

# Vestibüler Nöritli Hastaların Değerlendirilmesi

Op.Dr. Fatma ÇAYLAKLI Prof.Dr. Nuri ÖZGİRİN

## ÖZET

Vestibüler nörit (VN), ani olarak başlayan, şiddetli ve birkaç gün veya haftaya kadar devam edebilen vertigo atağı, nörolojik defisit ve işitme ile ilgili semptom veya bulguların bulunmaması ile karakterize periferik vestibüler sistem hastalığıdır. Hastalarda genellikle devam eden veya geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu eşlik etmekte, özellikle bir kulakta azalmış veya kaybolmuş kalorik cevap gözlenmektedir. Periferik labirent, sekizinci kranial sinir, vestibüler nukleus veya beyin sapı seviyelerindeki birçok patoloji VN ile karışabilir. Çalışmamızda, kliniğimizde VN öntanısı alan 26 olguyu sunuyoruz. Ayrıntılı hikayeleri alınan tüm olguların kulak burun boğaz ve nörolojik muayeneleri yapıldı. Bütün hastalara saf ses od-yometri, elektronistagmografi (ENG), beyin magnetik rezonans görüntüleme (MRG), karotis ve vertebral arter Doppler ultrasonografisi (USG) uygulandı. Tüm hastaların odyometrik incelemelerinin normal olduğu ve kalorik cevabın tek taraflı kaybolmuş olduğu gözlemlendi. Hastaların 3'ünde (%11.5, ortalama yaş 68.3) intrakranial lezyon ve bunların 2'sinde de internal karotis arterde %50'ye varan stenoz tespit edildi. İleri yaş grubunda bulunan VN düşünülen hastaların olası santral patolojiyi ekarte etmek için daha detaylı değerlendirilmeleri uygun olacaktır.

## Anahtar Kelimeler

Vestibüler nörit  
ENG  
Vertigo

## Key Words

Vestibuler neuritis  
ENG  
Vertigo

## Evaluation of the Patients with Vestibular Neuritis

Vestibular neuritis (VN) is a peripheral vestibular disorder characterized by sudden severe and prolonged vertigo. Neurologic and auditory symptoms or findings are absent. Recent or concurrent upper respiratory infection generally precedes the vertigo. Markedly reduced or absent caloric response in one ear is a common observation in these patients. Pathologies of peripheral labyrinth, VIIIth cranial nerve, vestibular nucleus or brainstem structures can be possibly misdiagnosed as VN. In this study, we present 26 cases with diagnosis of VN. The subjects having a detailed personal history were evaluated with complete ENT and neurological examinations. Pure tone audiometry, electronystagmography (ENG), cranial magnetic resonance imaging (MRI), carotid and vertebral artery Doppler ultrasonography (USG) were applied to all patients. Audiometric evaluation were within normal limits and caloric response was decreased in the affected side in all patients. Intracranial lesion was detected in 3 of cases (11.5 %, mean age 68.3) and two of these also had 50% stenosis in their internal carotid artery.

Patients having clinical signs of VN in advanced age should be evaluated in detail in order to eliminate a central pathology.

Başkent Üniversitesi  
KBB ve Baş Boyun Cerrahisi  
Anabilim Dalı  
ANTALYA

## GİRİŞ

Vestibüler nörit (VN), benign paroksizmal pozisyonel vertigodan sonra en sık görülen periferik vestibüler sistem hastalığıdır. VN, başka nörolojik ve işitme ile ilgili bulgu olmaksızın ani olarak başlayan vertigo atağı ile karakterizedir.<sup>1-3</sup>

Sıklıkla tek bir atak ve yavaş bir iyileşme süreci sergilese de rekürrens yıllarca devam edebilir. Vestibüler sinir ve ganglion hücrelerinin enflamasyonu ile tipik VN semptomları sergilenmekle beraber bazı hastalarda santral sinir sistemi

(SSS) lezyonları olduğu bildirilmiştir.<sup>4</sup> Bu çalışmada, kliniğimize vertigo nedeniyle başvuran ve VN tanısı alan hastaların kranial magnetik rezonans görüntüleme (MRG), vertebral ve karotis arter Doppler ultrasonografisi (USG) ile olası SSS lezyonların değerlendirilmesi yapılmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, kliniğimizde Eylül 2000- Şubat 2003 tarihleri arasında başdönmesi yakınmasıyla başvurup klinik muayene ve odyovestibüler inceleme sonucu VN tanısı alan 26 hasta dahil edildi. Hastaların 8'i erkek (% 30.8), 18'i kadındı (% 69.2) ve yaşları 26 ve 72 arasında olup ortalama yaş 53.8 idi.

Hastaların şikayetlerini özetleyen ayrıntılı hikayeleri sorgulandı. Tüm hastaların rutin kulak burun boğaz ve nörotolojik muayeneleri yapıldı. Laboratuvar inceleme olarak, hastaların tümüne saf ses odyometri, ENG uygulandı. Ani olarak başlayıp şiddetli bulantı, kusma ile birkaç gün süren vertigo atağı olan; işitme ile ilgili ve nörolojik semptom veya bulguları bulunmayan; bir kulakta kaybolmuş kalorik cevap saptanan hastalar VN tanısı ile değerlendirildi. SSS'i incelemek üzere hastaların beyin MRG, vertebral ve karotis arter Doppler USG ile gözlemleri gerçekleştirildi.

Hastaların tedavisinde semptomlar hafifleyinceye kadar vestibüler suppressantlar kullanıldı.

### BULGULAR

Hastaların tümünde rutin kulak burun boğaz incelemesi doğaldı. Nörotolojik muayenede hastaların hiçbirinde defisit saptanmadı. Bitermal kalorik testte tüm olgularda tek taraflı kaybolmuş kalorik cevap saptandı.

ENG ile yapılan değerlendirmede, 4 hastada santral patolojiyi destekleyen sakkadada basamaklanma, sakkadik pursuit, optokinetik asimetri ve pozisyonla yön değiştiren nistagmus izlendi. Beyin MRG, karotis ve vertebral arter Doppler USG incelendiğinde; 1'inde herhangi bir lezyon bulunmamakla birlikte 3'ünde (%11.5, ortalama yaş 68.3) intrakranial lezyon saptandı (2 olguda intrakranial kitle, 1 olguda ise serebellar atrofi ve temporal lobda araknoid kist). İntrakranial lezyon saptananların 2'sinde internal karotis arterde %50'ye varan stenoz gözlemlendi.

### TARTIŞMA

VN, aniden başlayan episodik vertigo atakları ile karakterizedir. En sık orta yaşlarda meydana gelmekte ve her iki cinste de eşit tutulum gözlenmektedir. VN'nin başlangıç yaşı genellikle 30-60 yaşlar arasındadır.<sup>1-3</sup> Hastaların %50'sinde, yakın zamanda geçirilmiş veya geçirilmekte olan üst solunum yolu enfeksiyonu bulunmaktadır. Vertigo şiddetli olup genellikle birkaç gün sürer, bazen haftalar hatta aylarca aynı şiddette seyredebilir. Yavaş bir iyileşme süreci gösterir, bazı hastalarda 18 aya kadar varan dengesizlik devam edebilir.<sup>5-7</sup> En sık hikaye, tek bir atak ve yavaş bir iyileşme süreci de olsa rekürrens gözlenebilir ve bilateral tutulum görülebilir. Tekrar eden ataklar ilkinden daha hafif seyreder.

Etiolojisinde en önemli faktör viral enfeksiyonlardır. Genellikle, küçük epidemiler halinde görülür ve aynı aile bireylerini etkileyebilir. Ancak şu ana kadar hiçbir virüs VN'nin sebebi olarak kanıtlanamamıştır. Histopatolojik incelemelerde, vestibüler sinir, Scarpa ganglionda ve vestibüler nöroepitelyumunda kalıcı dejeneratif değişiklikler elde edilmiştir.<sup>3,5,7,8</sup> Diğer olası etolojik faktörler arasında; vasküler hastalıklar, mikrosirkülasyonun bozulması, otoimmün hastalıklar, metabolik hastalıklar, inorganik toksinler ve granülamatöz hastalıklar yer almaktadır.<sup>3</sup>

Tanısında vertigo atağının göstermiş olduğu klinik seyir, odyolojik ve nörolojik defisit bulunmaması belirleyici olmakla beraber en sık rastlanan anormal test etkilenen kulakta azalmış veya kaybolmuş kalorik cevaptır. Klinik olarak iyileşme sonucunda kalorik cevap sıklıkla normale dönmekle beraber bazen azalmış veya kaybolmuş kalorik cevap bulunabilir.<sup>3,6</sup>

VN, kendini sınırlayan bir hastalıktır ve hastalarda tedavi semptomatiktir. Tedavide vestibüler suppressantlar kullanılmaktadır. Brandt tarafından önerilen sınırlı dozda ve kısa sürede kullanım santral kompensasyonu bozmamak amacıyla en iyi kullanım şeklidir. İyileşme süreci vestibüler rehabilitasyon programı ile hızlandırılabilir ve vestibüler kompensasyonu sağlayabilir.<sup>5,9,10</sup> Vestibüler rehabilitasyonun başarısız olduğu durumlarda vestibüler sinir kesisi etkin tedavi metodudur.

Tipik klinik prezentasyonu ile VN tanısı kolay konulmakla birlikte periferik labirent, sekizinci kranial sinir, vestibüler nukleus veya beyin sapı seviyelerindeki birçok patoloji VN ile karışabilir. VN'yi telkin eden semptomlarla gelen hastalarda muhtemel bir SSS hastalığı için dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.<sup>4</sup> Bizim çalışmamızda da hastaların %11.5'inde SSS patolojisi saptanmıştır. Bu hastaların ortalama yaşı 68.3 idi.

Tipik VN kliniği sergileyen ileri yaş grubunda bulunan bir hasta detaylı bir şekilde araştırılmalıdır. Olası santral bir patoloji ihtimalini

ortadan kaldırmak için beyin MRG, vertebral ve karotis arter Doppler USG tetkikleri ile değerlendirilmelidir.

#### Yazışma Adresi:

Dr. Fatma ÇAYLAKLI  
Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi  
KBB Kliniği Saray Mah. Yunusemre Cad. No:1  
07400 Alanya / ANTALYA  
Tel : 0242 511 25 11-3987  
GSM : 0532 362 51 31  
Fax : 0242 511 23 50  
e-posta: fcaylakli@yahoo.com

#### KAYNAKLAR

1. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al (eds). Meniere's disease and other peripheral vestibular disorders, in Schessel DA, Minor LB, Nedzelski J (ed): Otolaryngology Head and Neck Surgery (ed 3). Mosby-Year Book, 1998, pp 2672-705.
2. Akyıldız N. Periferik denge bozuklukları: Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi II. Bilimsel Tıp Yayınevi, 2002, pp 109-50.
3. Özünlü A, Gülhan M. Vestibüler nöritis. K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1998; 6(2): 104-8.
4. Magnusson M, Norrving B. Cerebellar infarctions and vestibular neuritis. Acta Otolaryngol Suppl 1993; 503: 64-6.
5. Tusa RJ. Vertigo. Neurologic Clinics 2001; 19(1): 23-55.
6. El-Kashlan HK, Telian SA. Diagnosis and initiating treatment for peripheral system disorders: imbalance and dizziness with normal hearing. Otolaryngol Clin of North Am 2000; 33(3): 563-78.
7. Derebery MJ. The diagnosis and treatment of dizziness. Med Clin of North Am 1999; 83(1):163-77.
8. Baloh RW, Lopez I, Ishiyama A, et al. Vestibular neuritis: Clinical-pathologic correlation. Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 114(4): 586-92.
9. Strupp M, Arbusow V, Maag KP, et al. Vestibular exercises improve central vestibulospinal compensation after vestibular neuritis. Neurology 1998; 51(3): 838-44.
10. Whitney SL, Rossi MM. Efficacy of vestibular rehabilitation. Otolaryngol Clin of North Am 2000; 33(3): 659-72.