artery infarction presenting with sudden hearing loss and vertigo. The Laryngoscope. 2007;117:556-58.
17. Kim AS, Fullerton HJ, Johnston SC. Risk of vascular events in emergency department patients discharged home with diagnosis of dizziness or vertigo. Ann Emerg Med. 2011;57:34-41.
18. Young YH, Chen CH. Acute vertigo following cervical manipulation. Laryngoscope.2003;113:659-62.
19. Koçyiğit M. Ototoxik ilaçlar ve iç kulağa etkileri, İKSST Derg 9(3):91-95, 2017. doi:10.5222/iksst.2017.091

20. Akoğlu E.Ü. Acil servise baş dönmesi şikayeti ile başvuran periferik vertigo hastalarında ayırıcı tanıda manyetik rezonans görüntülemenin tanısal yeri (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2012.
21. Becker KJ, Purcell LL, Hacke W, Vertebrobasilar thrombosis: diagnosis, management, and the use of intra-arterial thrombolytics|. Crit Care Med. 1996;24:1729-42.
22. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA, Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. Mayo Clin Proc. 2008;83:765-75.