

Dr Szirmai Ágnes

Benignus paroxysmalis positionalis vertigo

Összefoglalás:

A benignus pozicionális vertigo hirtelen fejhelyzetváltozáskor, bizonyos látencia után jelentkező, maximum 40 másodpercig tartó rotatoros nystagmussal jellemezhető, mely kifáradásos tüneteket mutat. Az oka mindmáig nem tisztázott, a cupulolithiasis, canalolithiasis elmélet a leginkább elfogadott. Ha a beteg fejét oldalra fordítva hirtelen lefektetjük hanyatt a beteget, lógó fejhelyzetig, a beteg oldalon heves rotatoros nystagmus látható. Az Epley és Semont nevéhez fűződő speciális tornával jó eredmények érhetők el. Emellett nagyon fontos a beteg pszichés támogatása, és a következményes anxieta kezelés.

Bevezetés

A szédülés a különböző lokalizációjú fájdalmak mellett az egyik leggyakoribb, sokszor ijesztő tünet, amely a beteget orvoshoz viszi. A beteg panaszai többnyire jellegzetesek, azonban nagyon sok esetben a beteg terjedősen, a szédüléshez kapcsolódó követő vegetatív tünetekre összpontosítva mondja el panaszait. Emiatt az egyensúlyrendszeri betegségben szenvedő beteg diagnosztikai problémát jelenthet a házi orvosnak és a szédülés határterületi jellegénél fogva a szakorvosoknak is. A szédülések egyik nagy csoportja a fejhelyzet vagy testhelyzetváltozásra kialakuló, ún. pozicionális nystagmus. A pozicionális nystagmusnak két típusa van, a helyzeti és a helyezési nystagmus. A kiváltás módja alapján megkülönböztetünk helyzeti nystagmust, mely perzisztáló jellegű, és helyezési nystagmust, mely átmeneti jelleggel váltható ki. A helyzeti nystagmus keresése statikus ingerlés, az adott fekvő testhelyzet számítás. A helyezési nystagmus dinamikus inger, a testhelyzet megváltozása során létrejött mozgás a nystagmus kiváltó ingere¹.

Jelentősége, hogy csak akkor diagnosztizálható, ha a beteg szemmozgásait különböző testhelyzetekben is ellenőrizzük. Mind a helyzeti és helyezési nystagmus lehet iránytartó, vagy irányát változtató. Az irányát megtartó általában perifériás vesztibuláris léziókban, az irányát változtató centrális károsodásokban jellemző. Mind a helyzeti, mind a helyezési nystagmus kiváltásakor fontos annak megfigyelése, hogy a nystagmus kimeríthető, kioltatható, esetleg fokozódik az intenzitása. Perifériás lézióban a nystagmus általában kimeríthető, azaz az ingerlés ismétlésekor az intenzitása csökken.

Mi a benignus paroxysmalis vertigo?

A különböző okból létrejött pozicionális nystagmusok között kitüntetett helyet foglal el a BPPV (szinonimái: cupulolithiasis, canalolithiasis). A benignus paroxysmalis pozicionális vertigo esetében különösen igaz az a régi, már-már közhelynek számító tanítás, hogy a jó anamnézis fél diagnózis.

A benignus paroxysmalis pozicionális vertigo-ról szóló első közlemény, 1921-ből Bárány Róbert nevéhez fűződik. Később, 1952-ben Dix és Hallpike foglalkozott sokat a kórképpel.

Gyakorisága 40-60/100 000 lakos, nőknél kétszer gyakoribb, mint férfiaknál.² A összes szédülő beteg csaknem 20%-a BPPV miatt szédül.³

Az elnevezésben a benignus azt jelenti, hogy a betegség háttérben sem térszűkítő folyamat, sem egyéb súlyos, halálos betegség nem áll. A benignus pozicionális vertigo hirtelen fejhelyzetváltozáskor, bizonyos látencia után jelentkező, maximum 40 másodpercig tartó rotatoros nystagmussal jellemezhető, mely kifáradásos tüneteket mutat. Az oka mindmáig nem tisztázott, erre utal a számos szinonimája is. Kiváltó okok lehetnek trauma, lezajlott neuronitis vestibularis, Ménière betegség, de autoimmun eredetű labirinthis bevezető tüneteként is leírták már.⁴ Sokszor idiopátiás, és gyakran visszatér. Felmerült már neurotrop

vírus okozta degeneráció lehetősége is², de a cupulolithiasis, canalolithiasis elmélet a leginkább elfogadott³.

A cupulolithiasis elmélet szerint kalcium kristály particulumok tapadnak le az cupula érzékelő sejtekre, így a cupula a gravitációra is érzékennyé válik. A canalolithiasis elmélet szerint a hátsó ívjáratban úszó partikulumok a fejhelyzettől és a gravitációtól függően szívó hatást gyakorolnak a cupulára.

A BPPV tünetei

A beteg panaszai nagyon jellegzetesek (1. ábra). Általában először a reggeli órákban jelentkeznek. A fő panasz a hirtelen, fejhelyzet-változásra jelentkező kifejezett forgó szédülés, mely miatt a beteg nem tudja a fejét egy meghatározott irányba fordítani. A szédüléssel roham körülbelül 40 sec alatt lezajlik, de a fej elfordításával újra jelentkezik, mindig ugyanabban a fejhelyzetben. Emiatt a beteg mereven tartja a fejét, nem mer mozdulni sem a kellemetlen szédülés miatt. Ha a fejét azonnal elfordítja, és megismétli a szédülést kiváltó fejhelyzetet, a szédülés csökken, majd kialszik. Ez az állapot napokig-hetekig eltarthat. Később ezért a beteg hetekig tartó szédüléssel állapotáról beszél, emiatt akaratlanul is nehezzé teszi a betegség kórismézését. Halláspanasz nincs, egyéb neurológiai tünet nincs.

1. ábra

Két nappal ezelőtt ébredés után, az ágyban megfordulva enyhe, pár másodpercig tartó, forgó jellegű szédülést éreztem. Nap közben semmi bajom. Következő két éjszaka szintén arra ébredtem, hogy egyik oldalról a másikra forduláskor szédülök.

Típusos anamnézis BPPV esetén:

A beteg leírása

A beteg vizsgálata

A beteg vizsgálatakor spontán vesztibuláris s tünet nincs, legfeljebb a beteg merev, védekező fejtartása

Dr Szirmai Ágnes

Semmelweis Egyetem, ÁOK

Fül–Orr–Gégészeti és Fej–Nyaksebészeti Klinika
1083 Budapest, Szigony u. 36.

1. táblázat

Ívjárat	Nystagmus jellege	
	Hallpike-Dix manőver	Felülés után
Hátsó	Felfelé csapó, torziós (geotrop)	Lefelé csapó
Elülső	Lefelé csapó, torziós (apogeotrop)	Felfelé csapó
Vízszintes	Horizontális	Horizontális (ellentétes irányú)

tűnhet fel. A pozicionális nystagmusok vizsgálatakor a fej és a test egymáshoz viszonyított helyzetét változtatva figyeljük a nystagmus látenciáját, amplitúdóját, frekvenciáját és irányát. A leginkább diagnosztikus értékű próba a Dix-Hallpike manőver (2. ábra).

2. ábra



A Dix-Hallpike manőver

A beteg fejét oldalra fordítva hirtelen lefektetjük hanyatt a beteget, lógó fejhelyzetig. Később a műveletet a másik oldalra fordítva is megismételjük. A betegség többnyire egy oldalon jelentkezik. A beteg oldal felé fordított fejjel történt fektetéskor a beteg pár másodpercnyi látencia után heves szédülést jelez, miközben heves rotatoros nystagmust látunk, többnyire az alul lévő fül irányába (geotrop nystagmus). A nystagmus legfeljebb 40 másodperc alatt megszűnik, párhuzamosan a beteg jelzi a szédülés megszűnését. Felülletéskor a nystagmus ellentétes irányú, időtartama nagyjából azonos. Esetleges elsápadás, vegetatív tünet miatt a beteg pihenésre szorulhat. Ha vegetatív tünet nincs, akkor megismételjük néhányszor a Dix-Hallpike műveletet. Típusos esetben a nystagmus intenzitása lassan csökken, majd kialszik. A beteg is jelzi, hogy a szédülés egyre kevésbé kifejezett. Ha a beteg nystagmusát fekvő nem vizsgáljuk, a betegséget nem tudjuk igazolni. *Gondolni kell rá, és a beteget Dix- Hallpike helyzetben is meg kell vizsgálni.*

Attól függően, hogy melyik ívjárat betegségről van szó, a kiváltódó

nystagmus többféle lehet.^{1,3.} (1. táblázat)

A leggyakoribb a hátsó ívjárat BPPV-je (90%), a többi jóval 10 % alatt marad^{1.} A mindennapi gyakorlatban a háziorvos számára elegendő, hogy a Dix- Hallpike manőverrel heves, döntően rotatoros, kioltható nystagmus provokálódik. Mivel többnyire a hátsó ívjárat betegségről van szó, a nystagmus iránya az alul lévő fül felé irányul.

A tünetek pár hét alatt spontán szűnnek, de későbbiekben recidiválhatnak.

Képalkotó eljárások, laborleletek, neurológiai status negatívak. Pszichés kísérő tünete lehet a fejmozdítástól és a következményes szédüléstől való félelem, amely nagymértékben visszavetheti a beteg gyógyulását. Emiatt anxiolitikus kezelésre szükség lehet.

Differenciáldiagnosztikai problémát okozhatnak a centrális vesztibuláris működészavarokhoz csatlakozó, változatos, de megmaradó, nem kioltható spontán nystagmusok. Ritkán, de előfordulhat, hogy a pozicionális vertigo több ívjáratban is megjelenik^{5.} Ilyenkor a változatos nystagmusok okoznak diagnosztikai nehézséget.

A BPPV terápiaja

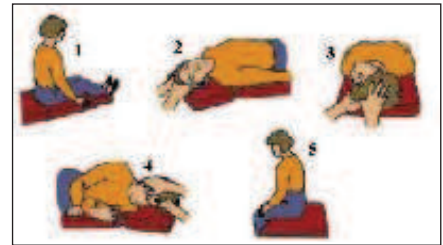
A terápia sokáig vitatott kérdés volt. Miután a betegség egy idő után spontán gyógyul, sokáig több szerző véleménye az volt, hogy nem kell kezelni. Mások B vitaminok adását javasolták, különleges vesztibuláris tréning mellett. Az utóbbi időben az Epley és Semont nevéhez fűződő speciális tornával jó eredmények érhetők el.

A Semont féle részecske felszabadító manőver szerint a beteget az egészséges fül felé fordított fejjel oldalra fektetjük (a beteg közben a cupula- elmozdulás miatti szédülést jelzi) majd a beteget felülletjük és a másik oldalon fektetjük le (további

partikulum- vándorlás újabb szédülést provokál). A beteget a végén felülletjük, miáltal a partikulumok az utriculusba kerülnek, és további szédülést nem okoznak.

Az Epley manőver (3. ábra) a canalolithiasis elvét veszi alapul. Az Epley művelet lényege az, hogy a szabadon úszó partikulumokat visszajuttatjuk az utriculusba.

3. ábra



Epley manőver jobboldali BPPV esetén

- Alaphelyzetben a beteg ül, fejét a horizontális síkban 45 fokkal az érintett oldal felé fordítjuk. A partikulumok az ampulla körzetében gyűlnek össze (3. ábra, 1. rajz)

- A beteg hátra dől, lógó fejhelyzetet vesz fel, fejét 45 fokkal az érintett oldal felé fordítja. az ampulla felől elmozduló partikulumok cupula- elmozdulást, következésképpen szédülést okoznak. (3. ábra, 2. rajz)

- A beteg a fejét lassan az ellenkező oldalra fordítja (90 fok), ez további részecske mozgást, és szédülést idéz elő. (3. ábra, 3. rajz)

- A beteg az egészséges oldali labirintus felé fordulva a vállán átfordulva további 45 fokkal oldalra fordul (összesen 135 fok), így a részecskék további szédülést provokálva és az ívjáratban tovább mozogva az utriculus közelébe jutnak (3. ábra, 4. rajz).

- A beteg a fejhelyzet fenntartásával lassan (kb. egy perc alatt) visszatér ülő helyzetébe, közben a részecskék az utriculusba jutnak. A szédülés megszűnik. (3. ábra, 5. rajz)

- Ismét a kiindulási fejhelyzetet: a hátsó félkörös ívjáratból a partiku-

lumok az utriculusba vándoroltak, a beteg panaszmentes.

A továbbiakban a betegnek még otthonában végzendő vestibuláris rehabilitációs gyakorlatokat kell végeznie. A beteget megtanítjuk, hogy a lefekvés-felülést, vagy nyakának elfordítását a szédülést kiváltó helyzetbe néhányszor ismételve meg, amíg a szédülés csökken, majd nem lesz ismételt kiváltható⁴. A betegnek a tornagyakorlatokat naponta 4-5 alkalommal ismételnie kell mindaddig, míg a szédülést már nem tudja kiváltani, azaz a partikulumokat szétszórta. Szorgalmasan gyakorlatozó betegnél a szédülésmenetség többnyire 3-4 hét alatt bekövetkezik, és a beteg meggyógyul.

Ha két hét után a Dix-Hallpike manőver nem negatív, az Epley manőver megismételhető.

Az elülső ívjárat BPPV-je nagyon ritkán fordul elő, ekkor a fordított Epley manőver a választandó kezelési eljárás. A horizontális ívjárat canalithiasis esetén 12 órás fektetés hatásos lehet, vagy az ún. Lem-

pert manővert (lassú körbeforgás az ágyban, „grillcsirke vagy barbecue” rotáció) javasolják.

Bizonyos, több mint egy éve fennálló, makacs esetekben a konzervatív kezelés eredménytelen, és a beteg életminősége nagyfokban romlik a visszatérő szédülés miatt. Ebben az esetben műtéti megoldás is szóba jöhet, bizonyos válogatott esetekben. A hátsó ampullához vezető ideg átvágása, esetleg a hátsó ívjárat obliterálása jöhet szóba.

A krónikusan szédülő beteg mindennapjainak kialakításában nagyon jelentős a házi orvos szerepe. A szédüléssel járó betegség súlyosan befolyásolja a beteg életminőségét.

A szédüléssel foglalkozó orvosok és a „gyakorlók” szédülő betegek számára is jól ismert, hogy a legkisebb mozgás is megterhelő lehet, mert kiválthatja a beteg szédülését. Nem szabad elfelejtenünk, hogy ami számunkra természetes, nem is tudatosuló mozdulat (például felfelé nézünk a falórára), az a szédülő betegnek esetleg rosszul érezhető eredményező, következésképpen

betegségtudatot erősítő tevékenység. Nehézséget jelenthet kezdetben a tisztálkodás, a hajmosás. A beteg a betegség fennállása alatt gépkocsit nem vezethet, a magasban nem dolgozhat.

Ebben a hosszú, mindkét részből türelmet igénylő orvos-beteg kapcsolatban a gyógyszerek felírása mellett sokat segíthet a beteg pszichés támogatása, az egyensúlyi gyakorlatok megtanítása.

Irodalomjegyzék:

1. Tóth Ágnes: *A pozicionális nystagmus diagnosztikus értéke és terápia* MOTESZ Magazin 2000/6-7. 18-24.
2. Büki Béla: *Szédüléssel járó kórképek*, Medicina, Budapest, 2008.
3. Thomas Brandt: *Vertigo (Its multisensory Syndromes)*, Springer-Verlag, London, 2000
4. Szirmai Ágnes: *Egyensúlyzavarok differenciáldiagnosztikája és terápia* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.
5. Pozsgai Zsolt, Bartalis Krisztina, Bagoly Andrea, Tarcsi Veres Botond, Kisely Mihály: *Atípusos pozicionális nystagmus* Fül-orr-gégyógyászat, 53/4, 2007, 182-186

Hozzászólás Dr. Németh Zsolt és mtsai.: A szájüregi daganatok megelőzése, szűrése c. közleményéhez

Érdeklődéssel olvastam Németh Zsolt tanár úr és munkatársai kiváló közleményét, amely a Hippocrates XII/1 folyóiratban jelent meg. A publikáció számos gyakorlati kérdést felvet, a szerkesztés didaktikus és a legújabb ismereteket is tárgyalja. Nem hagyhatom említés nélkül azt sem, hogy a cikk mélyen emberi megfogalmazásokat is tartalmaz, amely külön értéket képvisel a magas szakmai színvonal mellett. Gyakorló onkológusként magam is szembesülök azzal, hogy hangzatos „törekvések” ellenére preventív tevékenységünk rendkívül elégtelen, és éppen egy sérülékeny, igen hátrányos helyzetű populációban nem történik igazán hatékony megelőzés. A rossz szociális körülmények között élő, minden szempontból talajt vesztett embertársaink többsége csak a tisztázatlan eredetű és minőségű, a „károsnál is károsabb” cigaretta és szeszesitalokhoz jut hozzá, sokszor az egyetlen „örömforrást” keresve. A Hippocrates szerkesztőbizottsági tagjaként ezért is örültem annak, hogy ilyen témát is szerepeltethetünk egy kiváló közlemény formájában. A lap filozófiájának megfelelően a továbbiakban is helyt kívánunk adni minden olyan témának, amely az alapellá-

tásban dolgozó kollégák segítségét kéri olyan területeken, ahol a teljeskörű preventív munka csak a velük való, még szorosabb együttműködés útján valósulhat meg. A hivatkozott közlemény mondanivalója és üzenete rendkívül hangsúlyos. Hitem szerint igenis eljött tehát az idő arra is, hogy keressünk magunknak egy budapesti hidat, ahol mi is átvonulhatunk végre, hogy a döntéshozók, és minden jóérzésű honpolgár figyelmét felhívjuk a szájüregi, fej-nyaki daganatok elsődleges megelőzésének, valamint szűrésének lehetőségeire és szükségességére. A szerzők igen találóan fogalmazzák meg, hogy a szomorú statisztikák hátterében szinte senki sem lát „szenzációt”, és a fej-nyaki daganatos betegek között ritkán vannak „híres” személyek, politikusok vagy ismert média sztárok. Ennek ellenére nem szabad feladnunk, és minden eszközt fel kell használnunk arra, hogy a statisztikai adatok trendjét legalábbis fokozatosan, de befolyásolhassuk!

Dr. Langmár Zoltán
Semmelweis Egyetem
Radiológiai és Onkoterápiás Klinika,
II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika