

Szédüléssel járó kórképek sürgősségi diagnosztikája

Dr. Mike Andrea¹, Dr. Tamás László², Dr. Tompos Tamás²

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Neurológiai Osztály

²Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-, Nyaksebészeti Osztály

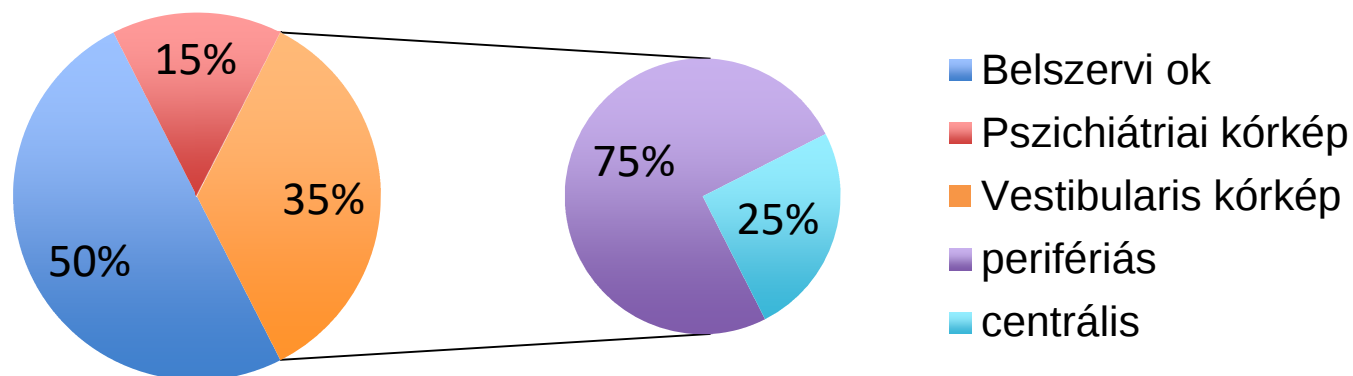


XV. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus

2016.11.17.-19., Siófok

Szédülés előfordulása az SBO-n

- szédülés, vezető tünetként SBO-n: 2.5-6%
- sokféle, különböző kórkép:



- benignus, spontán gyógyuló vs. veszélyes kórképek (pl. stroke, szívritmus-zavar, hipovolémia, akut intoxikáció, metabolikus zavar)
- klinikai prezentáció sokszor hasonló!
- differenciáldiagnosztika SBO-n!



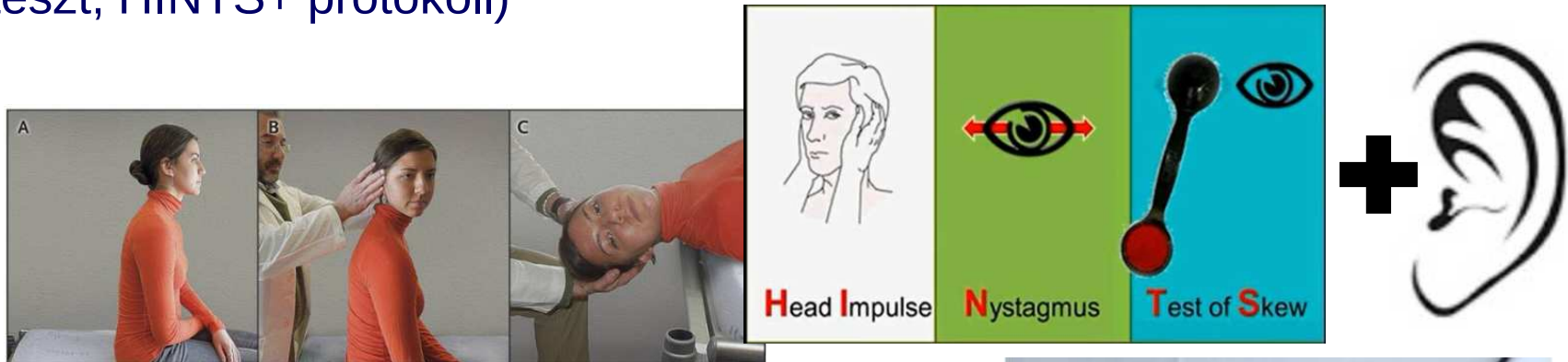
Szédülés előfordulása az SBO-n

- sokszor helytelen vagy tüneti diagnózis (akkor is ha a beteget neurológus is megvizsgálja)
- *vertebrobasilaris területi (VB) stroke*: a dg. felállításának elmaradása → ismétlődés és későbbi súlyosabb egészségkárosodás kialakulásának veszélye
- *benignus perifériás vestibularis kórkép*: felismerésének elmulasztása, nem megfelelő kezelése → életminőségét rontja, elesés fokozott kockázata (BPPV), krónikus panasz és ráépülő pszichiátriai tünetek kialakulásához vezethet
- SBO-n a szédüléssel jelentkező betegek 3.2-4%-ának van VB stroke-ja
- ***VB stroke >50%-ban nyilvánvaló góctünet nélkül, izolált akut vestibuláris szindróma (AVS) képében jelentkezik***



Szédülés diagnosztika az SBO-n

- az utóbbi években a szédülés diagnosztikájában és terápiájában ugrásszerű fejlődés
- új, modern innovatív vizsgálómódszerek, hatékony terápiás eljárások:
 - *betegágy melletti fizikális vizsgálat* (Dix-Hallpike manőver, fej-impulzus teszt, HINTS+ protokoll)



- *műszeres vizsgálóeszközök*
(video-okulográfiás szemüveg)



- első orvos-beteg találkozásnál 80%-ban specifikus diagnózis állítható fel

<i>régi dogma</i>	<i>modern szemlélet</i>
•túl nagy hangsúly a szédülés kvalitasának leírására	•szédülés szubjektív jellegének nincs diagnosztikus értéke •fontos az időbeli lefolyás, triggererek, társuló panaszok
•fizikális vizsgálat során góctünetek keresése •neurológiai góctünet hiánya kizárja az VB stroke-ot	•pontos szemmozgás-, nisztagnusvizsgálat, pozícionális tesztek •HINTS+ protokoll akut vesztibuláris szindrómában •video-okulográfiás szemüveg
•negatív koponya CT kizárja a centrális okot	•esetek többségében nincs szükség képalkotó vizsgálatra, koponya CT vérzés kizárására jó, akut ischémiás stroke képalkotó dg.-a a DWI MRI
•szédülő idős betegnek stroke-ja van, fiatal beteg szédülésének perifériás oka van	•perifériás eredetű szédülés 3x gyakoribb, mint a centrális ok
•halláscsökkenéssel járó szédülés perifériás kórképre utal •fejmozgásra fokozódó szédülés benignus perifériás okra utal	•halláscsökkenéssel járó szédülés oka lehet labyrinth stroke •fejmozgásra fokozódó szédülés minden vestibularis eredetű kórképre jellemző

Szédülés diagnosztika a győri SBO-n

- ***Célkitűzés:***

- sürgősségi ellátásban a szédülő betegek diagnosztikai és ellátási gyakorlatának felmérése
- szédülés prevalenciájának és a felállított diagnózisok spektrumának felmérése
- eredmények összehasonlítása nemzetközi adatokkal

- ***Betegek és módszerek:***

- győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház SBO-ján 2016.03.-2016.07. (5 hónap) között szédülés, mint vezető panasz miatt ellátott betegek ambuláns lapjának adatainak retrospektív elemzése
- vizsgált adatok: demográfiai jellemzők, anamnesztikus adatok, fizikális vizsgálat, diagnózisok, kezelés

Eredmények és irodalmi összehasonlítás

győri adatok:	irodalmi adatok:
Szédülés előfordulási aránya	
•1.5%, <i>naponta átlag 2.76 beteg</i> (423/27.404 eset)	•USA: 2.5-3.3%* •Mo.: 3%** •Olaszo.: 0.94%***
Demográfiai adatok	
•életkor: 10-93 év, átlag 55.31±18.82 év; nő:férfi= 2:1	•50 év felett gyakorisága nő, átlag 54.4 év* •nő: 60-61.4%

győri adatok:			irodalmi adatok:
Konzíliumkérés			
összesen: 45.1%	neurológiai: 97%	fül-orr-gégészeti, gyermekgyógyászati, nőgyógyászati, idegsebészeti: 3%	neurológiai és fül-orr-gégészeti konzílium: 0.5%****
•Koponya CT vizsgálat: összesen: 21.5% •BPPV-ben: 4.4%			•Koponya CT vizsgálat BPPV-ben: 29.5%****

*Kerber et al., Acad Emerg Med 2008; Newman-Toker et al., Mayo Clin Proc 2008; **Varga és mtsai, Ideggyógyászati Szemle 2010; ***Crespi et al., Neurol Sci 2004; ****Kerber et al., Otolaryngol Head Neck Surg 2013

Eredmények és irodalmi összehasonlítás

győri adatok:				irodalmi adatok:	
Felállított diagnózisok					
•nincs vagy tüneti diagnózis: 33.9%				USA*: 22.0%	
nincs: 28.1%	tüneti: 1.4%	nyaki spondylosis: 1.1%	VBI: 3.3%		
•belső ok: 17.4%				USA*: 39.0%	
•vesztibuláris kórképek: 33.1%				USA*: 11.0%	
BPPV: 12.8%	VB stroke/T IA: 11.6%	vestib. neuritis: 4.5%	vestib. migrén: 1.7%	Meniere: 1.6%	perifériás lézió: 0.9%
perifériás: 21.5%, centrális: 11.6%				•perifériás vestib. kórkép: 7% •VB stroke: 4% •pseudoneuritis vestibularis 35%-át tévesen diagnosztizálják	
•pszichogén: 7.6%				USA*: 8.0%	
•egyéb okok: 6.9%				USA*: 17.0%	

*Kerber et al., Acad Emerg Med 2008

Eredmények és irodalmi összehasonlítás

győri adatok:			irodalmi adatok:
Nystagmus vizsgálata			
	SBO orvos:	Neurológus:	USA*: •nystagmust észleltek: 20.9% •pontatlan leírás: 26% •teljesen pontos leírás: 5.4% •a nystagmus leírása ellentmondásban állt a felállított diagnózissal: 80.7%
•nystagmust észlelése	23.0%	36.3%	
•pontos leírás:	12.2%	27.1%	
•pontatlan leírás:	10.2%	9.2%	

*Kerber et al., Acad Emerg Med 2011

Eredmények és irodalmi összehasonlítás

<i>győri adatok:</i>	<i>irodalmi adatok*:</i>
BPPV	
Anamnézis • krónikus panasz: 3.7% • rohamszerű: 35.2% • testhelyzetváltoztatásra: 29.6% • ismétlődő epizódok: 29.6%	• rohamszerű: 42.1%
Nystagmus: • nincs: 64.8% • Dix-Hallpike manőver: 31.5%	• Dix-Hallpike manőver: 5.2% • pontos leírás: 0.8% • vestibularis neuritis és BPPV diagnózisa nem áll összhangban a leírt nystagmussal: 80.7%
Terápia: • Epley torna: 31.5% • Epley torna javasolt: 5.6% • betahistine: 22.2% • infúzió vagy tüneti: 31.5% • nem kapott: 9.3%	• Epley torna: 3.9%

*Kerber et al., Otolaryngol Head Neck Surg 2013

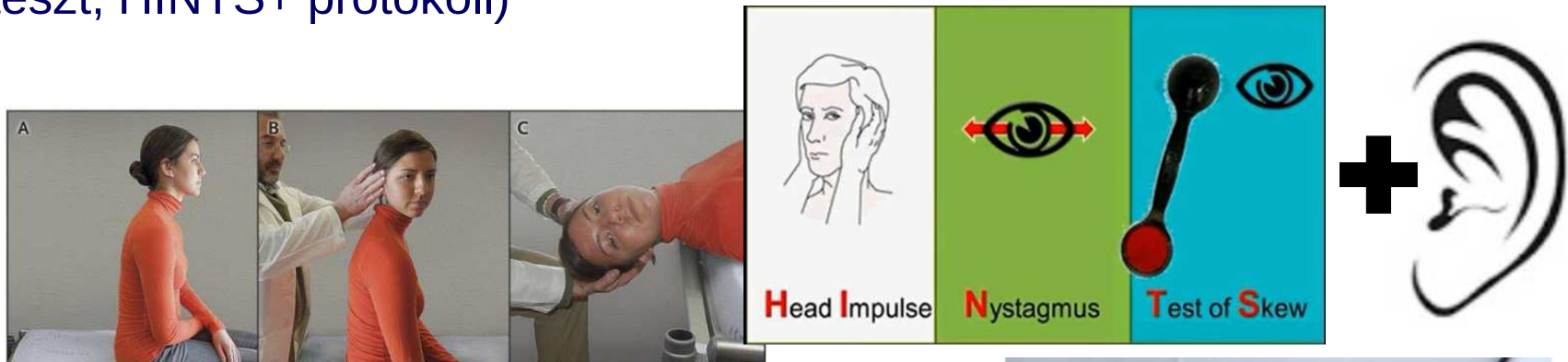
Konklúzió

- szédülés SBO-n gyakori, naponta ~3 beteg
- tüneti diagnózisok száma magas, akkor is ha a beteget neurológus is vizsgálja (34%)
- SBO-on specifikus diagnózisok aránya alacsony:
 - 45%-ban konzilium, ezen felüli esetekben 22%-ban tüneti diagnózis
 - alulreprezentált diagnózisok: vesztibuláris migrén, vesztibuláris neuritis (SBO-n 0-1.5%)
- nisztagnus, szemmozgások leírása és a felállított diagnózis sokszor ellentmondásban áll
- BPPV terápiás ellátása szuboptimális, akkor is ha a beteget neurológus is vizsgálja

Konklúzió

- a szédülés diagnosztika fejlődése ellenére az új diagnosztikai módszerek és kezelési lehetőségek sem az SBO-n, sem a társszakmák (neurológia, fül-orr-gégészet, háziorvos) területén nem terjedtek kellően el

- *betegágy melletti fizikális vizsgálat* (Dix-Hallpike manőver, fej-impulzus teszt, HINTS+ protokoll)



- *műszeres vizsgálóeszközök*
(video-okulográfiás szemüveg)



- oktatás, gyakorlati képzés (medikus, postgraduális), klinikai protokollok, irányelvek kidolgozása

Köszönöm a figyelmet!

