

2. *Kühn AG, Schindler ST, Huckelmann L, Kau RJ.* Heutiger Stellenwert audiologischer, vestibulärer und radiologischer Untersuchungsverfahren bei der Diagnostik von Kleinhirnbrücken Winkeltumoren. *Otorhinolaryngol Nova*, 1994;4:135-142.

Belgyógyászati eredetű szédülések

Ábrahám György

SZOTE, I. sz. Belgyógyászati Klinika

A napi gyakorlatban a szédülés a leggyakoribb panaszok közé tartozik, mellyel a betegek orvosukat felkeresik. Végső soron mindig agyi oxigénellátási elégtelenség, gyulladás vagy egyéb toxikus károsodás áll a háttérben; az ehhez vezető állapotok rendkívül sokrétűek lehetnek. A teendők szempontjából fontos differenciálni, hogy "igazi" szédülésről (vertigo), azaz a külvilág forgó jellegű "mozgásáról" van-e szó, melyet a páciens fej és/vagy testmozgással próbál kompenzálni, vagy "szédülésérzésről", melyet inkább bizonytalanságérzés jellemez. A belgyógyászati gyakorlatban nemegyszer elmarad e két állapot korrekt elkülönítése, noha ez alapvetően befolyásolhatja a további diagnosztikai lépéseket és a kezelés módját is.

Kroenke multidiszciplináris módszereket alkalmazó felmérése szerint a szédüléssel jelentkező betegek (átlagéletkor 62 év, 20-85 év) mintegy negyede (28%) két héten belül "magától" panaszmentessé vált, míg a fennmaradó esetek 54%-ában vestibularis, 16%-ában pszichiátriai betegség volt igazolható. 13%-ban volt a háttér multicausalis, 10%-ban nem derült ki a kiváltó tényező, míg 6%-ban praesyncopét bizonyítottak. Belgyógyászati ok az esetek alig egyharmad részében volt feltételezhető, illetve kimutatható. Figyelemre méltó, hogy a páciensek többsége az idősebb korosztályhoz tartozik.

A gyakorlat szempontjából az tanácsolható, ha a beteg vertigóról panaszkodik, a lege artis elvégzett belszervi fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés és EKG után - ezek negativitása esetén - kérjünk fül-orr-gégészeti, neurológiai szakkonziliumot. Az alábbi szempontok figyelembe vétele javasolt, ha a panasz inkább szédülésérzés:

A beteg vérnyomása a kívánt tartományban van-e? A hipertensio gyakorisága és jelentősége ismert. *Ohashi* 3 év alatt 1291 szédülő beteget vizsgált, 19%-ban volt kimutatható a panaszok mögött vérnyomáseltérés. Szignifikáns kapcsolatot a hypotensio és vestibularis betegségek, valamint a hipertensio és a KIR betegségei között talált². Nemegyszer a szédüléssel szövődött fejfájás viszi a beteget először orvoshoz. Manifeszt hipertensio esetén nem történt-e túl erélyes, az agyi vasoregulációt veszélyeztető gyógyszeres kezelés? Az antihypertenzívumok közül főként az alfa1-receptor-blokkoló (prazosin), alfa1-receptor-blokkoló + centrális-alfa2-receptor + szerotoninagonista (urapidil), valamint ritkábban az ACE-gátlók által okozott főként "elsődózis" hypotensio hatásaira kell tekintettel lennünk. A vasodilatátorok inkább a „steal” hatásuk miatt okozhatnak agyi perfúzió csökkenés által tüneteket.

Az orthostaticus hypotensio gyakorisága, különösen a hipertensiosok között a korrall arányosan nő. *Rutan* 5201 beteget vizsgálva az előfordulást 16,2%-osnak találta, szignifikáns kapcsolatot mutatva ki többek között a gyakoribb eleséssel, szívinfarkttal, TIA-val, carotisstenosisal. Az orthostasis oka rendkívül sokrétű lehet, talán az endokrin

betegségeket, a veseelégtelenséget, a daganatokhoz társuló formát és az angina pectorist emelhetjük ki ezek közül. A krónikus idiopathiás forma főként az 50-70 éves férfiak betegsége és a diagnózist követő 5-10 éven belül halállal végződik. A diagnózis korszerű módszere a klasszikus *Shellong-próba* mellett a "head-up" dönthető asztal alkalmazása.

Nincs-e kardiológiai ok a tünetek hátterében? A vitiumokhoz társuló, mellkasi diszkomforttal, szédüléssel járó tünetegyüttesek ismertek. Kézenfekvő a hemodinamikai konzekvenciákkal járó ritmuszavarok jelentősége is. A supraventricularis tachycardiák mintegy 20%-a jár syncopéval és fordítva, a "megmagyarázhatatlan" syncopék mögött általában 15%-ban mutatható ki e ritmuszavar. Fontos segítséget adhat a diagnózishoz az elektrofiziológiai vizsgálat elvégzése. Holter-monitor vizsgálat a szédüléssel esetek 66%-ában diagnosztikus értékű és a regisztrálás 48 órán túli kiterjesztése érdemben nem javítja a hatásfokot⁵.

A carotis sinus reflex hiperszenzitivitása, főként idős korban, az esetek felében oka a syncopénak.

A nők mintegy 4%-ánál kimutatható mitralis prolapsusos esetek felében számolnak be időszakos szédülésről és palpitióról. A Holter-vizsgálat többnyire nem mutatja ki a ritmuszavart. Hangsúlyozni kell a fizikai terheléses tesztek fontosságát, melyek 75%-ban képesek provokálni a jellegzetes tüneteket.

A szédülésérzés egyéb okai között - felsorolás jelleggel - kell említenünk a következő betegségeket és állapotokat:

Endokrin-kórképek, főként a mellékvesekéreg-elégtelenséggel járók. Bizonyos tumorok, így a pheochromocytoma, argentaffinoma és colorectalis malignomák. Autoimmun betegségek, részint a társuló vasculitis, részint közvetlen idegrendszeri hatás miatt. Krónikus urticaria és allergiák bizonyos válfajai. Fertőző betegségek, kapcsolódó lázzal, szepszissel, toxikózissal. A változó kórereditű, főként vashiányos krónikus anaemiák. A különféle mérgezések és a narcoticumok idült romboló hatása mind gyakrabban észlelhető. Természetesen mindezen kórképek szoros kapcsolatban állnak a szervezet aktuális hydráltsági állapotával és ionegyensúlyával is.

E rövid, teljességre semmiképpen nem törekedhető áttekintés is mutatja, hogy mennyire szerteágazó okok húzódnak meg a beteg szédüléssel panaszainak hátterében. Sikeres diagnózisra és kezelésre csak akkor lehet reális esély, ha munkáját a belgyógyász, a fül-orr-gégész, a neurológus és a szemész szoros együttműködésben végzi.

Irodalom

1. *Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman B.* Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Ann Intern Med* 1992;117:898-904.
2. *Ohashi N, Imamura J, Nakagawa H, Mizukoshi K.* Blood pressure abnormalities as background roles for vertigo, dizziness and disequilibrium. *Orl J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1990;52:355-359.
3. *Rutan GH, Hermanso B, Bild DE, Kittner SJ, LaBaw F, Tell GS.* Orthostatic hypotension in older adults. The Cardiovascular Health Study. CHB Collaborative Research Group. *Hypertension* 1992;19:508-519.
4. *Duckeck W, Kuck KH.* Syncope in supraventricular tachycardia. Incidence, pathomechanism and consequences. *Herz* 1993;18:175-181.

5. Ringqvist I, Jonason T, Nilsson G, Kahn AR. Diagnostic value of long-term ambulatory ECG in patients with syncope, dizziness or palpitations. *Clin Physiol* 1989;9:47-55.
6. McIntosh S, Da Costa D, Kenny RA. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a 'syncope' clinic. *Age-Ageing* 1993;22:53-58.

A „head-up tilt” table teszt: új lehetőség a vasoregulációs szédülések diagnosztikájában

Halmi László

SZOTE, AITI Belgyógyászati Intenzív Osztály

A visszatérő eszméletvesztéses-szédüléssel roszullét gyakori kórállapot, az összes kórházi felvétel közel 6%-ában szerepelnek a felvétel indokaként, a sürgősségi osztályokat-ambulanciákat pedig kb. 3%-ban keresik fel szédülés, eszméletvesztés miatt. A panaszok intermittáló jellege miatt a diagnosztika hosszadalmas és költséges lehet, a hagyományos vizsgálatok mellett közel 30-50%-ban az etiológia tisztázatlan marad. Az esetek 40-60%-ában neurokardiogén reflexmechanizmusok állnak a háttérben, melyek azonosítására és a praesyncope-syncope provokálására alkalmazzák a „head-up tilt” table (HUT) teszteket. Gyakran nem jön létre komplett syncope a roszullétek során, ilyenkor az ún. tranziens neurokardiogén instabilitás egyes stádiumait látjuk hyperventilációval, izzadással, émelygéssel és bizonytalan jellegű szédülésérzéssel. Ez utóbbi állapotok, illetve a komplett syncope mechanizmusának meghatározását a folyamatos, noninvazív, beat-to-beat artériás vérnyomásmérést lehetővé tevő FINAPRES 2300 nyomásmérő alkalmazása teszi lehetővé a „tilt-vizsgálat” során. 10 perces vízszintes helyzetben végzett, nyugalmi regisztrálás után 30 percen keresztül alkalmazunk 60 fokos döntést, a vizsgálat alatt folyamatosan regisztráljuk a szívfrekvenciát és a noninvazív vérnyomást, az adatokat számítógépes úton elemezzük.

Bár az irodalomban sok helyen találkozunk farmakológiai érzékenyítéssel végzett tilting vizsgálatokkal, ezek specifitást rontó hatása miatt a magunk részéről csak natív vizsgálatokat végzünk. A „head-up tilt” table vizsgálat egyszerű, könnyen kivitelezhető és jól reprodukálható noninvazív módszer az eszméletvesztések-megszédülések differenciáldiagnosztikájában. Jó szenzitivitással és magas specifitással rendelkezik, alkalmas akut gyógyszerhatás lemerésére, illetve a már beállított terápia követésére is, így az egyébként közel 40%-os recidiva gyakoriság 10%-ra csökkenthető.

Irodalom

1. Day SC, Cook EF, Funkenstein H et al. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982;73:15-23.
2. Kosinski DJ, Grubb BP. Neurally mediated syncope with an update on indications and usefulness of head-upright tilt table testing and pharmacologic therapy. *Current Opinion in Cardiology* 1994;9:53-64.