



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı



Çocuk Polikliniği
Olgu Sunumu

14 Temmuz 2016 Perşembe

İnt. Dr. Semra Selime Uçar

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı



Olgu sunumu

14.07.2016

İNT.DR SEMRA SELİME UÇAR



15 yaşında kız hasta

ŞİKAYET :



Baş dönmesi ve baş ağrısı

HİKAYE :



Hastanın 1 haftadır **baş dönmesi** şikayetiyle birlikte **baş ağrısı** varmış. Özellikle gece yattığında **zonklayıcı** tarzda ve göz hareketleriyle artan ağrısı oluyormuş. Baş dönmesi nedeniyle yataktan kalkamayacak gibi oluyormuş. Baş dönmesi etraf döner tarzdaymış. Sabah kalktığında 2-3 sn **göz kararması** oluyormuş. **Mide bulantısı** da olan hastanın 1 kere **kusması** olmuş. Fotofobi, fonofobi, bayılma, çift görme şikayetleri olmamış.

ÖZGEÇMİŞ :



Prenatal: Annenin 3. gebeliği. Gebelik sırasında sigara, alkol, madde kullanımı, radyasyon maruziyeti, idrar yolu enfeksiyonu, döküntülü veya ateşli hastalık geçirme öyküsü yok.

Natal: Hastanede ,NVY ile, Miadında , 3750 gram olarak doğmuş.

Postnatal: Doğar doğmaz ağlamış. Küvöz bakımı almamış. İkter, siyanoz öyküsü yok.

SOYGEÇMİŞ :



Anne : 40 yaşında, sağ, sağlıklı

Baba: 41 yaşında, sağ, sağlıklı

1.Çocuk : 20 yaşında, E, sağ, sağlıklı

2.Çocuk : HASTAMIZ

FİZİK MUAYENE :



Boy: 165 cm 15p -1,05 sds

Ağırlık: 60 kg 33p -0,45 sds



Genel durum: İyi, aktif

Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok.

Baş boyun: Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle ve LAP yok.

Gözler: Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve skleralar doğal. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.

Kulak-burun- boğaz: Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller doğal

Kardiyovasküler sistem: S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.



Solunum sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.

Gastrointestinal sistem: Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.

Genitoüriner sistem: Haricen kız. Anomali yok.

Nöromusküler sistem: Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili. Ense sertliği, kernig, brudzunski negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal. Romberg negatif.

Ekstremiteler: Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

LAB :



WBC: 11.160/mm³

ANS: 7.860/mm³

Hgb: 12.4 g/dL

MCV: 84.8

PLT: 348.000/mm³

CRP: 0.01

Üre : 36.

Kreatinin: 0.7 mg/dl

AST: 20 U/L

ALT: 16 U/L

Na: 141 mEq/L

K: 4.66 mEq/L

Ca: 10.45 mg/dL



ÖN TANI ?



- œ Vertigo açısından hasta tetkik edildi.
- œ Dış merkezde çekilen kranial MR normal olarak değerlendirildi.
- œ KBB muayenesi istendi.

KBB muayenesi :



Odyometri testi: normal

Timpanometri testi : bilateral tip A timpanogram

Rhomberg testi : negatif

Unterberger testi : hafif dengesizlik

Dix hallpike manevrası :

Sağa yatırınca hafif baş dönmesi oluyor. Nistagmus yok

Sola yatırınca daha şiddetli baş dönmesi oluyor. Nistagmus yok.

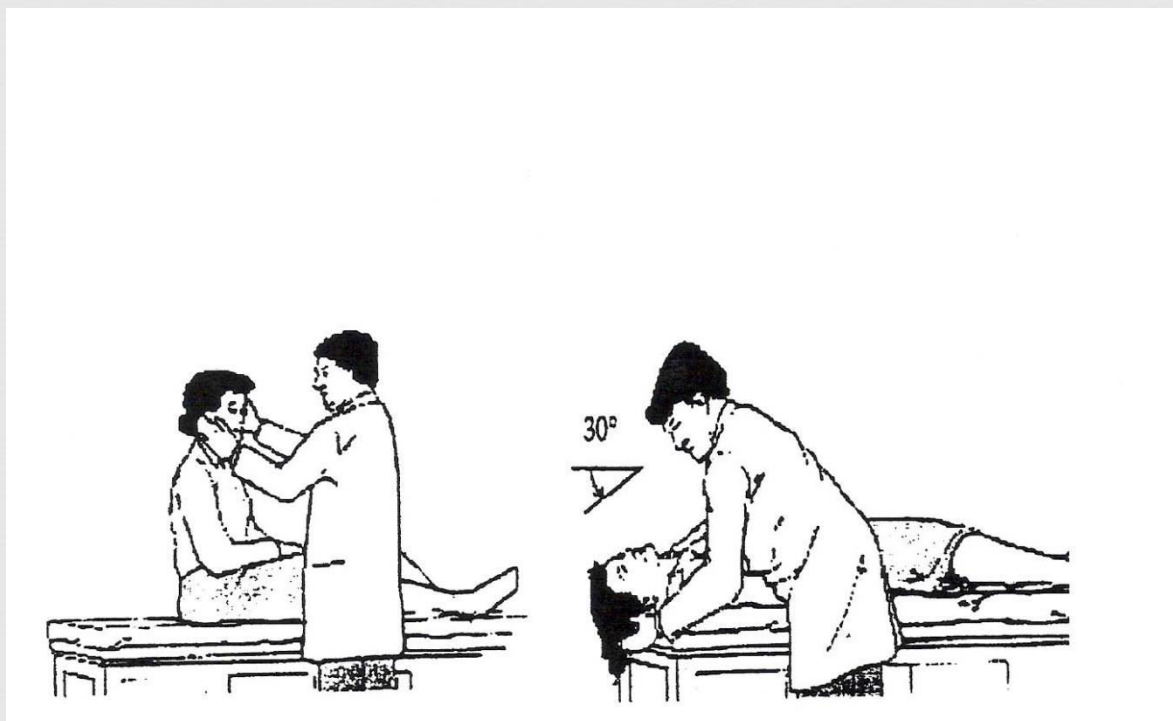
Benign paroksismal pozisyonel vertigo olarak değerlendirildi. Epley uygulanması planlandı.



- *Romberg testi: Hasta ayakları bitişik, kolları yanda ayakta tutulur. Eğer stabil ise, hasta emniyete alınarak gözlerini kapatması istenir. Vestibüler lezyonlarda lezyon tarafına düşme görülür. Santral lezyonlarda ise testin her tekrarlanışında düşme yönü değişir. Romberg testi kollar öne uzatılarak veya ayaklar bir çizgi üzerinde topuk parmak şeklinde yerleştirilerek, tek ayak üzerinde durularak modifiye edilebilir.*
- *Unterberger testi: Rombergin uzantısıdır. Gözler kapatılıp kollar öne uzatıldıktan sonra hastanın yerinde sayması istenir ve bir yöne sapma olup olmadığı gözlenir. Sapma genellikle spontan nistagmusun aksi yönüne olur.*
- *Gait testi: Hasta bir çizgi üzerinde 3-4 metre yürüdükten sonra gözler kapalı tekrar aynı çizgi üzerinde yürütülür. Vestibüler lezyonu olan hastalarda düz çizgiden lezyon tarafına sapma görülür. Bu test adımların iyice küçültülüp topuğun tam öndeki ayağın parmak ucuna değdirilmesi şeklinde de yapılabilir.*



- ❧ Hallpike manevrasına, hasta muayene masası üzerine oturtularak başlanır. Hastanın başı 45 derece sağa doğru (sağ kulak için) çevrildikten sonra hasta hekimin kontrolünde hızla yatırılır. Posterior semisirküler kanalın doğrultusunu horizontal plana dik konuma getirmek için, hastanın başı, muayene masasının kenarından 30 derece kadar aşağıya sarkık ve 45 derece kadar sağa dönük olmalıdır. Bu durumdayken hastada vertigo şikayeti ve nistagmus bulguları takip edilmelidir. Sol kulak için manevra tekrarlanır. Hallpike manevrasıyla rotatuar nistagmus ve vertigo tespit edilmesi altta olan kulağın etkilenmiş olduğunu gösterir.
- ❧ Manevra sırasında gözler açık olmalıdır.



Çocuk ve Ergenlerde Baş Dönmesi



Baş dönmesi, polikliniklere başvurularda yaygın bir başvuru sebebidir. Baş dönmesi; sersemlik (presenkop), anksiyete, , intoksikasyon, görme bozukluğu, hiperventilasyon, halsizlik, depresyon, gerçek vertigo ile karşımıza çıkabilecek belirsiz bir terimdir.

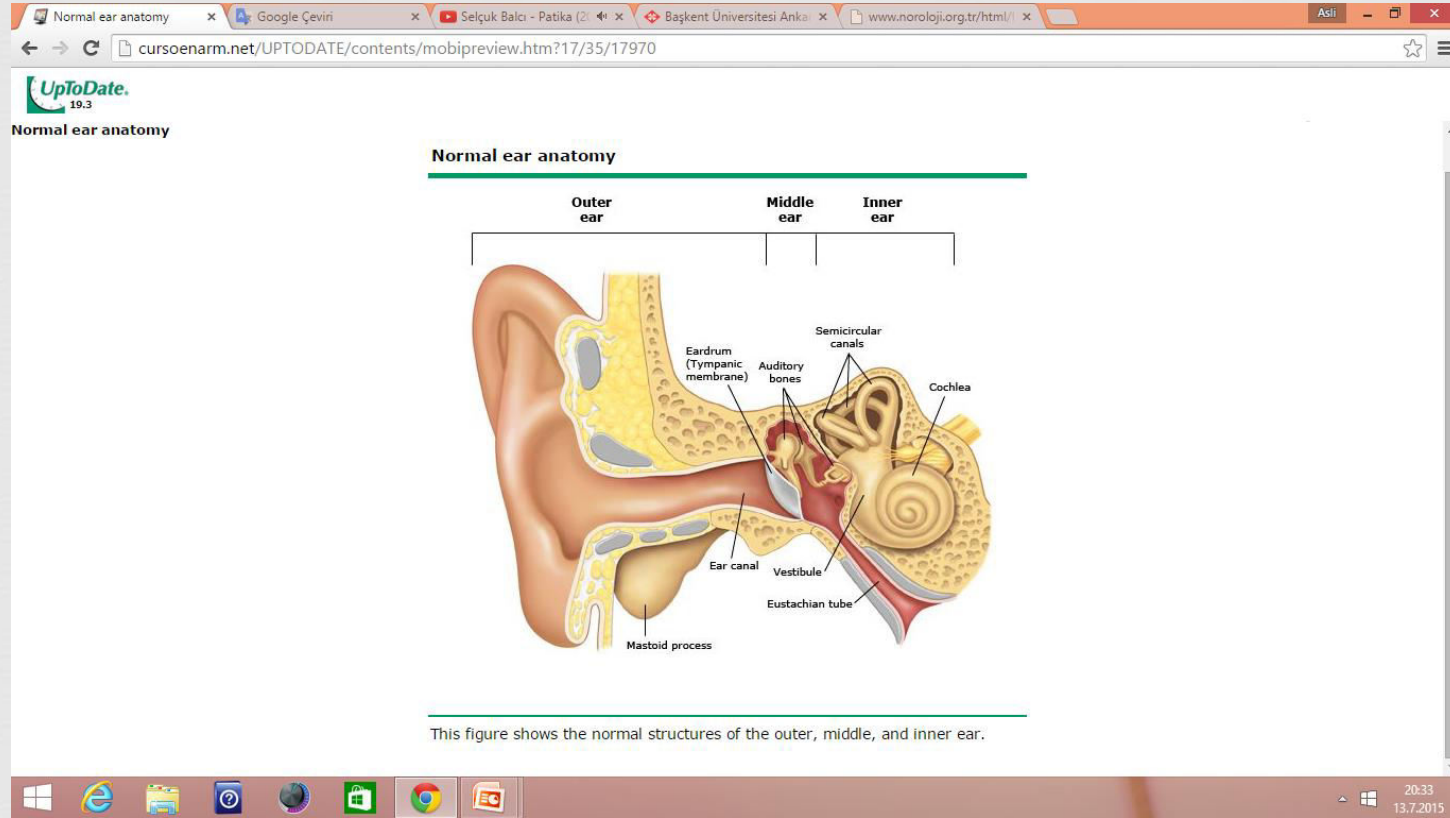


Subjektif vertigo; kişinin kendisinin hareket etmesidir.

Objektif vertigo ise dış ortamın hareket etmesidir.

Psödo-vertigoda herhangi bir dönme komponenti yoktur.

PERİFERİK-SANTRAL ?



PERİFERİK-SANTRAL



PERİFERİK VERTİGO

Ani başlangıçlıdır.

Şiddetlidir.

Genelde 2 haftadan uzun sürmez.

Pozisyondan etkilenir.

Nörolojik muayene normaldir.

Odituar bulgular genelde bulunur.

Bulantı/kusma ciddidir.

Dengesizlik orta derecedir.

Bilinç kaybı yoktur.

Adaptasyon hızlıdır.

SANTRAL VERTİGO

Yavaştan başlayıp artar.

Şiddetli değildir.

Haftalar-aylar boyunca sürer .

Pozisyondan az etkilenir.

Nörolojik bulgular eşlik eder.

Odituar bulgular yoktur.

Bulantı/kusma orta derecedir.

Dengesizlik ciddidir.

Bilinç kaybı olabilir.

Adaptasyon yoktur.

NİSTAGMUS



Göz kürelerinin istem dışı, ritmik ve konjuge hareketleridir.

VERTİGONUN TEK OBJEKTİF BULGUSUDUR.



- ❖İster aşağı ister yukarı vursun vertikal nistagmus **santral** bir patolojinin varlığını gösterir.
- ❖Nistagmus bakış yönüne göre yön değiştiriyorsa **santral** patolojiler söz konusudur.
- ❖Nistagmus tek gözde saptanıyor ise veya her iki gözde saptanıp hızları farklı ise **santral** patoloji söz konusudur.
- ❖Gözler sabit bir şekilde bir noktaya bakınca nistagmus azalıyor veya kayboluyorsa **periferik** patolojiler düşünülmelidir.



Çocuklarda gerçek vertigonun **en sık** nedenleri otitis media, migren, çocukluk benign paroksismal vertigosudur.

Kafa travması ve MSS enfeksiyonları **hayatı tehdit eden** en sık vertigo nedenleridir.

HAYATİ RİSK OLUŞTURAN VERTİGO SEBEPLERİ

KAFA TRAVMASI

SSS ENFEKSİYONU

İNTRA KRANİAL TÜMÖR veya ABSE

İNME

İLAÇ ve ZEHİRLER (BARBİTÜRAT, ALKOL, KETAMİN)

SIK GÖRÜLEN VERTİGO SEBEPLERİ

OTİTİS MEDIA

MİGREN

ÇOCUKLUK ÇAĞI BENİGN PAROKSİSMAL VERTİGOSU

İLAÇ YAN ETKİSİ

HAREKET HASTALIĞI

PAROKSİSMAL TORTİKOLİS

OTİTİS MEDİA



Çocuklarda vestibuler semptomlara en sık yol açan durumdur.

Seröz ve ya süpüratif otitis media vestibuler sistemi tahrip ederek baş dönmesi ve işitme kaybına yol açabilir.

Ayrıca komplikasyonları; mastoidit, mastoid air cell enfeksiyonları, kolesteatom ve tekrarlayıcı otitis media sonucu kulak zarı üzerinde oluşan keratinde vertigoya neden olabilir.

MİGREN



Erişkinlerden farklı olarak baş ağrısı ile ilişkili olmaksızın vertigo atakları ile karşımıza çıkabilir.

%19 klasik migrenli çocuklarda baş dönmesi auraları olabilir.

ÇOCUKLUK ÇAĞI BENİGN PAROKSİSMAL VERTİGOSU



- ❖ Erken çocukluk döneminde **kısa süreli dengesizlik atakları** ile kendini gösterir. Ataklar sırasında çocuklar korkmuş ve dengesini kaybetmiş görülebilir
- ❖ Daha büyük çocuklarda düşmeyi engellemek için etrafa tutunmaya çalışırlar.
- ❖ **Ataklar 1 dakikadan az sürer ve bilinç bulanıklığı olmaz.**
- ❖ Üstüste birkaç gün boyunca her gün olan, tekrarlayan ve genellikle birkaç haftada düzelen epizodlardır.
- ❖ Aile öyküsünde migren sıklıkla vardır.
- ❖ Nörolojik muayene normaldir.
- ❖ **5 yaşından sonra geriler.**
- ❖ Birçok hastada migren gelişebilir.



- ❧ Tanı için anahtar, Dix-Hallpike manevrasıdır
- ❧ BPPV'lu bir hastada hallpike manevrasında; baş yatırıldığında 3-10 sn süren bir latent peryodu takiben kreşendo-plato-dekreşendo safhaları olan 20-45 saniyelik rotatuar nistagmus ve vertigo oluşur. Tespit edilen rotatuar nistagmus sağ kulak için saatin aksi yönünde sol kulak için saat yönüne olmak üzere istikameti alttaki kulağa doğrudur. Hastayı dik oturur konuma getirdiğimizde daha kısa süreli ve aksi istikamette olan rotatuar nistagmus elde edilir. Testin tekrarı ile cevapların giderek azalması önemli bir bulgudur. Bir yorgunluk ve adaptasyon söz konusudur.

PSÖDO-VERTİGO



Beyine az kan gitmesine ve ya oksijen ve glukoz trasportundaki bir sorundan kaynaklanan hastalıkların neden olduğu bir durumdur.

NEDENLERİ : ARİTMİ ANEMİ,ANKSİYETE, DEPRESYON,
HİPERVENTİLASYON, HİPOGLİEMİ, ORTOSTATİK
HİPOTANSİYON, İLAÇ YAN ETKİSİ, HAMİLELİK, PRESENKOP

EPLEY MANEVRASI

