

Bölüm 4

ÇOCUKLARDA VERTİGO DEĞERLENDİRİLMESİ

Gül YÜCEL¹

GİRİŞ

Vertigo, kişinin kendisinin veya çevresinin hareket ediyormuş hissine kapılmasıdır, yani bir çeşit hareket yanılmasıdır. Toplumda genellikle baş dönmesi ile aynı anlamda kullanılsa da ayrıntılı olarak düşünüldüğünde birbirinden farklı kliniklerdir. Baş dönmesi veya baygınlık, çeşitli tıbbi hastalıklar ile ilişkili iken (ortostatik hipotansiyon, aritmi, kusma ve dehidratasyon vs); vertigo vestibüler patolojinin temel bulgusudur ve genellikle labirent anormalliklerinin sonucudur. Ancak bazen, bazı nörolojik hastalıkların (migren, nöbetler, posterior fossa tümörleri vs) bir bulgusu da olabilir. Tipik olarak mide bulantısı, kusma, solukluk, ve terleme gibi vagal semptomlar da eşlik eder. Unutulmamalıdır ki vertigo bir hastalık değil, bir semptomdur^(1,2).

Vertigo, çocuk ve ergen yaş grubunda, erişkinlere göre daha nadir görülmektedir⁽³⁾. Aslında bunun nedeni, literatürde çocuklarda vertigo ile ilgili yeterince yayın olmamasından kaynaklanabilir. Erişkinlerde yapılan çalışmalarda, spesifik olmayan vertigonun prevalansı %23, vestibüler vertigo prevalansı ise %5 olarak bildirilmektedir⁽⁴⁾. Yaklaşık 560 bin çocuk hastanın değerlendirildiği bir meta-analizde, dört yıllık süre içinde spesifik olmayan vertigo prevalansı %0,4, vestibüler vertigo prevalansı %0,05 olarak bildirilmiştir⁽⁵⁾. Başka bir çalışmada ise okul çağındaki çocuklarda vertigo prevalansı %15 bildirilmiştir⁽⁶⁾. İngiltere’de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, 10 yaş çocuklarda vertigo prevalansı %5,7 olarak bildirilmiştir⁽⁷⁾.

Vertigo santral ve periferik kaynaklı olarak iki alt gruba ayrılır⁽⁸⁾. Labirent veya vestibüler sinir ile ilgili işlev bozukluğundan kaynaklı ise periferik vertigo; beyin sapı, temporal lob, vestibüler nükleus veya santral yollar ile ilgiliyse santral vertigo olarak adlandırılır. Periferik vertigo nedenleri arasında benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BBPV), vestibüler nörit, Meniere hastalığı, sinüzit, akut otit, perilemf fistül, temporal kemik fraktürü (travma) yer alırken, santral vertigo nedenleri

¹ Dr., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, drgulyucel@hotmail.com

İlaçlara Bağlı Vertigo: Özellikle aminoglikozidler, streptomisin, minosiklin ve furosemid gibi ototoksik ilaçlar başta olmak üzere, birçok ilaç baş dönmesine neden olabilir.

Taşıt Tutması (Hareket Hastalığı): Bedenin alışılmadık hızlanmaları sırasında, beyne ulaşan görsel, vestibüler ve duyuşsal bilgiler arasındaki uyumsuzluk sonucu gelişir. Örneğın hareket halindeki taşıtta, görme alanındaki hareketin o andaki beden hareketine ters olması hareket hastalığına neden olur. Çocukta terleme, solukluk, bulantı ve kusma gelişir. Arabada öne oturma veya yolculuktan önce antihistamin, diazepam veya skopolamin önerilebilir⁽¹³⁾.

SONUÇ

Vertigo çocuklarda nadir görülmekle birlikte, özellikle uzun süre bu sorunu yaşıyan çocukta postural tonus, bilişsel ve motor gelişim basamakları önemli oranda etkilenmektedir. Bu nedenle çocuk yaş grubunda vertigo hızlı bir şekilde değerlendirilerek altta yatan neden belirlenmeli ve tedaviye mümkün olduğunca erken dönemde başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurologic survey of the general population [published correction appears in Neurology. 2006 Oct 24;67(8):1528]. Neurology. 2005;65(6):898-904.
2. Harrison MS. Vertigo in childhood. J Laryngol Otol. 1962; 76:601-616.
3. Gruber M, Cohen-Kerem R, Kaminer M, et al. Vertigo in children and adolescents: characteristics and outcome. Scientific World Journal. 2012; 2012: 109624
4. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, et al. Burden of dizziness and vertigo in the community [published correction appears in Arch Intern Med. 2009 Jan 12;169(1):89]. Arch Intern Med. 2008;168(19):2118-2124
5. O'Reilly RC, Morlet T, Nicholas BD, et al. Prevalence of vestibular and balance disorders in children. Otol Neurotol. 2010;31(9):1441-1444.
6. Russell G, Abu-Arafah I. Paroxysmal vertigo in children--an epidemiological study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999;49 Suppl 1: S105-S107.
7. Humphriss RL, Hall AJ. Dizziness in 10 year old children: an epidemiological study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011;75(3):395-400.
8. Joseph M, Furman L, Casselbrant ML. Vertigo. In: Swainman KF, Ashwal S, Ferrio DM, Schor NF, editors. Swaiman's Pediatric Neurology. NewYork: Elsevier Saunders.2012; e118-e126.
9. Niemensivu R, Kentala E, Wiener-Vacher S, et al. Evaluation of vertiginous children. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2007;264(10):1129-1135.
10. Eviatar L. Dizziness in children. Otolaryngol Clin North Am. 1994;27(3):557-571.
11. Ravid S, Bienkowski R, Eviatar L. A simplified diagnostic approach to dizziness in children. Pediatr Neurol. 2003;29(4):317-320.
12. Gioacchini FM, Alicandri-Ciuffelli M, Kaleci S, et al. Prevalence and diagnosis of vestibular disorders in children: a review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(5):718-724

13. Jahn K, Langhagen T, Heinen F. Vertigo and dizziness in children. *Curr Opin Neurol.* 2015;28(1):78-82.
14. Batu ED, Anlar B, Topçu M, et al. Vertigo in childhood: a retrospective series of 100 children. *Eur J Paediatr Neurol.* 2015;19(2):226-232.
15. Ralli G, Atturo F, de Filippis C. Idiopathic benign paroxysmal vertigo in children, a migraine precursor. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009;73 Suppl 1: S16-S18.
16. Wiener-Vacher SR. Vestibular disorders in children. *Int J Audiol.* 2008;47(9):578-583
17. Wong M. Advances in the pathophysiology of developmental epilepsies. *Semin Pediatr Neurol.* 2005;12(2):72-87.
18. Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Brain Dev.* 2001;23(1):38-41.
19. Marcelli V, Piazza F, Pisani F, et al. Neuro-otological features of benign paroxysmal vertigo and benign paroxysmal positioning vertigo in children: a follow-up study. *Brain Dev.* 2006;28(2):80-84.
20. Lindskog U, Odkvist L, Noaksson L, et al. Benign paroxysmal vertigo in childhood: a long-term follow-up. *Headache.* 1999;39(1):33-37.
21. Lewis DW, Gozzo Y, Avner M. Primary headache disorders in children, adolescents, and young adults. In: Winner P, Lewis DW, eds. *Young adult and pediatric headache management.* BC Decker Inc: Hamilton, 2005:41-115
22. Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Migrainous vertigo: development of a pathogenetic model and structured diagnostic interview. *Curr Opin Neurol.* 2003;16(1):5-13.
23. Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Vestibular migraine: clinical aspects and pathophysiology. *Lancet Neurol.* 2013;12(7):706-715.
24. Jahn K, Langhagen T, Schroeder AS, et al. Vertigo and dizziness in childhood - update on diagnosis and treatment. *Neuropediatrics.* 2011;42(4):129-134.
25. Balatsouras DG, Kaberos A, Assimakopoulos D, et al. Etiology of vertigo in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71(3):487-494.
26. Akagi H, Yuen K, Maeda Y, et al. Ménière's disease in childhood. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;61(3):259-264.
27. Brantberg K, Duan M, Falahat B. Ménière's disease in children aged 4-7 years. *Acta Otolaryngol.* 2012;132(5):505-509.
28. Choung YH, Park K, Kim CH, et al. Rare cases of Ménière's disease in children. *J Laryngol Otol.* 2006;120(4):343-352.
29. Bachor E, Wright CG, Karmody CS. The incidence and distribution of cupular deposits in the pediatric vestibular labyrinth. *Laryngoscope.* 2002;112(1):147-151.
30. Saka N, Imai T, Seo T, et al. Analysis of benign paroxysmal positional nystagmus in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(2):233-236.
31. Langhagen T, Schroeder AS, Rettinger N, et al. Migraine-related vertigo and somatoform vertigo frequently occur in children and are often associated. *Neuropediatrics.* 2013;44(1):55-58.