

NÖROLOJİK BAKIŞ AÇISINDAN BAŞDÖNMESİ YAKINMASINA YAKLAŞIM

AN APPROACH TO DIZZINESS FROM THE NEUROLOGICAL POINT OF VIEW

H. Orhun Kantarcı¹, Aksel Siva²

Özet

Hekime başvurma nedenleri arasında en sık rastlanılan yakınmalardan birisi başdönmesidir. Yazımızda başdönmesinin tanımlanması, patogenezi, sınıflaması, ayırıcı tanısı, inceleme ve tedavi yöntemleri literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Baş dönmesi, vertigo, vestibüler sistem

Summary

One of the most frequent complaints seen in patients referring to doctors is dizziness. In our article we aimed to describe the term "dizziness" and review the pathogenesis, classification, differential diagnosis and treatment methods.

Key words: Dizziness, vertigo, vestibular system

Başdönmesi yakınması, doktora başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Yaşlı nüfusun % 50 sini etkilediğini ve 75 yaşından sonra en sık doktora başvurma nedeni olduğunu bildiren çalışmalar vardır.¹

Başdönmesi anatomik olarak, vestibüler sistemi (semisirküler kanallar ve otolith organlar, sekizinci sinir, beyin sapı vestibüler çekirdekleri, serebellar ve serebral bağlantılar) doğrudan ve/veya bu sistemle derin duyu yolları ve gözler arasındaki ilişkilerini herhangi bir düzeyde etkileyen ve birbirinden çok farklı etyolojilerden (Tablo 3) kaynaklanabilir.²

Çoğu zaman boşluğa çekilme, başta boşluk veya hafiflik hissinden harekete ya da başta dönme hissinden dengeye kadar çeşitli yakınmaları hastalar hekime "başdönmesi" (dizziness) olarak söylemektedirler.³⁻⁹ Bu tanımlamalar arasında sadece kişinin ya da çevresinin dönmesi şeklindeki "hareketi algılama farklılaşması" **vertigo** olarak kabul edilmektedir.⁴⁻⁹ Bu çeşitlilik nedeniyle **başdönmesi yakınması ile hekime başvuran hastadan öncelikli olarak bu yakınmayı tanımlaması istenmelidir** (Tablo 1). Bu ilk adım hastanın yakınmasının etyo-patogenezi hakkında bir ön düşünce edinmemiz açısından önemlidir.

Bir sonraki aşamada yakınmanın bir akut atak mı, tekrarlayan ataklardan biri mi yoksa süregelen bir başdönmesi ve/veya dengebozukluğu mi olduğuna karar vermek gereklidir. Birçok hasta başdönmesi yakınmasını, ani ataklar şeklinde veya uzun süredir devam eden bir dengebozukluğu şeklinde tanımlar. Akut atak(lar) şeklinde başlayanların başlıcaları: vestibüler nöronit, selim paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV), psikolojik nedenler, migren, Ménière hastalığı, geçici iskemik atak (GİA) ve diğer nedenlerdir. Kronik başdönmesi nedenleri ise genelde, psikolojik etkenler, kompanse olamamış akut başlangıçlı vestibüler veya serebrovasküler kökenli olaylardır.

Bundan sonra başdönmesinin **ortaya çıkış şekli-hareketle ilişkisi** sorulmalıdır:

a) Spontan (başlangıcında hareketle doğrudan ilişki gözlenmeyen; vestibüler nöronit, Ménière, Multipl Skleroz "MS" ve GİA gibi);

b) Dinamik (sadece hasta hareketli bir araç içinde iken ortaya çıkan; araç tutması gibi);

c) Pozisyonel (baş arkaya atıldığında, hasta bulunduğu konumdan hızla doğrulduğunda veya yatakta bir yandan öbür yana döndüğünde; BPPV ve nadiren 4.ventrikül ve diğer posterior fossa tümörleri gibi. Vestibüler nöronit spontan ortaya çıkmakla birlikte pozisyonla ilişki gösterir);

¹⁾ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Nöroloji Asistanı

²⁾ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Nöroloji Uzmanı, Prof. Dr.

Tablo 1 Yakınma ve patogenezi

YAKINMA	SEMPATOM	PATOGENEZ*
Başın veya çevrenin hareket hissi (dönme, yer değiştirme gibi)	VERTİGO	Tonik vestibüler sinyallerin dengesizliği
Ayakta dururken veya yürürken dengesizlik hissi	DENGESİZLİK	Vestibülospinal, vizüel, proprioseptif, serebellar, motor fonksiyon kaybı
Başta hafiflik hissi	PRESENKOP	Yaygın olarak beyin kan akımının (perfüzyon) azalması / hipoksi, anemi
Arkadan itilme hissi	İTİLME	Vestibüler sisteme ait bölgesel kan akımının azalması
Başın içinde dönme, yuvarlanma, yüzme hissi v.b. şekilde tutarsız ifade	PSIKOLOJİK	Anksiyete, somatoform bozukluklar ve depresyon
Başdönmesi, mide bulantısı, soğuk terleme, esneme şeklinde kompleks bulgular	ARAÇ TUTMASI, HIPOGLİSEMİ	Vizüel - vestibüler uyumsuzluk

* Başdönmesi yakınması olan bir hastada tabloda gösterilen farklı etyolojiler aynı anda, değişik derecelerde bulunabilir. Örneğin, bir çalışmaya göre psikiyatrik etkenler primer olarak başdönmesi sebeplerinin % 9'unu oluşturmakla birlikte (selim paroksizmal pozisyonel vertigo sıklığıyla aynı) diğer etkenlere katkıları göz önüne alındığında toplam etki % 21 civarında olmaktadır.⁵

d) Hava basıncının arttığı veya azaldığı durumlarda (dalgalılarda ve perilymfatik fistülü olanlarda olduğu gibi basınç değişimleriyle ortaya çıkan başdönmesi). Bunun dışında hastanın yakınmasına eşlik eden diğer yakınmalar; işitme kaybı, kulak çınlaması, bulantı- kusma, terleme, çift görme, dengesizlik, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, anksiyete semptomları vb. sorgulanmalıdır.

Bu aşamada ayrıntılı öyküsü alınan hastada başdönmesinin etyopatogenezi hakkında büyük ölçüde bir ön tanıya varan hekim bu ön tanısını doğrulamak ve gerekiyorsa ileri incelemelere karar verebilmek amacıyla daha seçici bir muayene yapmalıdır.

Tablo 2 Merkezi ve periferik başdönmesini birbirinden ayıran özellikler²

Bulgu	Periferik özellikler	Merkezi özellikler
Nistagmus	Genellikle iki yönlü (horizontal ve rotatuar), nadiren tek yönlü (horizontal)	Genellikle tek yönlü (horizontal, vertikal veya rotatuar)
Vizüel fiksasyon	Nistagmus azalır	Nistagmus azalmaz
Bakış	Nistagmus hızlı faz yönüne bakışla artar	Nistagmus artmaz veya yön değiştirir
Kalorik test	Genellikle tek taraflı hipoaktivite vardır	Genellikle yön üstünlüğü vardır
Denge	Hafif dengesizlik, tandem bozuk	İleri derecede dengesizlik, tandem yapamaz, Romberg (+)
Diğer	İşitme güçlüğü, kulak çınlaması ve otonom semptomlar eşlik edebilir	Serebellar ve/veya beyin sapı semptomları, konsantrasyon güçlüğü ve/veya unutkanlık eşlik edebilir

Tablo 3 Etiyolojik sınıflama: "NOTOSTOP"

Nörojen (non-vasküler)	Fokal veya yaygın beyin sapı-serebellum patolojileri; MS, ensefalit, paraneoplastik sendromlar, spinoserebellar dejenerasyon ¹⁰ , uyku-apne sendromu; temporal lob epilepsisi, KİBAS
Otojen	Vestibüler nöronit, labirentit, selim paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV), Ménière sendromu, herpes zoster otikus
Toksikasyon / travma	Alkol, fenitoin, fenobarbital, karbamazepin, primidon, aminoglikozidler, furosemid, etakrinik asid, salisilatlar, kinin, kinidin, antineoplastikler (sisplatin, nitrojen mustard vb.), ağır metaller (Hg, Au, Pb vb.); kafa travması
Oküler	Kırma kusurları ve diplopi yapan nedenler
Serebrovasküler	GA, iskemik - hemorajik serebrovasküler olaylar (SVO), Migren
Tümör	Serebellopontin açığı, pons, sekizinci sinir ve orta kulak tümörleri; lösemi
Ortama bağlı, çevresel	Araç tutması, ani basınç değişiklikleri
Psikojen	Anksiyete bozukluğu (panik atak - hiperventilasyon, akut stres bozukluğu, agorafobi, obsesif - kompulsif bozukluk), somatoform bozukluklar (konversiyon), depresyon

Başdönmesi yakınması olan hastada dikkat edilmesi gereken muayene özellikleri:

a) Sistemik: AKB, nabız, kardiak ve servikal arterlerin oskültasyonu, deri ve mukoza rengi.

b) Nörolojik: Nöro-oftalmolojik muayene (görme keskinliği, göz küresi hareketleri - nistagmus), işitme,

dizartri veya diğer serebellar bulgular, uzun traktus bulguları, yürüyüş.

c) KBB: İşitme, nistagmus ve özel manevralar.

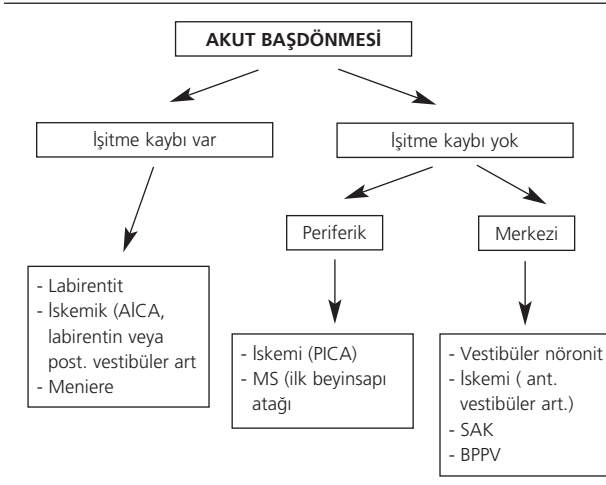
Sistemik ve genel nörolojik muayenenin yanısıra öncelikli amaç anatomik tutulumun periferik mi (labirent ve sekizinci sinir) yoksa merkezi mi (beyin sapı vestibü-

Tablo 4 Klinik tanı (kafa travması ve intoksikasyon dışlandıktan sonra)

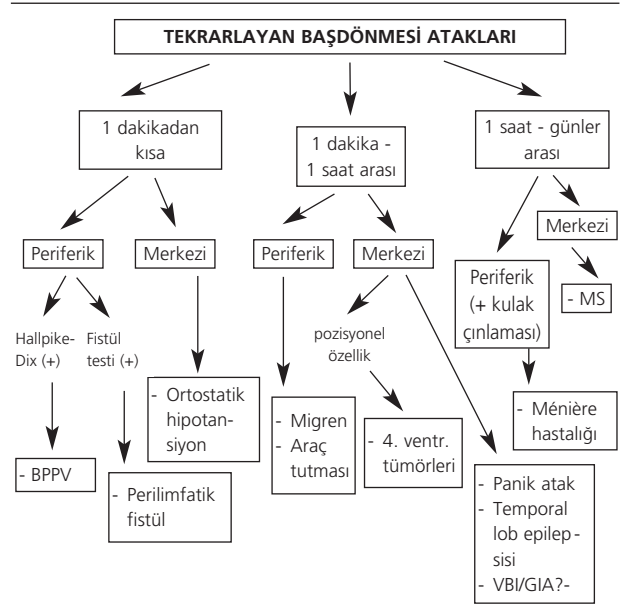
Başlangıç	Klinik özellik	Periferik / merkezi	Taniya yardımcı bulgu ve / veya özellikler	Tanı
Akut başdönmesi	İşitme kaybı (-)	p		- Vestibüler nöronit - İskemi (anterior vestibüler arter) - SAK (çok nadir)
		m	Beyinsapı / serebellar semptomlar	- İskemi (PICA - Wallenberg sendromu) - MS(ilk beyinsapı atağı)
	İşitme kaybı (+)	p	Tinnitus, bulantı-kusma	- Labirentit - İskemik (AICA, labirentin veya post. vestibüler arter) - Ménière hastalığı - Oval / yuvarlak pencere rüptürü
Tekrallayan < 1 dakika başdönmesi atakları	p		Aniden doğrulmakla veya yataкта dönmekle ortaya çıkan, Hallpike-Dix (+)	- BPPV
			Basınç değişimleriyle ortaya çıkan, Fistül testi (+)	- Perilimfatik fistül (çok nadir)
	1 dakika - 1 saat	m	Postürel hipotansiyon	- Ortostatik hipotansiyon
		p	Spesifik anamnez	- Araç tutması
		m	IHS kriterleri ⁷	- Baziler migren
	DSM-IV kriterleri *		- Panik Atak	
	>1 saat - günler		Pozisyonel	- 4. ventrikül tümörleri (nadir)
		Spontan	- Temporal lob epilepsisi (nadir)	
Kronik başdönmesi dengesizlik **		m	Beyinsapı / serebellar semptomlar	- GlA - MS
		p	Geçirilmiş akut vestibüler tablo	- Kompanse olamamış akut vestibüler nedenler
		m	Aterosklerotik risk faktörleri	- İskemik serebrovasküler nedenler
			Horlama, hipersomni	- Uyku-apne sendromu
			Tek taraflı işitme kaybı ve tinnitus	- Serebellopontin köşe tümörleri, vd.
			DSM-IV kriterleri	- Psikojen nedenler (anksiyete, somatizasyon depresyon)

* DSM-IV: Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

**Dengesizlik eğer muayenede belirlenir ve ataksi olarak kabul edilir ise ayırıcı tanı farklılaşır



Şekil 1 Akut başdönmesine yaklaşım



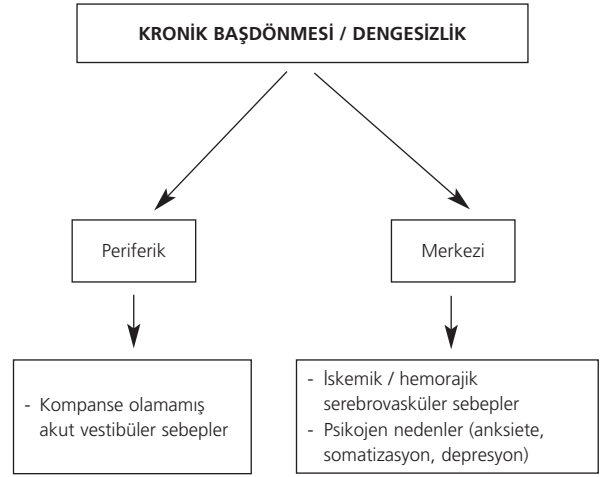
Şekil 2 Tekrarlayan başdönmesi ataklarına yaklaşım

Tablo 5 Akut başdönmesinde izlenecek yol ¹

Akut dönem (1-3 gün)	<ul style="list-style-type: none"> Semptomatik tedavi 1.seçenek: Meklazin 25mg PO q4-6 saat (+ sedasyon gerektiğinde diazepam 5-10 mg PO,IM q4-6 saat kullanılabilir) 2.seçenek: Klorpromazin 25mg PO,IM q8-12 saat 3.seçenek: Difenhidramin, betahistin, pirasetam (3x1600mg), sinnerazin Yatak istirahati Dehidratasyon veya merkezi bir neden düşünülüyorsa hospitalizasyon ve nedene yönelik tedavi 	<ul style="list-style-type: none"> Tam kan sayımı, Sedimentasyon hızı, FTA-ABS, RF, ANA Merkezi neden düşünülüyorsa BT, beyin sapı ve arka çukur açısından ter cihen MR
Subakut dönem	<ul style="list-style-type: none"> Semptomatik tedavi kesilir Vestibüler egzersizlere 	<ul style="list-style-type: none"> Odiometri, elektro-nistagmografi (ENG) İskemik tablolarda kardiyak ve serebrovasküler ileri incelemeler yapılır (EKG, EKO, karotis ve vertebrobaziler doppler, gerekirse anjiyografi)
başlanır *	<ul style="list-style-type: none"> Nedene yönelik 	
tedaviye devam	<ul style="list-style-type: none"> edilir 	

* Vestibüler egzersizler (ünilateral defektlerde): Hasta bir kimlik kartını okuyabileceği uzaklıkta göz hizasında tutar ve gözlerini yazılardan ayırmadan başını yavaş yavaş önce bir yana sonra öbür yana çevirir. Bu hareketi giderek daha hızlı bir şekilde gözünü yazılardan ayırmadan 1-2 dakika sürekli tekrar eder. Sonra aynı hareketi başı yukarı-aşağı oynatarak yapar. Günde birkaç defa bu hareketleri yapan hasta bunları rahatça yapabilir duruma geldiğinde bu sefer kartı baş hareketlerinin tersi yönünde hareket ettirerek aynı egzersizlere devam eder.

Vestibüler egzersizler (bilateral defektlerde): Yukarıdakilere ek olarak; göz hizasında karşıda belirlenen bir hedefe bakan hasta gözünü kapatıp başını hafifçe bir yana kaydırır. Bu arada gözü kapalı olduğu halde gözlerini hedefin olduğu yerde tutmaya çalışır. Gözünü açarak başını çevirmesine rağmen hedeften gözünü ayırıp ayırmadığını kontrol eder. Her seferinde daha hızlı ve daha geniş baş hareketleriyle aynı egzersize devam eder.



Şekil 3 Kronik başdönmesi / dengesizlik yakınmasına yaklaşım

ler çekirdek ve bağlantıları) olduğuna karar vermektir (Tablo 2). Bundan sonra özellikle bazı tanılara yönelik özel manevraların uygulanması gerekmektedir. Bunlar **Hallpike-Dix bulgusu** (Barany manevrası)ⁱⁱ ve **Fistül testi**ⁱⁱ dir; sırasıyla BPPV ve perilimfatik fistül tanılarında önemli yer tutmaktadırlar. Tedaviye yönelmeden önce son adımda klinik tanıya gidilmeli ve ileri incelemelere karar verilmelidir (Tablo 4, Şekil 1, Şekil 2, Şekil 3).

ⁱⁱHallpike-Dix bulgusu: Hasta kulağın üstünde yatan hastanın başı yatağın kenarından 45 derece yukarı kaldırılıp aniden kenardan aşağıya sarkacak şekilde getirildiğinde 3 ila 30 saniye arasında başdönmesi ile beraber yukarı vurmuş torsiyonel nistagmus'un ortaya çıkması.

Tablo 6Tekrarlayan başdönmesi ataklarında nedene yönelik tedavi²

BPPV	Epley manevrası*
Perilimfatik fistül	Cerrahi; sifilize bağlıysa antibiyotik
GIA	Akut ve subakut olarak antikoagülasyon, risk faktörlerinin azaltılması, antiagregan tedavi
Migren	Migrene yönelik profilaksi, diyetin düzenlenmesi, stresin azaltılması
Araç tutması	Transdermal skopolamin (yolculuğa çıkmadan 5-6 saat önce kulak arkasına saçsız deriye yapıştırılır)
Panik atak	Anksiyolitikler, antidepresanlar kullanılır. Kafein gibi uyarıcı maddelerin kesilir, destekleyici psikoterapi
Ménière hastalığı	Ataklar sırasında semptomatik tedavi, çikolata dahil tüm kafein alımının ve alkolün kesilmesi. Günlük sodyum alımının 2 gr'ın altında tutulması, diüretikler (tercihen asetazolamid). Medikal tedaviden yarar sağlanamazsa cerrahi.

* Epley manevrası: Hallpike-Dix pozisyonunda 4 dakika hasta taraf üzerinde tutulan baş, yavaş yavaş, 1 dakika içinde sağlam yanın üzerine çevrilir, 4 dakika da bu pozisyonunda tutulur. Hasta bu pozisyonu bozmadan yavaşça oturulur. 2 gün boyunca hastanın başını aşağı yukarı sallamaması, yatarken başını 45 derece yukarıda tutması ve sağa sola yuvarlanmaması söylenir. Sonraki 5 gün boyunca da sadece sağlam olan yan üzerine yatması söylenen hasta 7. günün sonunda yeniden değerlendirilir.

Geliş tarihi: 11.03.1996

Kabul tarihi: 25.06.1996

İletişim adresi:

Dr. H. Orhun Kantarcı
 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
 Nöroloji Ana Bilim Dalı
 K.M.Paşa 34303 İSTANBUL

Başdönmesi Olan Hastada İleri İncelemeler ve Tedavi⁸

Klinik olarak ayırıcı tanısı yapılan hastada ileri incelemeler konusunda izlenecek yolu da yine semptomun başlangıç şekli belirler. Akut başdönmesi ile başlayan hastada yapılacak laboratuvar incelemeleri sırasıyla tablo 5'te belirtilmiştir. Vestibüler sistem kommissüral yollar aracılığıyla birkaç gün içinde kendisini toparlamaktadır ancak vestibüler supresyon (baskılama) sağlıyan semptomatik tedavi bunu yavaşlatabilmektedir. Bu nedenle akut başdönmesi yakınmasında mümkün olan en kısa sürede semptomatik tedavi kesilmeli ve vestibüler egzersizlere başlanmalıdır. Tekrarlayan başdönmesi ataklarında (akut dönemden sonra) ve kronik başdönmesi / dengesizlikte ise nedene yönelik tedaviye geçilir (Tablo 6).

Kaynaklar

1. **Tusa JR, Herdman SJ.** Vertigo and Dysequilibrium. Current therapy in Neurological Disease, Mosby Year Book, 1993.
2. **Berkow R, Fletcher AJ.** Vertigo. The Merck Manuel of Diagnosis and Therapy, 16th edition -Türkçesi 2. baskı. p:1431, Merck &Co.. Inc.
3. **Zembilci N.** Sinir Sistemi Hastalıkları, genişletilmiş 3.baskı, pp:197-206, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, s
4. **Patten J.** Neurological Differential Diagnosis, 2. baskı. Springer Verlag, 1996, pp:80-84.
5. The Causes and Treatment Of Dizziness; abstract and commentary, *Neurology Alert* Feb 1993; 11,6:41-48
6. **Brass LM, Stys KP.** Handbook of Neurological Lists, Churchill Livingstone Inc.,1991
7. **IHS.** International Headache Society. *Cephalgia* 8 suppl. 7:1-96, 1988.
8. **Weiss HD.** Dizziness, in Samuels MA editor, Manuel of Neurologic Therapeutics, 5th edition, 1995, pp:58-77, Little Brown & Company.
9. **Plum F.** Sensoriyel Fonksiyon Bozuklukları, Cecil Essentials of Medicine-Türkçesi 3.edisyon, Yüce Yayınları, 1995, pp:766-785