

Szédüléssel járó kórképek korszerű diagnosztikája

Tóth Ágnes dr.

DOTÉ Fül-Orr-Gégeklinika, Debrecen

A szédülés és egyensúlyzavar nagyon gyakran előforduló panasz, ami a beteg számára megterhelő, munkaképességét, mindennapi tevékenységét befolyásolja, ezért megszüntetése, kezelése elengedhetetlen. Rövid áttekintő közleményünkben foglalkozunk az anamnézis fontosabb szempontjaival, amelyek számos információt nyújtanak a kórkép eredetét illetően. Megemlítjük az alapvető vizsgáló módszereket, valamint felhívjuk a figyelmet arra, hogy a szédülés csak tünet, aminek kivizsgálása az otoneurológiai szakrendelések feladata.

A szédülés vagy egyensúlyzavar az egyik leggyakrabban előforduló általános panasz, amit a betegek bármilyen szakterület rendelésén megemlítenek. Mivel ez az érzés igen kellemetlen, eredetét tekintve viszont a sokféleség jellemzi, így a kezelés sem lehet egysíkú.

A szédülő beteg anamnézisének sajátosságai

A szédülés jellegzetességei

Alapvetően megkülönböztethetünk szisztémás és nem szisztémás szédülést. Szisztémás a szédülés ha forgás, dőlés, ingadozás, liftézés vagy eséshajlam formájában jellemezhető és a környezet látszatmozgása kíséri. Általában a vestibularis rendszer megbetegedése okozza. Az angolszász irodalom erre a vertigo kifejezést használja. Nem szisztémás a szédülés, ha bizonytalanságnak, tántorgásnak, kábultságnak, ittasság- vagy ájulásérzésnek nevezhető. Ezek általában nem vestibularis eredetűek. A két forma azonban nem mindig választható el egymástól, közöttük lehetnek átmenetek.

A panaszok között gyakran találkozunk az egyensúly megtartásának zavarával is. Ez különösen akut perifériás vestibularis léziónál igen kifejezett, amikor a beteg állás- és járásképtelen, mert a nystagmus lassú komponensének irányában eldőlné. Ez az érzés a folyamat javulásával természetesen enyhül, ill. meg is szűnik. Nem egyszer találkozunk azzal a helyzettel, hogy a beteg a korábbi heves tünetek visszatérésétől félve, közlekedésre képtelennek érzi magát. Itt az organikus elváltozásokhoz társuló, azokat súlyosbító pszichés zavarok szerepéről van szó. A különböző eredetű ataxiák (spinalis, cerebelláris, cerebrális) járászavarban nyilvánulnak meg.

A liftézés, emelkedés, süllyedés, zuhanásérzés, az utriculusban és sacculusban elhelyezkedő, a lineáris gyorsulás és gravitáció érzékelésére szolgáló otolithszervek zavarára utal. Tapasztalati megfigyelés, minél bizarrabb, színesebb a szédülés élmény leírása a beteg által, annál valószínűbb, hogy pszichogén zavarokról is szó van. Azonban erre is lehet ellenpéldát mondani, hiszen kétoldali labirintkiesésnél bizonytalanság, imbolygás, hintázás érzés állhat fenn, amit járás közben oscilopsia (a tárgyak billegése) kísér: ezt Dandy fenoménnek nevezzük.

A szédülésérzést látászavar is kísérheti, azonban a kettős látás típusosan szemészeti vagy ideggyógyászati kórképek velejárója. Kivételt képez az a helyzet, amikor a perifériás vestibularis zavar miatt fellépő intenzív spontán nystagmus jelenlétében a fixált tárgy képe a retinán elcsúszik, ezáltal a beteg olvasásnál vagy TV nézésnél kettős látásról számol be.

A szédülés kezdete

Ennek az egyszerű tényezőnek a meghatározása korántsem mindig olyan egyértelmű. Célzott, irányított kérdésekkel kell kinyomoznunk a betegség kezdetét. Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy egy hosszabb folyamat során a szédülés jellege, intenzitása változhat és a vizsgálónak nemcsak a jelenlegi rosszullét sajátosságairól kell értesülnie.

A szédülés tartama

A szédülés tartama másodpercektől, percekig kezdve akár hetekben, hónapokban vagy években is mérhető. Néhány támpont: a pár másodpercig tartó megszedülés idős egyéneknél vertebrobasilaris insufficiencia jele lehet. A 10-30 másodpercig tartó és helyzetváltoztatás által kiváltott szédülés perifériás vestibularis eredetű. A rohamszerű, órákon át fennálló, fülzúgással és halláscsökkenéssel kísért állapot a Ménière betegség tünete.

A hirtelen, hevesen kezdődő, napokon át folyamatosan fennálló, fokozatosan csökkenő, vegetatív tünetekkel kísért, forgó jellegű szédülés akut perifériás vestibularis lézióra utal. A folyamatos, konstans szédülés heteken, hónapokon át akár perifériás, akár centrális eredetű is lehet.

A szédülés formája

A perifériás eredetű szédüléseknél az alábbi, jól meghatározható szédülésformákat különböztethetjük meg (2).

TARTÓS SZÉDÜLÉS

Oka: akut labirint-kiesés, neuronitis vestibularis, labyrinthitis acuta, otobasalis fractura. A szédülésérzés és a spontán nystagmus intenzitása egymással szinkronban van. Hevesen kezdődő forgó szédülés, vegetatív tünetekkel kísérve, napokon át fennáll, majd hetek alatt csökken.

A végeredmény lehet teljes gyógyulás vagy kompenzált állapot. Ez utóbbi egy törékeny szituáció, provokációs eljárások után, ami lehet gyors fej- vagy testmozgás újra panaszok és ezzel együtt nystagmus léphet fel. A lefolyás során a szédülés jellege is változik, átmehet bizonytalanságérzésbe.

ROHAMSZERŰ SZÉDÜLÉS

Jellemzője a hirtelen kezdet, majd lecsengése után tünetmentes intervallum következik. Legtipikusabb példa erre a morbus Ménière. Rohamszerűen zajlik, de sokkal rövidebb ideig tart (másodpercekig esetleg percekig) a centrális eredetű vertebrobasilaris insufficiencia, ahol a szédülésérzés nem olyan intenzív és egyéb neurológiai kísérő tünetek láthatók. Hasonlóan rohamszerű, de másodpercekig, percekig tart a gyermekkori benignus paroxysmalis vertigo.

HELYZETI ÉS HELYEZÉSI SZÉDÜLÉS

● **Helyzeti szédülés:** lassú helyzetváltoztatás vagy egy statikus helyzet fenntartása esetén lép fel nystagmussal vagy anélkül.

Oka: agytörzsi hypoxia, hátsó koponyagödri térfoglaló folyamatok, alkohol-intoxikáció.

● **Helyezési szédülés:** gyors kinetikus helyzetváltoztatás után lép fel. Perifériás eredetű, a jellegzetes megjelenésű benignus paroxysmalis positionalis nystagmus, amit cupulolithiasis, perilympa-fistula, labirint fisztula, stapedectomy

utáni állapot magyarázhat. Centrális ok esetén cerebro-vaszkuláris insufficiencia, ortosztatikus diszreguláció állhat a háttérben.

KRÓNIKUS SZÉDÜLÉS

Megnyilvánulhat forgó szédülésben vagy bizonytalanságérzésben is. Intenzitása a tartós szédüléshez képest kisebb, de nagyon megterheli a beteget. Erőssége napról-napra változik, hónapokon, éveken át tarthat. Perifériás okok között szerepelhet: krónikus labirintitis, ototoxikus labirintlézió, csökkent vestibularis kompenzáció, akusztikus neurinoma, glomus tumor. A centrális léziók között agydaganat, sclerosis multiplex, basilaris impressio, olivo-pontocerebellaris atrofia stb. szerepelhet. A szédülésérzés erőssége és a patológiás nystagmus intenzitása nem pontosan korrelál egymással szemben a perifériás megbetegedésekkel.

A szédülést provokáló tényezők

Különösen különböző irányú fej- és testmozgások tehetők ezért felelőssé. Ha a beteg ülő vagy fekvő helyzetből való felemelkedés után érez néhány másodperctől fél percig tartó szédülést, közben szemkáprázást, látáselhomályosulást is tapasztal, akkor orthosztatikus diszreguláció valószínűsíthető, de anémia vagy szívelégtelenség is szóba jön. Rövid megszedülés préselés, köhögés vagy tüszentés után perilympa fisztulára utal. Gyors testmozgás, lefekvés, ágyban való megfordulás után lép fel a 10-30 másodpercig tartó heves szédülés, ami perifériás eredetű. A fej hátrahajtása után jelentkező szédülés vertebrobasilaris insufficienciára utal. A fejforgatás után való megszedülés cervikális eredet mellett szól. Labirintfunkció-csökkenés esetén nem jól kompenzált állapotban szintén kialakul rövid ideig tartó megszedülés fej- és testmozgás után.

Kísérő tünetek

Perifériás vestibularis megbetegedéseknél a vegetatív tünetek, mint hányinger, hányás gyakran uralják a kórképet, annyira, hogy a beteg a szédülésérzésre nem is fordít figyelmet, így a tünetek hátterében gastrointestinalis megbetegedést keresnek. Ebben a helyzetben nagyon fontos támpontot jelent a spontán nystagmus megtekintése, ami szabad szemmel való megfigyeléssel is jól látható. A centrális vestibularis zavarok nem vagy alig járnak vegetatív tünetekkel.

Másik fontos kísérő tünet lehet a halláscsökkenés, fülzúgás, ami a cochlearis funkció zavarára utal. Lényeges viszont tisztázni, hogy a halláscsökkenés és a szédüléses panaszok fellépése időben hogyan viszonyul egymáshoz. Tájékozódunk kell esetleges középfülgyulladásokról is, fülfolyás, dobhártya-perforáció jelenlétéről.

A továbbiakban felsorolom azokat a tüneteket, amiknek a jelenlétét célzott kérdésekkel kell tisztázni:

- fejfájás: hová lokalizálódik, milyen jellegű,
- zsibbadásérzés van-e,
- látászavar, látásromlás, kettős látás, látótér-beszűkülés,
- szaglász-, ízérzés-, beszéd-, nyelészavar előfordulása.

A szédülést közvetlenül kiváltó ok

Itt azokat a betegségeket, eseményeket kellene megismernünk, amik közvetlenül hozzájárultak a szédüléses panaszok kialakulásához: trauma, hurutos állapot, védőoltások beadása, stresszhelyzet, különösen gyermekeknél nehezen objektivizálható tünetek mellett iskolai, családi konfliktusok fennállása, túlzásba vitt napozás.

Előző megbetegedések és predisponáló tényezők

Ebben a kérdéskörben a beteg ismert betegségei felől érdeklődünk: fejsérüléssel, agyrázkódással járó baleset, eszméletvesz-

téses rohamok előfordulása, meningitis, koponya műtét, szív-érrendszeri zavarok, szívelégtelenség, hipertónia, hipotónia, anyagcsere-betegségek, gerincelváltozások, mozgásszervi panaszok, műtétek, pszichés alkat, szorongás, depresszió, pánikbetegség. Munkakör, munkahelyi ártalmak lehetősége, különös tekintettel a vegyszerekre, gyógyszereszedési szokások: nyugtató-, altató hatású készítmények, ototoxikus szerek, fogamzásgátló tabletták, élvezeti szerek, alkohol, dohányzás, kávé, drogok.

A szédüléses vizsgálat kivitelezése

A spontán tünetek regisztrálása

A spontán nystagmusnak, félremutatásnak és dőléshajlamnak a megállapítása nagyon egyszerű, segédeszközök nélkül is kivitelezhető. Értékes információt nyújt a további vizsgálatoknál az, ha az első észlelő orvos dokumentálta ezeket a tüneteket. Diagnosztikus szempontból a harmonikus és diszharmonikus tünetcsoportot különböztethetjük meg ezek alapján, ami egyben a kórkép eredetére is utal (Harmonikus tünetek: a spontán nystagmus iránya ellentétes a dőlés és félremutatás irányával – perifériás megbetegedés, diszharmonikus tünetek: a nystagmus iránya megegyezik a dőlés és félremutatás irányával – centrális ok).

Pozicionális vizsgálat

Vizsgáló asztalon végezhető. A helyzeti nystagmus jelentkezését a beteg testhelyzetének lassú megváltoztatása után várjuk, hanyatt, oldalt fekvő helyzetben és lógó fejjel. A helyzeti nystagmus gyors helyzetváltoztatás után fellépő nystagmust tár fel, speciális oldalra fordított, lógó fejhelyzetben.

Cervikális csigolyabántalmak esetén különböző provokáló fej- és nyakmozgások után nézzük a nystagmus megjelenését összevetve a beteg által jelzett panaszokkal.

Ingerléses vizsgálatok

Hőingerlés esetén a két labirintust egymástól függetlenül a testhőmérsékletnél hidegebb vagy melegebb vízzel vagy levegővel hozzuk ingerületi állapotba. A működés mértékét a vestibulookuláris reflex, azaz a keletkező nystagmus reakció alapján állapítjuk meg. A forgatásos ingerlés mindkét labirintust egy időben ingerli, de ellenkező előjellel, az egyik oldalon a nyugalmi vestibularis tónus fokozása a másik oldalon a csökkentése jön létre. Ezek alapján a betegség oldaliságának a megállapítása bizonytalan, de a kompenzáció jelenléte, ennek mértéke bizonyítható (6).

Az otoneurológiai vizsgálatot korszerűen csak igényes műszerek birtokában lehet elvégezni.

A nystagmus megfigyelésének legegyszerűbb segédeszköze a Bartels- vagy Frenzel-szemüveg, amik a szemmozgást felnagyítják, a fixáció lehetőségét viszont kiiktatják. Igaz ezek a klasszikus eszközök csak megfigyelést tesznek lehetővé, de könnyen hozzáférhetők.

A nystagmus regisztrálása elektronystagmográf segítségével történhet. Ennek során a szemmozgáskor fellépő corneoretinális potenciál ingadozást vezetjük el az orbita széléről. A több csatornás eszközök a két szem horizontális és vertikális irányú kitéréseit izoláltan rögzítik, így lehetőség van a nystagmus hullám mennyiségi és minőségi analizisére. A nystagmus intenzitásának meghatározásánál figyelembe vehetjük a hullám amplitúdóját, frekvenciáját, a lassú fázis szögsebességét is. Ezek kiszámítása a görbe alapján manuálisan is megtörténhet, de igazán korszerűnek az a műszer tekinthető, ami számítógéppel van egybeépítve és a kiértékelés automatikusan végbemegy (5). Nagyon értékes diagnosztikus jegyeket hordoz a hullámok minőségi analizise: a hullámok méretbeli eltérései, egyenetlen-

sége, szünetképződés stb., ezek megállapítása azonban már nem nélkülözheti a hozzáértő személy jelenlétét. A nystagmográf a tekintőmozgások, az optokinetikus nystagmus vizsgálata is alkalmas, így bővül a centrális diagnosztika eszköztára. A hőingerlésnél vizet vagy levegőt juttatunk a hallójáratba, megfelelő hőmérséklet mellett (3). A víz hőmérsékletének beállításához termosztát, a levegőéhez elektronikus eszköz szükséges, ami a kellő mennyiségű levegőt beáramoltatja a hallójáratba.

A forgatásos ingerlés után kapott reakciót csak akkor tudjuk rögzíteni, ha az elektromos forgatószék a nystagmograph-fal össze van kapcsolva. A programozható forgatószék többféle ingerlési módot, különböző gyorsítás és végsebesség mellett tesz lehetővé (6).

A vestibulospinalis reflexek megfigyelése, úgy mint a Romberg-próba, Unterberger-próba, vakjárás, csillagjárás stb. mérőműszer hiányában csak nagyon tájékozódó jellegű eredményhez vezet. Az erre a célra kifejlesztett eszközök viszont nagyon speciálisak és elég költségesek, így azt mondhatjuk, hogy a rutin diagnosztikában nem nagyon terjedtek el. A szűkebb értelemben vett egyensúlytesztek azonban számos olyan kérdésre választ adhatnak, amik a vestibulookuláris reflex vizsgálatok tisztázatlanok maradnak (7). A craniocorpográfia a Romberg- és az Unterberger-teszt során megfigyelt fej- és törzsmozgások optikai leképezését és grafikai ábrázolását jelenti (1). Klinikánkon rendelkezünk posturográffal, ami a test súlypontingadozásait regisztrálja, meghatározza az ingadozási út hosszát, területét, koordináta rendszerben lerajzolja a testingadozás időbeli lefutását és megadja a Romberg quotiens mértékét is. Ez az utóbbi hányados a vizuális funkcionak az egyensúly megtartásában játszott szerepére utal. Véleményünk szerint a posturográfias mérés alkalmas a szédüléssel járó panaszok objektivizálására olyankor is, amikor a vestibulookuláris funkcióban eltérés nem mutatható ki, segítséget nyújt perifériás, centrális léziók elkülönítésében, maradandó vestibularis diszfunkció esetén a kompenzáció leérésére nyújt lehetőséget. A nemzetközi irodalomban számos olyan beszámolót olvashatunk, amelyek valamilyen provokációs eljárás során mérik a testtartási reflexeket, ill. ezeknek a megváltozásait. Provokáci-

ós eljárás, ha a beteget billenő lemezre állítjuk, vagy a lábikra izmait vibrációs hatásnak tesszük ki. Ezek az igényes vizsgálati módszerek új távlatokat nyitnak a vestibularis kutatásban.

Amint az eddigi felsorolásból látható, a vestibularis vizsgálat funkcionális módszerekből áll. Ezek alapján felmerül a gyanú, hogy az egyensúlyfunkció hogyan változott meg, topikailag hol lokalizálódik az elváltozás. Ennek a bizonyítása azonban képalakító eljárások nélkül nem képzelhető el, így az intracranialis folyamatok feltárásában a CT vagy az MR nélkülözhetetlen. Elképzelhetetlen a korrekt diagnózis felállítása a társszakkák igénybevétele nélkül, ahol az elsők között áll a neurológiai, szemészeti, belgyógyászati de gyakorlatilag az orvostudomány bármely ága adott esetben szóba jön. Az otoneurológus feladata ebben a helyzetben, hogy irányítsa a kivizsgálás folyamatát. Ez a nagyon rövid áttekintés a szédüléssel járó kórképek diagnosztikájáról csak gondolatébresztésre szolgál. Egy-egy konkrét kórkép jellegzetességeit, lefolyását, kezelését illetően tankönyveket vagy kézikönyveket lehet igénybe venni (2, 4). Hangsúlyozni kívánjuk viszont azt, hogy a szédülésről, egyensúlyzavarról panaszok beteget megfelelő otoneurológiai vizsgálatra kell irányítani, hogy az okok kiderítése után adekvát kezelést tudjunk elkezdni.

Irodalom: 1. Fabinyi B.: Craniocorpographiával szerzett klinikai tapasztalataink. Fül-orr-gégegyógy. 40, 41-47, 1994. – 2. Haid C. T.: Vestibularisprüfung und vestibuläre Erkrankungen Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1990. – 3. Kisely M., Tóth Á., Lampé I.: A vízzel és levegővel történő kalorikus ingerlés összehasonlítása. Fül-orr-gégegyógy. 39, 54-58, 1993. – 4. Ribári O.: Fül-Orr-Gégészeti, Fej-Nyaksebészeti. Medicina. Budapest, 1997. – 5. Szirmai Á., Ribári O., Martikány I., Répássy G.: Tapasztalataink az ICS Chartr ENG computeres elektronystagmograph használatával. Fül-orr-gégegyógy. 44, 49-55, 1998. – 6. Tóth Á.: A forgatásos ingerlés szerepe az otoneurológiai diagnosztikában. Fül-orr-gégegyógy. 35, 239-246, 1989. – 7. Tóth Á.: A vestibulospinalis reflexek helye az otoneurológiai diagnosztikában. Fül-orr-gégegyógy. 40, 67-75, 1994.

MEDMINT®

ORVOSI ESZKÖZ KERESKEDELMİ ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT.

1074 Bp., Barát u. 9.

Tel: 342-3511,

141-6487

Tel/fax: 322-8217

- ☐ Magánorvosi és intézeti rendelők felszerelése, berendezése.
- ☐ higanyos asztali, órás és fali vérnyomásmérők,
- ☐ fizioterápiás készülékek,
- ☐ orvosi táskák széles választékban,
- ☐ sztetoszkópok nagy választékban.

3M LITTMANN márkaképviselő

TANÁCSADÁS, FORGALMAZÁS, SZERVIZ

