

Bölüm 5

PERİFERİK VERTİGO NEDENLERİ

Sedat ALAGÖZ¹

GİRİŞ

Denge, vücudun ağırlık merkezinin dururken ya da hareket halinde iken bir dayanma düzlemi içinde tutulmasıdır yani bir insanın devrilmeden dikey durma durumudur. Vestibüler sistemin korunması ve sürekliliği hakkında bilgi transferi derin duyu (proprioseptif sistem), gözler ve vestibüler sistem yoluyla olur. Bu sistemler arasındaki refleks bağlantı yolları ile baş, göz, iskelet kasları, eklem ve tendonlar arasındaki koordinasyon sağlanarak dengede kalırız. Bu organlar ve aradaki bağlantıları etkileyen hastalıkların birçoğunda dengesizlik ve/veya vertigo bir semptom/bulgu olarak karşımıza çıkar.

VERTİGO

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, baş ağrısından sonra hekime başvuruda en sık yakınmalar gurubu olan vertigo ve denge bozukluklarının, nüfusun %20 -30'unu etkilediğini göstermiştir⁽¹⁾. Acilde veya klinikte, bu hastaların değerlendirme ve tanısında titizlikle davranılması, nedene yönelik tedavinin planlanması önemlidir.

Vertigo veya denge bozuklukları farklı etyoloji ve patogenezin neden olduğu multisensöriyel ve sensörimotor bir hastalık gurubudur. Etiyolojik açıdan incelendiğinde periferik, santral, metabolik ve psikojenik nedenler olarak dört ayrı gurupta incelenebilir (Tablo 1). Ancak her bir gurubun ve hastalığın altta yatan patogenezi farklıdır, dolayısıyla tedavisi de farklıdır. Bu nedenledir ki hastanın değerlendirilmesi, tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (kulak burun ve boğaz hastalıkları, odyoloji, nöroloji, beyin cerrahisi, dahiliye, kardioloji, fizik tedavi).

¹ Op.Dr. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi A.D, alagozsedat@gmail.com

Fistül genellikle oval pencerede gözlenir, oval pencere basınç değişimlerine daha çok maruz kalmaktadır ve yuvarlak pencereyi örten membran daha kalındır. Fistül işitme ve denge semptomlarına yol açar. Bazı hastalarda denge ile ilgili semptomlar ön planda iken, bazılarında işitme ile ilgili şikayetler ön plandadır.

TRAVMALAR

Vertigo ve dizziness, travmatik kafa travması geçiren hastalarda sık karşılaşılan bir şikayettir ve bu semptomlar sıklıkla vestibüler disfonksiyonla ilişkilidir. Sıklıkla kafa travması sonrası oluşan vestibüler semptomlar sıklıkla vestibüler, santral sinir sistemi veya servikal yapılardan birini etkileyen patolojilerden dolayı ortaya çıkmaktadır.

Post travmatik en sık karşılaşılan periferik vestibüler hastalıklar; benign paroksizmal pozisyonel vertigo, labirent konküzyonu, perilenfatik fistül, tek taraflı vestibüler fonksiyon kaybı ve post travmatik Meniere hastalığıdır. Santral post travmatik dizziness veya vertigoya neden olan muhtemel mekanizmalar, post konküzyon sendromu, aksiyete ile ilişkili dizziness, post travmatik migrenöz vertigo ve diffüz aksonal yaralanmadır. Bu hastaların bazılarında, birkaç hafta veya ay içerisinde spontan olarak şikayetlerde azalma veya iyileşme olur. Bazıları da etkin bir şekilde tedavi edilmelidir.

SONUÇ

Toplumda oldukça sık görülen periferik vertigo sıkça KBB polikliniğine başvuru nedenidir. Hastalar ani başlayan baş dönmesi, bulantı ve kusma şikayeti ile karşımıza gelmektedirler. Semptomatik medikal tedavi ve manevralarla tedavisi mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Halmagyi GM, Akdal G. Vertigo ve dengesizlik. J Neurol Sci Turk 2005; 22(2): 21; 142-160,
2. Kattah JC. Use of HINTS in the acute vestibular syndrome. An Overview. Stroke Vasc Neurol. 2018 Jun 23;3(4):190-196.
3. Bárány R: Diagnose of vertigo. Acta Otolaryngol (Stockholm) 1921;2:434-437.
4. Lindsay JR. Pathology of vestibular disorders vertigo of peripheral origin: histopathology. Ann Otol Rhinol Laryngol 1968 Apr;77(2):203-9.
5. Dix R, Hallpike CS: The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. Ann Otol Rhinol Laryngol 1952;61:987-1016.
6. Schuknecht HF: Positional vertigo: clinical and experimental observations. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1962;66:319-332.

7. Hall SE, Ruby RR, McClure JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. J Otolaryngol 1979 Apr;8(2):151-8.
8. Epley JM. New dimensions of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1980 Sep-Oct;88(5):599-605.
9. Özlüoğlu L, Akkuzu B. Benign paroksizmal pozisyonel vertigo. In: Ardıç FN, ed. Vertigo. İzmir Güven Kitabevi, İzmir 2005:201-11
10. Cohen HS, Kimball KT. Effectiveness of treatments for benign paroxysmal positional vertigo of the posterior canal. Otol Neurotol 2005, Sep;26(5):1034-40.
11. Selçuk A, Akdoğan Ö, Özcan İ, Dere H. Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigoda Patofizyolojiye Göre Tedavinin Belirlenmesi. KBB-Forum 2008;7(1); 52-58.
12. Katsarkas A. Dizziness in aging: a retrospective study of 1194 cases. Otolaryngol Head Neck Surg 1994 Mar;110(3):296-301
13. Pollak L, Davies RA, Luxon LL. Effectiveness of the particle repositioning maneuver in benign paroxysmal positional vertigo with and without additional vestibular pathology. Otol Neurotol 2002 Jan;23(1):79-83.
14. Paparella MM. Pathology of Meniere's Disease. Ann Otol Rhinol laryngol Suppl. 1984 Jul-August; 112-31-5.
15. Akyıldız N. Meniere hastalığı. Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi. N. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2002, cilt 2, 151-186.
16. Gibson WPR. Hypothetical Mechanism for Vertigo in Meniere's Disease. Otolaryngol Clin N. Am. 2010; 43; 1019-27.
17. Özgirgin O.N. Meniere ve Endolenfatik Hidrops, Vertigo içinde. Edç Ardıç F.N. Güven Kitabevi, İzmir, 2005. 173-200.
18. Arbusow V, Schulz P, Strupp M, Dieterich M, von Reinhardstoettner A, Rauch E, Brandt T. Distribution of herpes simplex virus type 1 in human geniculate and vestibular ganglia: implications for vestibular neuritis. Ann Neurol. 1999 Sep;46(3):416-9.