

## Vertigo ve Nedenleri

KAYNAK SELEKLER \*

Başdönmesi, günlük hayatta sık karşılaşılan bir şikayet olup, hekimliğin karmaşık ve o nedenle de hekimi uğraştıran tam problemlerinden biridir. Bununla beraber ayrıntılı bir hasta hikayesi ile gerekli muayene ve tetkikler, doğru tanıya yönelmede çok yardımcıdır.

Bu yazının amacı, başdönmesi şikayeti ile karşılaşan hekime teşhis ve hastayı yönlendirme bakımından yardımcı olabilecek bilgileri sunmaktır. Bunun için bir dereceye kadar basitleştirilmiş şekilde tanı yolları verilmeye çalışılacaktır, böylece hem doktorun hem de hastanın zaman kaybı önlenmiş olacaktır.

Vertigolu hastanın değerlendirilmesinde kullanılan ve uzmanlık gerektiren karmaşık tanı teknikleri bu yazının sınırları dışında tutulmuştur. Hekim, başdönmesinin etyolojisi hakkında bir karara varduktan sonra eğer ileri laboratuvar tetkiklerinin yapımına gerek duyarsa, hastayı ilgili uzman veya kliniğe yönlendirmelidir.

### HASTA HİKAYESİ

Başdönmesi Ue başvuran bir hastada hikaye önemle ve dikkatle alınmalıdır. Çünkü hemen her hastada sonuca götürülen ip uçlarını hikayeden elde etmek mümkündür. İlk, hasta başdönmesi Ue neyi kasetmektedir, şikayetleri gerçek bir vertigo mudur, bu araştırılmalıdır? Hastadan yaşadığı hissin tam ve kesin tanımını yapması istenmelidir. Eğer hasta, başta sersemlik\* dengesizlik hissi, göz kararması gibi şikayetleri başdönmesi olarak belirtiyorsa bu gerçek vertigo değildir. Bu durum İngilizce literatürde "dizziness" olarak tanımlanan bir oryantasyon bozukluğudur (yazının sonunda bu konuya tekrar değinilecektir).

Vertigo ise oldukça farklı bir durum olup, bir hareket hallusinyasyonudur. tki sekide olabilir: Birincisinde kişi kendi sabit dururken çevresindeki eşyaların döndüğünü hisseder. İkincisinde ise, çevre sabitken kendisini onların etrafında dönüyor hissederek. Bu hareket hallusinyasyonu sıklıkla somatik semptomlarla birlikte olur.

Eğer hastanın tanımı gerçek vertigoya uyuyorsa, sebebinin periferik mi (kulak veya çevresi oluşumlardan kaynaklanır), yoksa santral mı (santral sinir sisteminden kaynaklanır) olduğunun ayırt edilmesi gerekir. Bu ayırtma çoğunlukla, hastanın nöbetinin başlangıcına dair anlattığı bulgulara dayanılarak yapılabilir. Bunun için şu soruların sorulması gerekir: Atak,

- Paroksizmal mi?
- Çok şiddetli mi?
- Kısa süreli mi?
- Başın pozisyonu ile ilgisi var mı?
- Kulak çınlaması Ue birlikte mi?
- Gelip geçici sağırılık şikayeti var mı?

Bu soruların onaylayan cevaplar vertigonun kaynağının genellikle periferik olduğunu gösterir. Eğer cevaplar genellikle olumsuz ise santral kaynaktan şüphelenilmelidir (Tablo 1).

Eğer sebep periferik ise, atak sırasında nistajusla beraber otonom sinir sistemi semptomları olan terleme ve kusma sıklıkla vardır. Bununla beraber hasta blincini kaybetmez ve diğer nörolojik bulgular genellikle yoktur.

### PERİFERİK NEDENLİ VERTİGO

Periferik nedenli vertigonun prototipi, fırtınalı bir denizde yapılan gemi yolculuğunda yaşanan şiddetli deniz tutmasıdır.

Bu tip vertigoya neden olacak hastalıklar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastada diğer karakteristik semptomlar yanında işitme kaybı ve kulak çınlaması olabilir. Bu durumda kulakta akut veya kronik bir problem olup olmadığını araştırmalı, yakın zamanda ağır kulak travması geçirip geçirmediği sorulmalıdır. *Akut veya kronik otitis media veya kulak travması* periferik vertigonun başlıca nedenleridir.

*Meniere sendromu* da aynı gruptadır. Burada ani, şiddetli epizodik vertigo atağı Ue birlikte bulantı ve kusma, kulakta dolgunluk hissi, kulak çınlaması ve işitmede azalma vardır. Şüpheli durumda hastaya özellikle vestibüler ve odyometrik testler yapılmalıdır.

\* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Bilim Dalı öğretim Üyesi

Tablo - 1

*Periferik ve Santral Vertigonun Ayırıcı Tanısı*

| SEMPTOM                          | PERİFERİK              | SANTRAL                   |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Hareket hallusinasyonu           | Belirgin               | Az belirgin               |
| Ortaya çıkışı                    | Genellikle paroksizmal | Nadiren paroksizmal       |
| Vertigonun derecesi              | Genellikle şiddetli    | Nadiren şiddetli          |
| Süre                             | Genellikle kısa        | Daha uzun                 |
| Baş pozisyonundan etkilenme      | Sık                    | Nadir                     |
| Nistagmus                        | Var                    | Var veya yok              |
| Otonom sinir sistemi semptomları | Belirgin               | Az belirgin veya yok      |
| Kulak çınlaması                  | Sıklıkla var           | Nadiren var               |
| İşitme kaybı                     | Sıklıkla var           | Nadiren var               |
| Bilinç bozukluğu                 | Nadiren var            | Sıklıkla var              |
| Diğer nörolojik bulgular         | Genellikle yok         | Olabilir veya olmayabilir |

sı yönünden bir KBB kliniğine yollanması gerekir.

Başdönmesi ile başvuran hastalım %, 15'inde pozisyonel vertigo vardır. Bu hastalar başın bazı pozisyonlarında ortaya çıkan birkaç saniye süreli başdönmesinden şikâyet ederler. Hastalara özellikle yattıkları zaman veya yatakta bir taraftan diğer yana döndüklerinde başdönmesi olup olmadığı sorulmalıdır. Ortostatik hipotansiyonda yalnızca ayağa kalkarken başdönmesi görülmesine karşılık, pozisyonel vertigo hem yatarken hem de yataktan kalkarken ortaya çıkar. Pozisyonel vertigo sıklıkla vestibüler bir olay olup selim tabiatlıdır ("*Benign*" pozisyonel vertigo).

*Akustik nörinom* ihtimali de gözden uzak tutulmamalıdır. Kulak çınlaması yüksek frekanslı mıdır? Ayrıca yüz ağrısı ve uyuşukluğu var mıdır? Muayenede nistagmus, kornea hissiyetinde azalma, periferik yüz felci, serebellar bulgular bulunabilir. Bu durumda hasta bir nörolog veya nöroşirurjiyene yollanmalıdır.

Diğer semptomlarla birlikte hasta burun veya ferinkse ait infeksiyon tanımlamakta mıdır? Viral bir infeksiyonun ateş dahil diğer belirtileri araştırılmalıdır. Eğer varsa *vestibüler nöronitis* düşünülebilir. Bu hastalık kişiyi çok rahatsız etmekle birlikte 4-8

Tablo - 2

*Periferik Vertigonun Nedenleri*

**Akut veya kronik otitis media**  
**Kulak travması**  
**Meniere sendromu**  
**Benign pozisyonel vertigo**  
**Akustik nörinom**  
**Vestibüler nöronitis**  
**Ototoksik ilaçlar**  
**Taşıt tutması**  
**Psikojenik**

haftada kendi kendine iyi olur.

Periferik nedenli vertigoya bazı *ilaçlar* da sebep olabilir. Hangi ilaçların ototoksisiteye, veya yan etki olarak vertigoya neden olduğunu hatırlamak için el altında bu ilaçların listesini bulundurmak gerekir (Tablo 3). Listenin başını "furosemide" ve "ethacrynic acid" gibi diüretikler çeker. Bu etkili ilaçların ciddi non-elektrolit yan etkilerinden biri ototoksisitedir. İntravenöz verilişlerinden hemen sonra kulak çınlaması, işitme kaybı ve vertigo görülebilir.

Tablo - 3

*Vertigoya neden olan ilaçlar*

- Antibiyotikler**  
**Streptomycin**  
**Gentamicin**  
**Neomycin**  
**Kanamycin**
- Diüretikler**  
**Furosemide**  
**Ethacrynic acid**  
**Acetazolamide**
- Salisilat ve antiinflatuar ilaçlar**  
**Aspirin**  
**Phenylbutazone**
- Antikonvulsifler**  
**Phenytoin**  
**Phénobarbital**  
**Ethosuximide**  
**Carbarn azepine**
- Anti-malaryal ilaçlar**  
**Kinin**  
**Chloroquine**
- Kinidin**
- Kafein**
- Sulfonamidler**
- Bazı sedatifler**
- Bazı toksinler**  
**Alkol**  
**Tütün**  
**Karbon morioksit**

Hastaya içki veya sigara içip içmediği sorulmalıdır. *Alkol ve tütün*'ün her ikisi de vertigoya neden olabilir.

Periferik vertigoda son neden *psikojenik* faktördür (Bu faktör santral nedenli vertigoya da sebep olabilir.). Bu tanı, organik bütün nedenler ekarte edildikten sonra düşünülmelidir. Eğer hastanın psikişik problemleri varsa ilkin, muhtemel organik nedenlerle birlikte gözden geçirilmelidir. Ayrıca vertigonun kendisi de emosyonel bozukluklara neden olabilir ve biri diğerini provake edebilir. Hastalar devamlı gelecek atağın endişesini taşıyabilirler.

Bazen vertigo için organik bir sebep bulunmadığı gibi, hasta da herhangi bir emosyonel çatişma bildirmiyebilir. Bu durumda psikiyatri konsültasyonu tek başvurma yeridir. Organik neden bulunamayan bazı hastalar ısrarla psikojenik açıklamayı kabullenmezler. Bu tip hastalar bir psikiyatrist'e gitme yerine, vertigo üe birlikte yaşamayı tercih edebilirler.

### SANTRAL NEDENLİ VERTİGO

Eğer vertigo için periferik bir neden yoksa santral sebepler düşünülmelidir. Bununla beraber her iki neden arasındaki bazı farkların her zaman kesin olmadığı da akılda tutulmalıdır.

Tablo 1'de gösterildiği gibi santral mekanizmalı semptomlar periferik tipin karşıtıdır. Santral nedenli vertigo nadiren paroksismaldir, şiddeti daha azdır, fakat atağın süresi genellikle daha uzundur. Kulak çınlaması,sağırılık ve diğer otolojik semptomlar nadiren mevcuttur. Ayrıca periferik nedenli vertigoda görülen otonom sinir sistemi semptomları genellikle yoktur. Diğer yandan bilinç değişikliğine ait şikayetler bulunabilir.

Vertigodan başka gelip geçici nörolojik semptomlar santral nedeni işaret eder. Bu nedenle hastaya gelip geçici çift görme, körlük, konuşma bozukluğu (dizartri veya disfazi), ekstremitelerde kuvvetsizlik, uyuşma gibi şikayetleri olup olmadığı sorulmalıdır. Konuşma, motor ve duyu sistemlerine ait herhangi bir şikayet santral nedeni düşündürmelidir.

Eğer vertigonun santral nedenli olduğu düşünülüyorsa, ilkin vasküler bozukluklar ayırt edilmelidir. Hastanın aüesinde diabet, felç, miyokard infarktüsü, hipertansiyon veya arterioskleroz hikayesi olup olmadığı soruşturulmalıdır. Hastanın kendisinin koroner arter hastalığı, hiperkolesterolemi, hipertansiyon gibi vertigoya sebep olabilecek bir hastalığı var mı, sorulmalıdır. Eğer varsa hasta serebro-vasküler atak geçirme riski taşımaktadır.

Hikâye ve fizik muayene bulguları bu risk faktörlerini gösterirse hastanın bir nörologa gönderilmesi uygundur. İhmal, yanlış tam veya tanının gözden uzak tutulması ilerde hastada felç yerleşmesi gibi üzücü bir olaya yol açabilir.

Diğer santral vertigo nedenleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo - 4**

#### *Santral Vertigonun Nedenleri*

1. **Vasküler nedenler**
  - Serebral iskemik atak
  - Vertebro-baziler yetmezlik
  - Wallenberg sendromu
  - Arterioskleroz
2. **Tumoral nedenler**
  - Serebellar tümör
  - Beyin sapı tümörü
3. **Kafa travması**
4. **Epilepsi**
5. **Dejeneratif hastalıklar (Multipl skleroz)**
6. **Psikojenik**

### YALANCI BAŞDÖNMESİ NEDENLERİ

Yazının başında da belirtüdüğü üzere bazen hastalar göz kararması, dengesizlik, sallanma ve başta sersemlik hislerini başdönmesi olarak belirtirler (Dizziness). Bu hastalar düşmekten korktuklarından yürümekten çekindiklerini de söyleyebilirler. Gerçekte bu, hastanın yürüme problemi olduğu anlamına gelmez.

Burada da tanı yaklaşımı santral nedenli vertigoda olduğu gibi yapılmalıdır, önce vasküler nedenler düşünülmelidir. Vertebro-baziler yetmezlikli hastaların yaklaşık % 50'sinde bu tip şikâyetler vardır.

**Tablo- 5**

#### *Diğer Başdönmesi (Dizziness) Nedenleri*

1. **Vasküler faktörler**
  - A. **Damarlara ait faktörler**
    - Arterioskleroz
    - Hipertansiyon
    - Dıştan bası (Servikal spondiloz)
  - B. **Kana ait faktörler**
    - SeKiler elementler, plasma veya her ikisine ait bozukluklar
    - Kan hacmi bozuklukları
2. **Kardiyak faktörler**
  - Kapak hastalıkları
  - Myokard hastalıkları
  - Ritim bozuklukları
3. **Metabolik bozukluklar**
  - Hipoglisemi (Diabet)
  - Hipervantüasyon (Pulmoner veya psikojenik)
4. **İlaçlar (Antihistaminik, stimülan, antihipertan şifler)**
5. **Psikojenik**
6. **Oküler**
7. **Migren ekivalanı**
8. **Sistemik hastalıklar**

Hasta düşme atakları (drop attack) geçiriyor mu? Diğer nörolojik semptomlar olmuş mu, sorulmalıdır? Kalpte üfürüm olup olmadığı dinlenmeli, arterioskleroz, lipid anormallikleri, diabet, hipertansiyon gibi predispozan faktörlerin olup olmadığı araştırılmalıdır.

Bu tip şikâyetlere (dizziness) sıklıkla neden olan çeşitli hastalıklar Tablo 5'de gösterilmiştir.

#### TEDAVİ

Tedavi başdönmesine neden olan etyolojiye yönelik olmalıdır, örneğin başdönmesinin nedeni akustik nörinom veya vertebro-baziler yetmezlik ise, bunların tedavisi gerekecektir.

Vertigonun kendisinin ise spesifik bir tedavisi yoktur. Bununla birlikte tuz kısıtlaması ile bazı ilaçlar kullanılabilir.

— Antihistaminikler: Cinnarizine (Stugeron, Sefal) 25 mg. tab., Meclizine (Antivert) 12,5 mg.

tab., Dimenhydrinate (Dramamine) 50 mg. tab., Diphenhydramine (Benadryl) 25 mg. kap. den günde 3-4 tane yardımcı olabilir.

— Antiemetikler: Trimethabenzamide HCl (Emedur, Antivomit) 200 mg. amp. veya suppozituvardan günde dört taneye kadar tatbik edilebilir.

— Fenotiazinler: Chlorpromazine (Largactil) 25 mg. tab., Tiethylperazine (Torecan) 6,5 mg. drajedan günde 3-4 kez verilebilir.

— Trankilizanlar: Akut periferik vestibüler vertigolu hastalan psikişik yönden rahatlatmak için minöntrankilizanlar (benzodiazepin grubu) vermek gerekebilir. Tedaviye küçük dozda eklenecek bu ilaçlar hastalann anksietesini azaltır.

— Psikiyatrik yaklaşım: Bu durum özellikle problemin psikojenik olduğu durumda uygundur. Hataya şikâyetinin psikojenik kaynaklı olduğunun anlatılması faydalı olabilir. Bununla birlikte bazı hastalar semptomlarını, problemlerine tercih ederler.

#### KAYNAKLAR

1. Barber, H.O.: Diagnostic techniques in vertigo. *Journal of Vertigo* 1, 1, 1974.
2. Cawthome, T., Dix, N.R., Hood, J.D. et al: Vestibular syndromes and vertigo. Differential diagnosis between central and peripheral involvement In: *Handbook of Clinical Neurology*, P.J. Vinken and G.W. Bruyn (Eds), North-Holland Publishgn Company, Amsterdam, 1969, VoL 2, pp: 358-39L
3. Drachman, D.A.,and Hart, C.W.: An approach to dizzy patient *Neurology*, 22, 323, 1972.
1. Drachman, D.A.: Episodic Vertigo. In: *Current Therapy*, H.F. Conn (Ed), W.B. Saunders Co., 1974, pp: 684-688.
5. Dix, M.R.: The physiological basis and practical value of head exercises in the treatment of vertigo. *The Practitioner*, 217, 919, 1976.
6. Finestone, A.J.: Vertigo and dizziness: How to pinpoint their cause. *Modern Medicine*, 4, 22, 1979.
7. Roydhosue, N.: Vertigo and its treatment *Drugs*, 7, 297, 1974.
8. Samuels, M.A: *Manual of Neurologic Therapeutics*. Little, Brown and Company, Boston, 1978.
9. Weiss, A.D.: Central vestibular diagnosis-neurologic examination. *Ann. Otol. RhinoL Laryngol.* 77, 216, 1968.