

Vertiigo – sagedasti esinev vaevus

Väino Sinisalu¹, Janika Kõrv¹, Reet Tikk² –
¹TÜ Kliinikumi närvikliinik, ²TÜ Kliinikumi
 kõrvakliinik

Võttesõnad: vertiigo, vestibulopaatia,
 Ménière'i tõbi

Peapööritus ja tasakaaluhäired esinevad 5–10%-l rahvastikust, sagedades vanemaalistel. Atakkidena esinev peapööritus – vertiigo – on 85%-l juhtudest seotud sisekõrva funktsiooni kahjustuse (perifeersed põhjused) ja 15%-l kesknärvisüsteemi kahjustusega. Enamikul juhtudest on vertiigo healoomulise kuluga ja möödub kas seda põhjustanud protsessi taandumise või tsentraalse kompensatsiooni kujunemise tõttu. Ataki leevendamiseks ja kompensatsiooni saavutamiseks on valikravimiks betahistiin.

Peapööritus ja tasakaaluhäired on inimestel sagedasti esinevad vaevused nagu ka pea- ja seljavalu. USAs tehtud uuringute andmeil esinevad need häired 5–10%-l rahvastikust, kuid 40%-l üle 40 a inimestest (1). Veerandil juhtudest on peapööritus ja tasakaaluhäired üle 65 a isikute kukkumise põhjuseks.

Peapööritus ja tasakaaluhäired võivad esineda atakkidena, pidevalt avalduva või progresseeruva nähtusena.

Atakkidena esinevat tasakaaluhäiret nimetatakse **süsteemseks peapöörituseks ehk vertiigoks**. Süsteemsele vertiigole on iseloomulik ümbruse näiline pöörlemine

horisontaaltasapinnas ning nüstagm, tasakaal ja liikumisvõime on häiritud. Sageli kaasneb iiveldus või oksendamine. Selle põhjuseks on enamasti Ménière'i haigus, vestibulaaraparaadi või vestibulaarnärvi kahjustus (perifeerne põhjus).

Mittesüsteemne vertiigo on valdavalt tingitud ajutüve või väikeaju kahjustusest, seda kirjeldavad patsiendid kui purjus-tunnet, kõikumist, tasakaalutust ning sel puhul esinevad ka muud ajutüve või tserebellaarsed sümptomid: diploopia, düsartria, düsfaagia, ataksia. Iiveldus ja oksendamine tavaliselt puuduvad.

Süsteemse vertiigo akuutsete atakkide põhjuseks 85%-l juhtudest on häired vestibulaaraparaadis (perifeerne põhjus), vaid 15%-l on tegemist tsentraalse genesiga – kesknärvisüsteemi kahjustusest tingitud haigestumisega (2). Süsteemse vertiigo sagedasemad vormid on Ménière'i tõbi, vestibulaarne neuronit ja healoomuline asendivertiigo (*benign paroxysmal positional vertigo*, BPPV).

Ménière'i tõbi avaldub tavaliselt keskeas, kulgeb süsteemse vertiigo atakkidena, tinnituse ja kuulmise nõrgenemisega. Vertiigoatakki võib olla algul sedavõrd raske, et haige on praktiliselt liikumisvõimetu, vähimigi peaasendi muutus kutsus esile uue peapööritusataki, sageli kaasneb oksendamine (3).

Healoomulise asendivertiigo põhjuseks peetakse poolringkanalite voodrikihi rakkude degeneratsioonist tekkinud detriidikämbukesti (kupulolitiaas, kanalolitiaas), mis häirivad poolringkanalites endolümfi

tsirkulatsiooni. Healoomulise asendivertiigo atakid võivad korduda.

Tsentraalsetest põhjustest võivad süsteemse vertiigo atakid esineda *sclerosis multiplex*'i, kuulmisnärvi kasvaja, transitoorse ajuisheemia, insuldi korral. Vanemas eas esinevad kroonilised tasakaaluhäired on enamasti seotud somatosensoorse süsteemi degeneratsiooniga – multiipelse sensoorse defitsiidiga. Sel puhul kurdavad patsiendid ebakindlust-tasakaalutust (eriti kehaasendi muutmisel), mis on enam väljendunud voodist tõusmisel ja pimedas. Nad võivad kergesti kukkuda (3).

Viimastel aastatel on kogunenud rohkelt andmeid vertiigo ja migreeni seoste kohta. Mõistet vestibulaarne migreen (VM) kasutatakse, et iseloomustada olukorda, mil vertiigo on otseselt esile kutsutud migreenist. Hinnanguliselt esineb see 1%-l rahvastikust, 10%-l peapööritusega patsientidest ja 9%-l isikutest, kel on migreeni kliiniline pilt. Sel puhul on iseloomulikud asendist sõltuvad vertiigohood, mis kestavad mõnest sekundist mitme päevani (4, 5). Sagedasti, kuid mitte alati esineb iga ataki korral sel juhul ka peavalu, fonofobia, fotofoobia. Võib esineda ka kuulmise langus, enamasti on see kerge ega ole progresseeruva iseloomuga.

Ägeda pearinglusataki korral aitavad diagnoosi täpsustada hoolikalt võetud anamnees ja haige uurimine. Piltidiagnostika on hoo võimaliku tsentraalse põhjuse selgitamiseks vajalik pea asendist mittesõltuva ägeda hoo püsimisel ning juhtudel, kui vertiigohooga kaasneb niisugune peavalu, millist haige pole varem kogenud; kui esinevad ajutüvest või väikeajust põhjustatud sümptomid; samuti juhtudel, kui ei ole anamneesis varasemaid või Ménière'i sündroomile iseloomulikke peapööritusatakke.

Süsteemse vertiigo hoogude kordumisel, kui nende põhjuseks ei ole südame rütmihäired, arteriaalne hüpertensioon või muud kardiovaskulaarsed häired, on vajalikud sisekõrva uuringud: videonüstagmograafia,

mitmesugused asendi- ja kaloorilised testid, samuti audiogrammid, impedantsmeetria.

Vertiigoga haige käsitlemisel tuleb silmas pidada, et

- enamasti on vertiigo healoomulise kuluga ning haige paraneb tsentraalsete kompensatsioonimehhanismide käivitumise järel (2);
- enamik vertiigovorme on ravitavad kas spetsiaalsete vestibulaarfunktsiooni harjutuste programmi või ravimitega (2).

MEDIKAMENTOOSNE RAVI

Peapöörituse sümptomaatika leevendamiseks on kasutusel vestibulaarset funktsiooni pärssivad ravimid. Siia kuuluvad antihistamiinse toimega ravimid, tsinnarisiin ja ka bensodiasepiinid. Viimaste aastate uuringud on selgitanud, et need ravimid võivad küll leevendada vertiigohoogu, kuid mitmesugustel põhjustel ei soodusta vestibulaarfunktsiooni tsentraalset kompensatsiooni. Oksendamise pärssimiseks kasutatav metoklopramiid, toimides dopamiinireseptorite antagonistina, on samuti vestibulaarsupressant. Üldjuhul sedatiivse toimega ravimid vestibulaarse funktsiooni tsentraalset kompensatsiooni ei soodusta (6).

Valikravimiks on betahistiin. See on histamiini strukturealne analoog, millel puudub sedatiivne toime. Preparaat soodustab histamiini vabanemist ning ringlust sisekõrva kudedes, blokeerides presünaptilise histamiin H_3 retseptori. Nii eksperimentaalsetes kui ka kliinilistes uuringutes on näidatud, et betahistiin leevendab peapöörituse sümptomaatikat ja soodustab vestibulaarse funktsiooni tsentraalset kompensatsiooni (6).

Praktikas ei ole vertiigo etioloogia alati kindlakstehtav, kuid ägedate haigusnähtude leevendamiseks on vajalik sümptomaatiline ravi. Betahistiin on tänu hulgitegurilisele toimele edukalt kasutusel Ménière'i tõve ravis. Mitmetes metaanalüüsides on leitud, et betahistiin on võrreldes platseeboga mõjus vertiigo sümptomite leevendamiseks ka healoomu-

lise asendivertiigo, vertebrobasilaarsüsteemi puudulikkusest tingitud ja ka ebaselge geneesisiga vertiigo korral. Uuringud on näidanud, et optimaalne ravimiannus peaks olema 32–48 mg päevas ning ravi kestus sõltuvalt põhjusest peaks olema 3 nädalat kuni 4 kuud (7). Betahistiin on toimiv ka vestibulopaatialle kaasuva tinnituse, samuti äkilise kuulmiskaotuse korral esineva kõrvakohisemise leevendamiseks, parandades sisekõrva vereringet.

Vestibulaarneriidi korral tuleb rakedada steroidhormoone, viirusevastaste ravimite kasutamine olulist efekti ei anna (8).

Metaanalüüsi andmetel tuleb vestibulaar-migreeni ravimisel lähtuda samadest ravi-strateegiatest nagu migreeni korral tavaliselt. VMi profülaktikaks on mõjusad norriptüliin, verapamiil või metoprolool. (9)

vaino.simisalu@kliinikum.ee

KIRJANDUS

1. Katzarkas A. Dizziness and aging: the clinical experience. *Geriatrics* 2008;63:18–20.
2. Strupp M, Arbusow V. Acute vestibulopathy. *Curr Opin Neurol* 2001;14:1–20.
3. Kaasik A-E. Tasakaaluhäirega patsient arsti vastuvõtul. *Eesti Arst* 2006;85:541–50.
4. Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of vertigo, migraine and vestibular migraine: a critical review of treatment trials. *J Neurol* 2009;256:711–6.
5. Honaker J, Samy RN. Migraine – associated vestibulopathy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;16:412–5.
6. Lacour M. Restoration of vestibular function: basic aspects and practical advances for a rehabilitation. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1651–9.
7. Della Pepa C, Guidetti G, Eandi M. Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2006;26:208–15.
8. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir or the combination for vestibular neuritis. *N Eng J Med* 2004;351:354–61.
9. Fotuki M, Glaun B, Quan SY, et al. Vestibular migraine: a critical review of treatment trials. *J Neurol* 2009;256:711–6.

SUMMARY

Vertigo – a common disorder

Dizziness and vertigo are relatively common in about 5–10% of population, more often in elderly people. In 85% of cases vertigo attacks are caused by disturbances in the inner ear – *benign paroxysmal positional vertigo* (BPPV) or in the vestibular nerve (vestibular neuritis), or by Ménière disease. Only 15% of vertigo cases are associated with central nervous system

disorders. Vertigo often takes a favourable natural course – peripheral vestibular function improves, due to central compensation. Most forms of vertigo can be successfully treated – by physiotherapy – vestibular exercises – liberatory manoeuvres and by medical treatment. Betahistin (24 mg twice daily) is the treatment of choice.