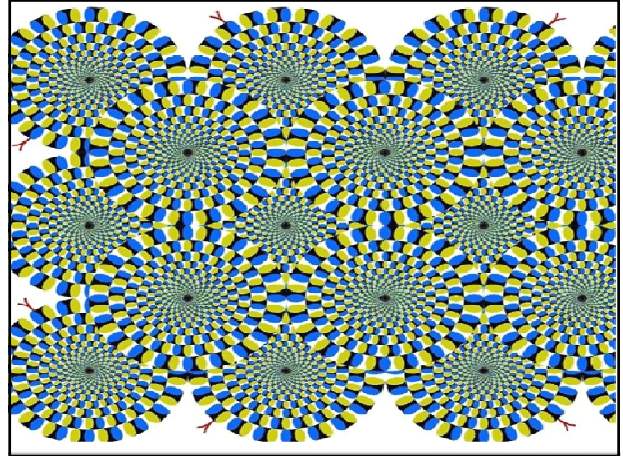


ACIL SERVİSTE BAŞDÖNMEŞİ

DR. FATMA ÖZDEMİR

VIII. ACIL TIP KIŞ SEMPOZYUMU

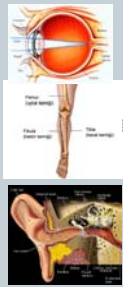


Dizziness

- Disequilibrium
- Near senkop
- Vertigo(%50 ↑)
- Non-spesifik dizziness(psikojenik, metabolik)

- Yılda 5.6 milyon klinik ziyaret
- Genel insidans %5-10
- 40 yaş ↑ %40
- 65 yaş ↑ %25 düşme

PATOFİZYOLOJİ



-Fasikülüs
Longitudinalis Medialis
- Vestibüler çekirdekler
- Serebellum
- Temporopariyetal
korteks

Göz hareketleri
kontrolü

Denge

Sistemik	Periferik	Santral
İlaçlar: Antikonvulsanlar, hipnotikler, antihipertansifler, alkol, analjezikler, trankilizanlar	Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) Meniere hastalığı Enfeksiyonlar: Vestibüler nöronit, labirentit, herpes zoster otikus, kronik otomastoidit Otoimmün hastalıklar: Cogan sendromu, PAN, Wegener gr., SLE, Behçet hastalığı Metabolik ve toksik nedenler: DM, üremi, hipotirodizm, otoskleroz, puget hast., ağır metaller, alkol, tittin, CO İlaçlar: Aminoglikozitler, loop diüretikler, aspirin, nonsteroid antiinflamatuarlar, platin bileşikler, antikonvulsanlar, kinin, kinidin Vaskülitler Diğer sistemik hastalıklar: polisitemi, anemi, disproteinemi, sarkoidoz, granulomatöz hastalıklar, sistemik toksinler Global serebral hipoperfüzyon: Vazo-vagal presenkop, azalmış kalp çıkış hızı, otonomik yetmezlik, hipovolemi	Vasküler: SVH, migren, yaşlarda frontal yitiriliş bozukluğu Enfeksiyonlar: MS, serebellit, vaskülit, sarkoidoz Epilepsi Enfeksiyonlar Tümörler: Primer/metastatik SSS tna, paraneoplastik Kranio-servikal kavşak hastalıkları: Chiari malformasyonu, baziller impresyon, syringobulbi Genetik: Spino-serebellar ve epizodik ataksiler Metabolik: Wernicke ansefalopatisi, DM, B12 yetmezliği, hipotirodizm, hiperventilyasyon Toksik: İlaçlar, alkol Degeneratif: Parkinson hastalığı, PSP, MSA, NBH Travma

YAKLAŞIM

AMAÇ

- Hastanın şikayetini anlamak(dizziness, near senkop,disequilibrium, vertigo)
- Gerçek vertigoyu tanımak
- Periferik vertigoyu ayırt etmek
- Santral vertigoyu ayırt etmek
- Tedavi

YAKLAŞIM

ÖYKÜ

- Esas yakınma nedir?
- Ne zaman başladı?
- Nasıl devam ettiği?
- Eşlik eden yakınma var mı?(Bulantı, kusma, görme bozukluğu, işitme azlığı,denge sızlık,tinnitus,baş ağrısı,fotofobi)
- Pozisyonla ilişkisi var mı?
- Ek hastalık(diabet,anemi,tiroid hastalıkları,aritmı,migren)
- İlaç kullanımı(vestibülotoksik,sss depresyonu,hipotansiyon)
- Travma öyküsü
- Viral hastalık

Hasta gerçek vertigo mu tanımlıyor?

HAYIR

Dizziness sebebini araştır

- Postural hipotansiyon
- Aritmi
- Hiperventilasyon sendromu
- Migren
- Hipertansiyon
- Anemi
- Hipoglisemi
- Epilepsi
- Presenkop (vazovagal)
- Psikojenik

TETKİK

- EKG
- Tam kan sayımı
- Glukoz
- Elektrolitler

Hasta gerçek vertigo mu tanımlıyor?

EVET

Öykü
•Süre
•Frekansı
•Eşlik eden şikayetler
•Provake eden durumlar

HAYIR

Dizziness sebebini araştır

FİZİK MUAYENE

- Genel değerlendirme
 - Genel görünüm
 - TA
 - NDS
- Sistem muayeneleri
 - Kardiyovasküler sistem
 - Baş ve boyun muayenesi
 - Nistagmus
 - Kafa çiftleri muayenesi
 - Serebellar testler
 - Pozisyonel testler

NİSTAGMUS

- Göz kürelerinin istem dışı, ritmik ve konjuge hareketleridir.
- Subjektif bir yakınma olan dizziness ve vertigonun **TEK OBJEKTİF** bulgusudur.
- Spontan ve pozisyonel bir nistagmusun saptanması vestibüler sistemdeki bir bozukluğun işareti gibi alınabilir.
- Muayene sırasında hastanın gözü tam lateral bakışa getirilmez.
- Bu durumda yorgunluk veya end point nistagmus oluşabilir.
- Hastanın bakışı orta hattan 30-40 derece saptırılarak yapılmalıdır.

Periferik vestibüler patoloji

- Eğer hastanın nistagmusu her yöne bakışta tek yöne vuruyorsa ve horizontal ise bu muhtemelen akut, unilateral periferik lezyona bağlı olur.

Bakış fiksasyonu

- Labirent kaynaklı spontan nistagmus fiksasyonla baskılanabilir.
- Santral spontan nistagmus ise fiksasyonla baskılanmaz.

Santral ve periferik nistagmus özelliklerinin karşılaştırılması

Özellik	Periferik	Santral
Latans	5-15 saniye	Latans yok
Persistans	50 saniyede kaybolur	1 dakikadan uzun süre
Yorulma (fatigability)	Tekrarında kaybolur	Tekrar eder
Pozisyon	Her zaman bilateral ve konjuge	Tek taraflı, diskonjuge olabilir.
Vertigo	Her zaman olur	Bazen olur
Nistagmus yönü	Tek yönlü	Baş pozisyonuyla değişir
Okuler fiksasyon	Etkilenir	Etkilenmez
Insidans	Pozisyonel vertigoların %85'i	Pozisyonel vertigoların %15'i

SEREBELLAR TESTLER

- Parmak- burun testi Dismetri
- Ellerin pronasyon-supinasyonu Disdiadokokinezi
- Yürüme Ataksi

ROMBERG TESTİ

- Hastadan elleri birbirine kenetli, ayakları bitişik şekilde gözleri açık olarak dik durması istenir. Daha sonra gözlerini kapaması istenir.
- Periferik vestibüler patolojilerde göz açıkken rahatça sağlanan denge gözler kapatılınca bozulur.
- Eğer hasta gözleri açıkken de dengesini sağlayamıyorsa santral patolojiler düşünülmelidir.

DIX-HALLPIKE TESTİ



Hasta gerçek vertigo mu tanımıyor?

EVET

Öykü
•Süre
•Frekans
•Eşlik eden şikayetler
•Provake eden durumlar

Nörolojik muayene normal mi

HAYIR

Dizziness sebebini araştır

SANTRAL
ACIL GÖRÜNTÜLEME

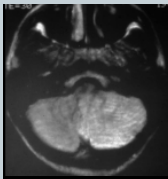
PERİFERİK ve SANTRAL VERTİGO AYIRICI ÖZELLİKLERİ

ÖZELLİK	PERİFERİK	SANTRAL
Şiddeti	Şiddetli	Hafif
Başlangıç	Ani	Yavaş
Süre	Saniyeler -dakikalar	Haftalar aylar
Pozisyonla ilişki	Var	Yok
Eşlik eden semptom	İşitme	Nörolojik, vizüel
Nistagmus	Horizontal,horizonto-rotatuar tipte	Vertikal, oblik veya karışık tipte

SANTRAL NEDENLER

- Vertikal nistagmus
- Baş ağrısı(oksipital)
- Kraniyal sinir lezyonu
- Dismetri, Disdiadikokinezi,Ataksi
- Menier hastalığı öyküsü olmaksızın akut vertigo ve sağırılık
- Persistan hiperakut vertigo

ACIL GÖRÜNTÜLEME



BPPV

- En sık vertigo nedeni
- 40 yaş ↑
- Otolit → posterior semisirküler kanal
- Ani baş hareketleri

EPLEY MANEVRASI

- %80 başarı¹
- Tekrarlayan uygulamalarda %100 başarı¹
- Randomize kontrollü çalışmalarda 44% - 88%^{2,3,4}

1. Epley J. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;1
 2. Froehling et al. Mayo clin proc Jul 2000
 3. Wolf et al. Clin otolaryngol feb 1999
 4. Aswanichanginda et al. ENT J Sep 2007







Epley manevrası

Kontrendikasyonları

- Kalp hastalığı
- Karotid arter stenozu, Karotis sinüs hipersensitivitesi
- Santral vertigo
- Gebelik (24th hafta)
- Servikal spondiloz

Komplikasyonlar

- Kusma
- Karşı taraf BPPV

VESTİBULER NÖRİT

- Viral ÜSYE
- 40-50 yaş↑
- Şiddetli vertigo
- Bulantı, kusma
- İşitme kaybı
- Steroid, istirahat

LABİRENTİT

- Viral , bakteriyel ÜSYE, Otit
- Şiddetli vertigo
- İşitme kaybı
- Bulantı, kusma
- Ateş
- Akut bakteriyel labirentit

MENİER HASTALIĞI

- Endo lemfatik hidrops
- Rekürren ataklar
- Vertigo -Şiddetli en az 5 -30 dak süren
- Tinnitus
- İşitme kaybı -Öncelikle tek taraflı olan
- Kulakta dolgunluk hissi



TEDAVİ

AMAÇ

- Vertigoyu azaltmak
- Bulantı-kusma ve varsa anksiyeteyi azaltmak

İLAÇ		DOZ
ANTIEMETİKLER	Metoklopramid	10-20 mg IV, PO q8h
	Proklorperazin	5-10 mg İM/PO Q 6-8 h
BENZODİAZEPİNLER	Diazepam	5-10 mg PO/IV/IM q4-6h
ANTİHİSTAMİNİK	Dimenhidrinat	50-100 mg IM, IV PO q4h
	Difenhidramin	25-50 mg IM, IV PO q4h
	Meklizine	25 mg PO q6-12h
	Betahistin	4-16 mg q 8h
Ca kanal blokerleri	Sinnarizin	150 mg PO od
	Nimodipin	30 mg PO tid
	Flunarizin	20 mg PO tid

❖ Başdönmesi nedeni sistemik nedenlerin ekartasyonu ❖ Şiddetli bulantı-kusması ve başdönmesi olan hastalar genellikle periferik vertigo ❖ Nörolojik muayene mutlaka yapılmalı ❖ Emin olunamayan vakalarda(yaşlılar!) ve persitan vakalarda görüntüleme ve konsultasyon ❖ Taburcu ettiğiniz vakalar dikkat gerektiren işler yapmamalı(araç kullanmak), yalnız kalmamalı

SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER
