

Csak időnként szédül a beteg, mi baja lehet?



Mi az a Ménière betegség?



Kapcsolat a fülzúgás fejezettel

V./4. fejezet: Inadekvát vestibuláris stimulációk és gátlások

A mindennapi klinikai praxisban leggyakrabban két megjelenési formával találkozhatunk:

Ménière szindróma (Valódi Ménière betegség és arra hasonlító más kórfolyamatok)

Benignus paroxizmális pozicionális vertigo (BPPV)

V./4.1. I. Ménière szindróma

V./4.1.1. Kiváltó okok

A Ménière szindróma nem azonos a Ménière betegséggel. Míg a Ménière betegség jól körülhatárolt klinikai entitás, addig a Ménière szindróma csak annyit jelent, hogy a betegnek Ménière-szerű – azaz vestibuláris rendszeri eredetű – szédüléssel roszulléte van, mely lehet centrális vagy perifériás eredetű egyaránt.

A Ménière szindróma alatt tehát hirtelen jelentkező szédüléssel roszullét értendő nisztagnussal, hányingerrel, hányással. Ez a diagnózis nem fajlagos kórisme, a tünetegyüttes oka bármely szédüléssel roszulléte okozó betegség lehet, centrális és perifériás egyaránt.

A Ménière betegség rohamokban jelentkező belsőfül-megbetegedés. A rohamok néhány órán keresztül tartanak, általában féloldali fülzúgással, fülzúgás-érzéssel, hallásromlással, heves forgó szédüléssel és hányingerrel járnak.

Ménière betegségben a jellegzetes elváltozás: a hártás labirintus erős kitágulása, amely a kórosan fokozott endolimfa-produkcióra vezethető vissza. Nincsenek pontos ismereteink arról, hogy a fokozott endolimfa-produkció mire vezethető vissza.

V./4.1.2. A beteg panaszai

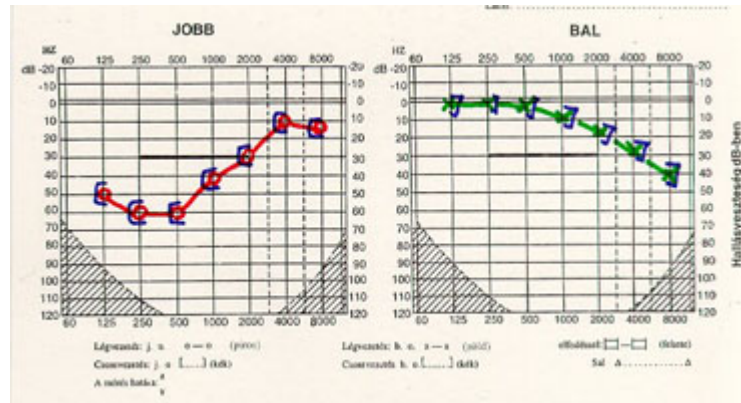
Váratlanul jelentkező erős, forgó jellegű szédülés, mely minimum ½ óráig, maximum 24 órán át tart. A roham előtt kevés idővel vagy a roham alatt erős, búgó, mély hangú fülzúgás jelentkezhet. Ha a betegnek már többször volt rohama, a rohamok között a fülzúgás maradandó, magas hangú, sziszegő. A roszullét alatt heves hányinger, hányás, hasmenés jelentkezhet. A beteg járásképtelen. Előrehaladott stádiumban a rohamok között is fennáll egyensúlyzavar, bizonytalan szédülés.

V./4.1.3. A beteg tünetei

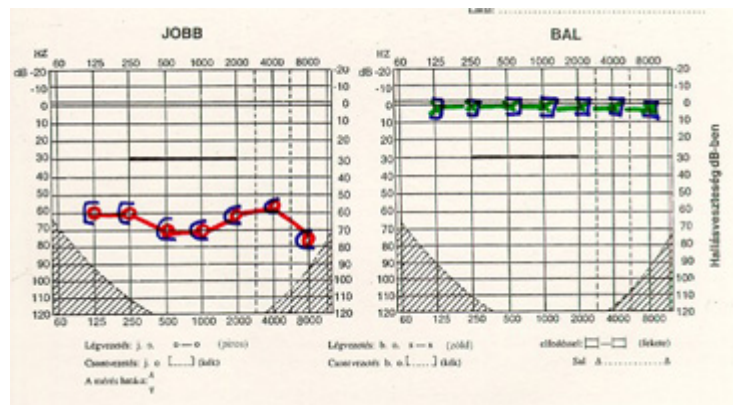


Kapcsolat a
hallásvizsgálatok fejezettel

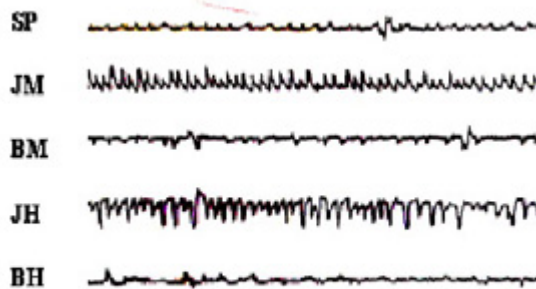
A hallásromlás idegi jellegű, és inkább a mély hangok területén észlelhető. A rohamok alatt ehhez társul a bűgő fülzúgás. Vestibuláris részről pár órán keresztül fejmozdításra fokozódó, heves, forgó jellegű szédülés jelentkezik hányingerrel, hányással. A típusos Ménière-es roham 2-6 óra alatt lezajlik, és a beteg – a rosszullet miatti fáradtságtól eltekintve – panaszmentessé válik. Előrehaladott stádiumban a hallás már minden frekvencián romlik, az egyensúlyi végkészülék működése csökken.



Audiogram: kezdődő jobb oldali Ménière betegségben



Audiogram: jobb oldali előrehaladott Ménière betegségben



Baloldali vestibularis kiesés ENG képe

V./4.1.4. A betegség kezelése

Az akut roham esetén mindenképpen ágynyugalom, a mozgítás kerülése. Tablettás készítmény a hányás miatt nem adható. Szedatívumok adhatók.

Nem tudok felkelni és
lefeküdni,
mert szédülök!
Mi ez?



Amennyiben a betegnek vegetatív tünetként hasmenése nincs, úgy dimenhidrinát kúp is adható.

A beteg további kezelése és gondozása valódi Ménière betegség esetén fül-orr-gégész szakorvos feladata. A rohamok közötti kezelés elsődleges célja a további rohamok megelőzése. Elsősorban betahisztin adása, keringésvajítás, sószegény diéta javasolt. Előrehaladott betegségben szóba jöhet kémiai labirintektómia, intratimpanális gentamicin adása is. Egyes esetekben az endolimfa-zsák megnyitása (szakkotómia) is csökkentheti a rohamok számát.

A Ménière szindróma súlyosan befolyásolja a beteg életminőségét. Még a rohammentes periódusban is bizonyos életviteli korlátozásokra kényszerül. Gépkocsit nem vezethet, magasban nem dolgozhat. Hallásromlása miatt zajos helyen nem dolgozhat. A betegekkel elfogadtatni ezt igen nehéz.

V./4.2. II. Benignus paroxizmális pozicionális vertigo (BPPV)

V./4.2.1. A betegség okai

A hirtelen jelentkező szédüléssel járó állapotok között a leggyakoribb a BPPV (szinonimái: kupulolitiázis, kanallolitiázis). A benignus paroxizmális pozicionális vertigo esetében különösen igaz az a régi, már-már közhelynek számító tanítás, hogy a jó anamnézis fél diagnózis.

Az elnevezésben a benignus azt jelenti, hogy a betegség hátterében sem térszűkítő folyamat, sem egyéb súlyos, halálos betegség nem áll. Az oka mindmáig nem tisztázott, erre utal a számos szinonimája is. Sokszor idiopátiás, és gyakran visszatér. A kupulolitiázis elmélet szerint kalcium kristály partikulumok tapadnak le a kupulaérzékelő sejtekre, így a kupula a gravitációra is érzékennyé válik. A kanallolitiázis elmélet szerint a hátsó ívjáratban úszó partikulumok a fejhelyzettől és a gravitációtól függően szívó hatást gyakorolnak a kupulára.

V./4.2.2. A beteg panaszai

A benignus pozicionális vertigo hirtelen fejhelyzetváltozáskor, bizonyos látencia után jelentkező, maximum 40 másodpercig tartó rotatoros nisztagnussal jellemezhető, mely kifáradásos tüneteket mutat. A beteg panaszai nagyon jellegzetesek. Általában először a reggeli órákban jelentkeznek, ágyban megforduláskor vagy felkeléskor. A fő panasz a hirtelen, fejhelyzetváltozásra jelentkező, kifejezett forgó szédülés, mely miatt a beteg nem tudja a fejét egy meghatározott irányba fordítani. A szédüléssel járó roham körülbelül 40 másodperc alatt lezajlik, de a fej elfordításával újra jelentkezik, mindig ugyanabban a fejhelyzetben. Halláspanasz nincs, egyéb neurológiai tünet nincs.

V./4.2.3. A beteg tünetei

A beteg vizsgálatakor spontán vesztibuláris tünet nincs, az egyetlen diagnosztikus értékű próba a Dix-Hallpike manőver.

A fej 45 fokkal 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 nisztagmust látunk, többnyire az alul lévő fül irányába (geotróp nisztagmus). A nisztagmus legfeljebb 40 másodperc alatt megszűnik, párhuzamosan a beteg jelzi a szédülés megszűnését. Felültetéskor a nisztagmus 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 nisztagmus intenzitása lassan csökken, majd kialszik. A beteg is jelzi, hogy a szédülés egyre kevésbé kifejezett. Gondolni kell rá, és a beteget Dix-Hallpike helyzetben is meg kell vizsgálni.

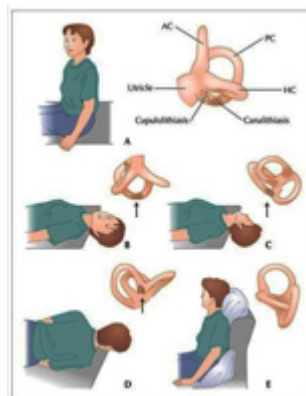
A tünetek pár hét alatt spontán szűnnek, de későbbiekben recidiválhatnak.

V./4.2.4. A BPPV terápiaja

A terápia sokáig vitatott kérdés volt. 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 kupula-elmozdulás miatti szédülést jelzi), majd a beteget felültetjük, és a másik oldalon fektetjük le (további partikulum-vándorlás újabb szédülést provokál). A beteget a végén felültetjük, miáltal a partikulumok az utrikuluszba kerülnek, és további szédülést nem okoznak.

Az Epley manőver a kanalolitiázis elvét veszi alapul. Az Epley művelet lényege az, hogy a szabadon úszó partikulumokat visszajuttatjuk az utrikuluszba. Ennek menete a következő: a beteg a vizsgálóasztalon ül 45°-ban oldalra fordított fejjel. A beteget hirtelen lefektetjük, úgy, hogy a feje túlérjen a vizsgálóasztalon. A beteg fejét lassan, 20 másodperc alatt átfordítjuk a másik egészséges oldalra. A beteget lassan oldalra fektetjük, úgy, hogy arca a föld felé forduljon, és 20 másodpercet várunk. A beteg fejét lassan, mozdulatlanul tartva lassan felültetjük.



1. ábra: Epley manőver. A nyilak az otolithok mozgását jelzik a hátsó ívjáratban.

A továbbiakban a betegnek még otthonában végzendő vesztibuláris rehabilitációs gyakorlatokat kell végeznie. A beteget megtanítjuk, hogy a lefekvést, a felülést vagy a nyakának elfordítását a szédülést kiváltó helyzetbe néhányszor ismétlje meg, amíg a szédülés csökken, majd nem lesz ismételtén kiváltható.