

A SZÉDÜLÉS KORSZERŰ, HATÉKONY DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁRÓL ÉS KEZELÉSÉRŐL

Referátum

SZERZŐ

Telek Szabolcs hadnagy, MH Egészségügyi Központ (ORCID: 0009-0004-1988-6849, MTMT azonosító: 10094962)

EREDETI CÍM

Jonathan A. Edlow M.D., Christopher Carpenter M.D., MSc, Murtaza Akhter M.D., Danya Khoujah M.D., Evie Marcolini M.D., William J. Meurer M.D., David Morrill, James G. Naples M.D., Robert Ohle MBBCh, MA, MSc, Rodney Omron M.D., MPH, Sameer Sharif M.D., BMSc (Hon.), Matt Siket M.D., Suneel Upadhye M.D., MSc, Lucas Oliveira J. e Silva M.D., MS, Etta Sundberg, Karen Tartt, Simone Vanni M.D., David E. Newman-Toker M.D., PhD, Fernanda Bellolio M.D., MS: Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department.

FORRÁS

Academic Emergency Medicine, Volume 30, Issue 5, 442–486. o.
<https://doi.org/10.1111/acem.14728>

A Society for Academic Emergency Medicine szakmai irányelve a sürgősségi osztályra kerülő felnőtt, akut (kevesebb mint két hete) szédülő betegekkel kapcsolatban kompakt, matematikai tisztaságú alapoottsággal bíró összefoglalót nyújt ezen páciensek korszerű, hatékony erőforrás-allokációt eredményező (differenciál)diagnosztikájával és kezelésével összefüggésben.

Az idézett statisztika szerint a szédüléssel sürgősségi osztályra kerülők az éves betegforgalom 2,1–3,6%-át teszik ki. Az ilyen esetek éves kezelési költségei az USA-ban tízmilliárd dollárra rúgnak, mely összegnek java része a képalkotó vizsgálatok készítésének ára. Probléma, hogy e vizsgálatkéréseknek csak egy kisebb része hasznos diagnosztikailag.

A centrális, illetve a perifériás szédülés mint csoportdiagnosztikai kategória elkülönítése „izolált vertigó” estén okozhat gondot, vagyis akkor, ha a szédülés mellett csak nemlokalizáló, non-specifikus tünetek vannak jelen.

A sürgősségi osztály első feladata (természetesen miután kizárta a szédülést előidéző egyéb okokat, például ritmuszavar, gyógyszerhatás) a betegkategorizáció, vagyis a tünetek időbeli lefolyása, illetve triggerfaktorai alapján a három beteghalmazzal való megfeleltetés (TiTrATE-algoritmus):

1. Akut vesztibuláris szindróma (AVS): folyamatos szédülés, mely legalább huszonnégy órája fennáll. Például vesztibuláris neuritisz, labirintitisz, stroke.

2. Spontán epizodikus vesztibuláris szindróma (s-EVS): legalább egy, látzólag spontán jelentkező (vagyis a beteg nem tud egyértelműen kiváltó tényezőket mondani) szédüléssel epizód. Például Menière-szindróma, vesztibuláris migrén, TIA.
3. Triggerelt (pozicionális) epizodikus vesztibuláris szindróma (t-EVS): legalább egy szédüléssel epizód, melynél azonosítható kiváltó tényező. Például BPPV, ortosztatis hipotenzió, centrális pozicionális vertigó.

Néhány szó a képalkotó vizsgálatokról. A koponya-CT szenzitivitása a hátsó skálaterületi iszkémiás stroke korai szakában kb. 10%, ezenkívül az izolált vertigó beteghalmazában egyébként is alacsony a stroke előfordulási gyakorisága, így ez a képalkotó vizsgálat (mind az érfestéses, mind a perfúziós) nem minden esetben ajánlott. Habár az intracerebrális vérzésre (ICH) jóval szenzitívebb a CT-vizsgálat, az ICH nem gyakori oka az izolált szédülésnek.¹ A CT logikus lehet, ha a szédülés nem izolált, súlyos fejfájás társul hozzá stb. Ebben az esetben viszont csupán a pozitív CT-eredmény meggyőző, a negatív lelet semmitmondó.

A diffúziósúlyozott MRI (DWI-MRI) sokkal szenzitívebb iszkémiás stroke-ra, ellenben még így is 6,8%-ban fals negatív eredményt ad a tünetek megjelenésétől számított 72 órán belül, ez a tévesztés pedig ötször gyakoribb a vertebrobasilaris keringési rendszer léziója esetén.

A képzett sürgősségi orvos vagy specialista által alkalmazott HINTS a tünetek megjelenésétől számított 48 órán belül nagyobb prediktív értékkel bír, mint a DWI-MRI.

AVS esetén (és csak ezen az ágon) a végrehajtandó klinikai teszt a HINTS Plus (Halmágyi-teszt, a nisztagnus analízise, a Hertwig-Magendie-féle szemállás [Skew deviation] vizsgálata az alternáló lefedési teszt segítségével, az akut unilaterális halláscsökkenés detektálása) egy megfelelően képzett szakember által. Ha ez centrális eredményt ad, ideálisan neurológiai konzílium és/vagy DWI-MRI a megfelelő választás. Perifériás eredmény esetén megfelelő kezelés mellett nem kell képalkotó vizsgálatot ellenőrizni a diagnosztikus helyességet. Ha nincs a HINTS-protokollt jól használni és értékelni képes ellátó a közelben, DWI-MRI javasolt. AVS esetén ne történjen CT-vizsgálat (CT, CTA vagy CTP) kérése. Ha a betegnek nincs nisztagnusa, a centrális-perifériás etiológia differenciálása érdekében javasolt a pozicionális instabilitás megítélését célzó négykategóriás besorolás.²

S-EVS esetén, ha a klinikus vizsgálatai, impressziója alapján benignus eredetű a szédülés, specialistához kell referálni a beteget. Ha nagy a TIA rizikója, akkor javasolt elindítani a TIA-protokollt, és vagy CTA-t, vagy MRA-t kell kérni. Nem hatékony azonban az alacsony TIA-rizikójú beteghalmaz esetén a képalkotó vizsgálat kérése, annak rutinszerű alkalmazása. A prezentáció

1 Egy idézett cikk alapján 595 koponyaűri vérzéses betegből csupán 13 (2,2%) esetén volt az NIHSS 2 alatti, és állt fenn egyúttal a szédülés. Megfordítva: 126 AVS-ben szenvedő betegből csupán öt fő (4%) esetén volt kimutatható koponyaűri vérzés, és ebből csupán két főnek volt izolált szédülése.

2 Egy a cikkben idézett kutatás szerint a centrális nisztagnusmintázattal jelentkező betegek esetén 28% a stroke valószínűsége, ha a beteg nem tud önállóan járni vagy nagyon súlyos az egyensúlyzavara (2-es súlyossági fok), illetve 100% a stroke valószínűsége, ha a beteg nem tud önállóan állni (3-as súlyossági fok).

alkalmával szimptómás beteg diagnosztikája az AVS-irányban haladhat tovább kérdéses esetben, aszimptomatikus esetben a gondos anamnéziszfelvétel segíthet a TIA és a vesztibuláris migrén elkülönítésében, ezzel kapcsolatban kiváló útmutatót ad és idéz a cikk. Megemlítendő, hogy az ABCD2-pontrendszer hátsó skálaterületi iszkémia esetén kevésbé hatékony a rizikóstratifikációban, lévén a „C” a féltekei tünetekre mutat. Az artéria vertebralis disszekciója esetén egy idézett tanulmány szerint az átlagéletkor 42–46,5 év, továbbá az ezen régiót érintő TIA-k általában rövidebb ideig tartanak. Kizárólag önmagában tehát nem érdemes alkalmazni az ABCD2-t ilyen esetekben. Érdekesség az ultrahang szerepének kérdése a nagyeret érintő TIA-diagnózisa esetén, az idézett valószínűségek alapján az ultrahang önmagában történő alkalmazása nem javasolt a diagnózisalkotásban.

T-EVS esetén ideális megoldásként egy hozzáértő személy által elvégzett Dix-Hallpike-manőver kizárhatja a hátsó ívjáratot érintő BPPV-t. Ha a teszt tipikus eredményt ad (lásd az eredeti cikk hivatkozásjegyzékében szereplő, a Nemzetközi Bárány Társaság által írott releváns irányelvet), akkor az Epley-manővert kell végrehajtani. Nem szükséges képalkotó vizsgálat sikeres repozíciós manőver esetén. Ha a Dix-Hallpike atipikus eredményt ad vagy a repozíciós manőver hatástalan, megfontolandó a neurológiai konzílium és/vagy az MRI-DWI. Másodvonalbeli, alternatív megoldásként felmerül a beteg elbocsátása és sürgős (72 órán belüli) beutalása egy specialistához. Ebben az esetben nem ajánlott a (natív, angiográfiával végzett vagy perfúziós) CT-vizsgálat. Szintén nem ajánlott a beteg kezelés nélküli vagy a vesztibuláris tüneteket csökken-

tő gyógyszer (például meklizin) felírása melletti elbocsátása BPPV esetén. A diagnosztikus pontosságot javíthatja a tekintetfixáció gátlása (Frenzel-szemüveg vagy egy üres papírlap).

Ideálisan a betegreferálás fül-orr-gégészhez vagy neurológushoz történjen, későbbi háziorvosi kontroll mellett. Előbbi kettőnek hiányában egy megfelelően képzett gyógytornász is jó választás lehet.

Az összefoglaló említést tesz a horizontális ívjáratot érintő BPPV-ről is. Habár néhány ellátó képes a Lempert-vagy Gufoni-manőverek helyes végrehajtására, e BPPV-típus kifinomult diagnosztikát tesz szükségessé, emiatt ezzel kapcsolatban nem fogalmaztak meg formális ajánlást a szerzők.

A cikk által idézett úttörő kutatások szerint a HINTS-protokoll 98%-os szenzitivitást és legalább 92%-os specificitást érhet el szakemberek kezében. A bizonyító erőből levon, hogy a vizsgált beteghalmozba való beválasztás egyik kritériuma legalább egy vaszkuláris rizikófaktor fennállása volt, tehát az eredmények nem extrapolálhatók minden további nélkül az átlagos sürgősségi osztályra érkező, a centrális etiológiára nézve alacsonyabb *a priori* valószínűséggel rendelkező szédüléssel populációra. Egy magas minőségű, idézett kutatás szerint a sürgősségi orvosok csoportdiagnosztikus pontossága 97,9%-os szenzitivitásával, illetve 64,5%-os specificitással volt sztrók esetén (99,4%-os negatív prediktív értékkel) a sürgősségi osztályra érkező szédülő betegek vonatkozásában, nem csak AVS-kategorizációba tartozók esetén.

A HINTS-vizsgálat kiegészíthető az akut unilaterális halláscsökkenés detektálásával (mely az AICA [arteria cerebellaris inferior anterior] területén fellépő stroke-ot, ill. az a. labyrinthica lézióját

képes kiszűrni, ez ugyanis a fals-pozitív HINTS-tesztek feléért felelős [tehát a HINTS perifériás eredményt ad, de azok centrális]).

Abban az esetben, ha a betegbeszámoló alapján történő szédülésklasszifikáció nehézségekbe ütközne, a TiTrATE helyett a STANDING-algoritmus használata javasolt, mely a (spontán, illetve pozicionális) nisztagnus analíziséből, a Halmágyi-tesztből, továbbá járás-/állásvizsgálatból áll. A teszt pozitív, ha bármelyik részhalmaza pozitív. Ezzel kapcsolatban azonban ajánlást nem fogalmaznak meg a szerzők.

A cikk kiemeli, hogy magas prediktív értékkel bírhat a centrális etioló-

gia vonatkozásában, ha a nisztagnus súlyos járási zavarral társul vagy az ABCD2-pontrendszer nagyobb vagy egyenlő, mint négy.

A cikk fő érdeme, hogy rámutat a diagnosztikai áramvonalasítás, a hatékony erőforrás-allokáció lehetőségére, illetve ezen gyakorlati szempontok alapján a sürgősségi orvostani képzésben a korábban említett ágy melletti tesztek gyakorlásának fontosságára is rávilágít. Kiemelendő továbbá a telemedicinális konzultációs lehetőség, amely esetében a konziliáriusnak nem feltétlenül kell fizikailag jelen lenni egy effektív diagnosztikai döntés meghozatalakor.