

Derleme/Review

Birinci basamakta vertigoya genel yaklaşım***General approach to vertigo in primary care***

ID Rauf Oğuzhan Kum*

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara Özel Güven Hastanesi, Ankara, Türkiye

Öz

Baş dönmesi, birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretlerinin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Vertigonun senkop, dengesizlik veya sersemlik hissi gibi diğer baş dönmesi türlerinden ayırt edilmesi doğru tanıyı koymak için önemlidir. Genç hastalarda vertigo genellikle iç kulak patolojisinden kaynaklanır. Yaşlı yetişkinlerde daha kapsamlı ve hedefe yönelik değerlendirme önemlidir, çünkü bu popülasyonda daha sık olarak morbidite ve mortaliteye neden olabilecek santral nedenler daha fazla görülür. Bu derlemede birinci basamakta vertigonun ayırıcı tanısının daha etkili yapılabilmesi için tanısall yaklaşımlardan bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: baş dönmesi, dengesizlik, inme, nistagmus, vertigo

Abstract

Vertigo and dizziness accounts for approximately 5% of primary care visits. Differentiating vertigo from other types of dizziness symptoms, such as syncope, imbalance, or lightheadedness, is crucial for accurate diagnosis. In younger patients, vertigo is often caused by inner ear pathology. In older adults, targeted assessment is critical, as central causes, which can lead to increased morbidity and mortality, are more common in this population. This review discusses diagnostic approaches to more effectively differentially diagnose vertigo in primary care settings.

Keywords: dizziness, imbalance, stroke, nystagmus, vertigo.

Giriş

Vertigo, kişinin uzaydaki konumunu belirleyememesine bağlı oluşan hareket illüzyonudur. Baş dönmesi, birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretlerinin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır (1). Vertigo ve dizziness farklı klinik kavramlardır. Dizziness güçsüzlük veya ayakta duramama anlamına gelir. Vertigo, denge kaybı hissi olan baş dönmesidir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil servislerde sık görülen bir semptom olan vertigo genellikle vestibüler disfonksiyona bağlı olarak gelişir (2). Vertigo, başlı başına bir hastalık olmaktan ziyade pek çok sağlık sorununun belirtisi olabilir ve aşağıdaki belirtilerle birlikte de ortaya çıkabilir.

- Bulantı ve kusma
- Dengesizlik
- Bir veya iki kulakta işitme kaybı
- Tinnitus
- Baş ağrısı
- Kulakda dolgunluk hissi
- Nistagmus
- Nörolojik semptomlar (Senkop, paralizi, güçsüzlük vb.)

Vertigonun senkop, dengesizlik veya sersemlik hissi gibi diğer baş dönmesi türlerinden ayırt edilmesi doğru tanıyı koymak için önemlidir. Genç hastalarda vertigo genellikle iç kulak patolojisinden kaynaklanır. Yaşlı yetişkinlerde ise hedefe yönelik değerlendirme kritik öneme sahiptir, çünkü bu popülasyonda daha sık olarak morbidite ve mortaliteye neden olabilecek santral nedenler daha fazla görülür (3).

A. Vertigo Tipleri

Oluşum nedenine göre periferik ve merkezi olmak üzere 2 ana vertigo türü vardır.

1. Periferik Nedenler

- Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV)
- Meniere Hastalığı
- Sekonder Endolenfatik Hidrops (Otolojik Sfiliz, Gecikmiş Endolenfatik Hidrops, Cogan Hastalığı)
- Vestibüler Nörit
- Perilenf Fistülü
- İç Kulak Travması
- Rekürren Vestibülopati
- Vestibüler Ototoksosite
- Labirentitler
- Otitis Media

2. Santral Nedenler

Santral vertigo daha az yaygındır. Enfeksiyon, felç veya travmatik beyin hasarı gibi santral sinir sistemini etkileyen bir patoloji olduğunda ortaya çıkar. Merkezi vertigosu olan kişilerde genellikle şiddetli dengesizlik veya yürüme güçlüğü gibi daha şiddetli semptomlar görülür.

- Vertebrobaziller yetmezlik
- Serebellar infarkt
- Migren
- Multipl skleroz
- Tümörler
- Kraniovertebral Bileşke Hastalıkları
- Ailevi Ataksi Sendromları
- Epilepsi
- Lateral Medüller Enfarkt (Wallenberg Sendromu)

BPPV veya vestibüler nörit gibi periferik nedenler genellikle olumlu bir prognoza sahipken, serebrovasküler hastalık, neoplazmlar veya demiyelinizan bozukluklar gibi merkezi nedenler, zamanında teşhis edilmezse genellikle daha kötü bir prognoza sahiptir.

B. Vertigo Tanısı

1. Anamnez

Vertigoda yanlış tanı veya gecikmiş tedavi komplikasyonlara yol açabilir. Vertigoda anamnez tanıya gidişte en önemli adımdır. İlk planda cevaplanması gereken sorular vardır:

a) Nasıl başladı? Ne kadar sürdüğü?

BPPV ve ortostatik hipotansiyonda daha çok saniyeler, Meniere, serebrovasküler olaylarda (SVO) ve vestibüler nöritte günler süren bir baş dönmesi olur.

b) Hangi paternde? (Akut / Paroksizmal / Kronik / Pozisyonel)

Meniere ve multipl skleroz'da ataklar halinde baş dönmesi olur. Servikal orijinli vertigolarda ise daha çok baş, boyun ve vücut hareketleri sırasında paroksizmal olarak baş dönmesi olur (4).

Vestibüler nöritde ani ve çok şiddetli başlayıp giderek azalan tipte bir vertigo meydana gelir.

Santral vertigolar ya da akustik nörinomda baş dönmesi daha uzun süreli ve progressif olarak seyredebilir (4).

BPPV ve servikal vertigoda baş dönmesi pozisyonundan etkilenir (4).

c) Hangi tipte? (Rotatuar / Dizziness tarzında / diğer)

d) Hangi ek semptomlarla? kronik hastalığının olup olmadığı ilaç kullanım öyküsü?

Baş dönmesi tinnitus ile birlikte ise akustik nörinom; işitme kaybı ile birlikte ise labirentit ve Meniere; baş ağrısı ve diplopi ile birlikte ise santral nedenler düşünülebilir (4).

Bir klinisyen semptomların akut veya kronik, tekrarlayan veya kalıcı ve ilerleyici veya ilerleyici olmayan olduğunu sınıflandırabilir.

2. Fizik ve Nörolojik Muayene

A. Sistem muayeneleri

A.1. Nörolojik muayene

- Kranial sinirlerin muayenesi
- His, motor güç ve refleks muayeneleri
- Serebellar- Postüral testler
- Parmak burun testi
- Past-pointing test
- Disdiadokinezi
- Romberg testi
- Fukuda (Unterberger) testi
- Yürüme (Babinski-Weil) Testi
- İşaret Testi (Barany Deneyi)

İlk basamak ve acil serviste serebellar testler bir nöroloji uzmanı kadar olmasa da santral ve periferik vertigo ayırımı yapabilmek için bilinmeli ve uygulanmalıdır. Baş dönmesi ile başvuran hastaya muayene yapılmadan triyaj uygulaması yapılmamalıdır.

A.2. Kardio-vasküler sistem muayenesi

A.3. Gastro-intestinal sistem muayenesi

C. Laboratuvar

Kan sayımı - Hemostaz - Biyokimya - Ferritin - Kan şekeri - B12, folat - Lipid profili - T3-T4-TSH tayini - Otoimmün tetkikler (ESR/ANA/RF)

Laboratuvar tetkiklerinde eğer muayene bulgusu ve öyküde şüphe var ise detaylı testler istenmelidir. Acil serviste rutin tetkiklerin dışında ayırıcı tanı için test istemek vakit kaybına neden olabilir.

D. Radyoloji

Beyin Bilgisayarlı tomografi (BT)

Beyin manyetik rezonans görüntüleme MRG

Dopler USG

MR Anjio

Vestibülo-oküler refleks (VOR)

Beyin VOR sayesinde düz bakış sırasında bakışı sabitlemeyi amaçlar. Endolenf hareketle başın tersi yönde hareket eder. Lateral kanal; lateral rektus ve medial rektus kaslarını kontrol eder. Süperior ve posterior kanallarsa; süperior rektus, inferior oblik, inferior rektus, süperior oblik kaslarını kontrol eder (5,6).

Nistagmus

Göz kürelerinin istem dışı, ritmik ve konjuge hareketleridir. Hastada baş dönmesi semptomları görüldüğünde nistagmus değerlendirmesi fizik muayenenin önemli bir parçasıdır (4). Subjektif bir yakınma olan dizziness ve vertigonun objektif bulgusudur. Spontan ve pozisyonel bir nistagmusun saptanması vestibüler sistemdeki bir bozukluğun işaret eder. Nistagmusun hızı, yönü, derecesi, fiksasyondan etkilenmesi ve tipi gibi özellikleri önemlidir (Tablo 1) (7-9).

Tablo 1. Nistagmusun özelliğine göre santral periferik ayırımı.		
Nistagmus	Santral	Periferik
Latansı	yok	5-15 saniye
Yönü	Değişken	Tek yöne
Tipi / yönü	Vertikal/Horizontal	Horizontal/rotatuar
Şiddeti	Bağımsız	Vertigo ile değişir
Süresi	1 dakikadan çok	1 dakikadan az
Yorulma	Yorulmaz	Yorulur

Vestibüler sistemde tek taraflı bir işlev bozukluğu olduğunda, gözler hedeften yavaşça uzaklaşır ve ardından ters yönde hızlı bir hareketle düzelir ve bu da hızlı faz yönünde bir "sıçrama" ile sonuçlanır. Periferik bir vestibüler lezyonda, hızlı faz etkilenen taraftan uzaktadır ve nistagmusun sıklığı ve genliği, hızlı fazın tarafına doğru bakıldığında artar. Örneğin, sağa bakış, sağa vuran nistagmusu artırır. Periferik lezyonlarda, nistagmusun baskın yönü bakış yönünden bağımsız olarak aynı kalırken, merkezi lezyonlar yönü tersine çeviren nistagmus ile ortaya çıkabilir (10).

Santral lezyonlar herhangi bir yönde nistagmus ile ortaya çıkabilirken, periferik lezyonlar genellikle torsiyonel bileşenli yatay nistagmus ile ortaya çıkar. Periferik bir lezyondan kaynaklanan nistagmusun asla tamamen torsiyonel veya dikey olmadığını belirtmek önemlidir (2).

Akut Vestibüler Sendrom (AVS)

Periferik veya merkezi vestibüler yapıların hızlı, tek taraflı bozulması, şiddetli vertigo, bulantı ve kusma, spontan nistagmus ve dengesizlikten oluşan akut vestibüler sendromu meydana getirir. Akut vertigo aksi kanıtlanmadıkça ciddi bir nedene bağlı olabilir. Vertigo en sık olarak %75 periferik, %25 santral nedenlidir (Tablo 2) (2,11,12).

Tablo 2. Vertigonun özelliğine göre santral ve periferik vertigo ayırımı.		
Özellik	Santral	Periferik
Başlangıç	Yavaş	Hızlı
Hareketle	Değişmez/artar	Artar
Patern	Sürekli	Genele paroksizmal
Şiddeti	Görece daha az	Fazla
Bulantı	Nadiren	Sıklıkla
Tinnitus/işitme kaybı	Beklemez	Olabilir
Nörolojik defisit	Olur	Olmaz

Baş dönmesi ve vertigoda acilde öncelikli değerlendirme kriteri bir posterior dolaşım inmesini (vertebral/baziler arter) kaçırmamaktır.

Vital bulgular mutlaka kontrol edilmelidir;

- Kan basıncı (şok)
- Ortostatik hipotansiyon (near-senkop)
- Nabız (taşikardi, bradikardi)
- Saturasyon ve solunum sayısı,
- Ateş (dehidratasyon, sepsis)

HINTS = Head Impulse, Nystagmus, and Test of Skew

Head Impulse (Baş çevirme veya itme tekniği), etiyojolojiyi daha ayrıntılı olarak belirlemeye yardımcı olan bir fizik muayene tekniğidir. Bu muayenede, hastalardan gerekirse numaralı gözlüklerle gözlerini uzaktaki bir hedefe sabitlemeleri istenir. Baş, yaklaşık 15 derece hızla sağa veya sola çevrilir. Gözler hedefte kaldığında normal bir tepki oluşur. Anormal bir tepki ise, gözlerin hedeften başın çevrildiği yöne doğru çekilmesi ve ardından hedefe doğru düzeltici bir sakad hareketi yapılmasıdır. Bu tepki, başın çevrildiği tarafta vestibüler-oküler refleksin yetersiz olmasına neden olan periferik bir lezyonu gösterir.

Muayene eden kişinin bir gözü kapatması ve kapatılmadığında gözde dikey veya yatay bir kayma olup olmadığını gözlemlemesi yoluyla skew (kayma) testi yapılabilir. Merkezi lezyonlar bazen hafif bir skew sapması oluşturabilir. Baş itme testi, nistagmus muayenesi ve eğiklik testiyle birleştirildiğinde, buna HINTS testi denir (2,13).

Her iki tarafta yön değiştiren nistagmus ve/veya eğik sapma ile normal bir baş impuls testi, merkezi bir lezyon için endişe vericidir. Tek yönlü nistagmus ve eğik sapmanın olmadığı anormal bir baş impuls testi, periferik bir lezyonu kuvvetle düşündürür. Yatak başı 3 test ile periferik-santral vertigo ayrımı yapılabilir. INFARCT öğrenmeyi kolaylaştıran bir kısaltmadır (Impulse Normal, Fast-phase Alternating Nystagmus or Refixation on Cover-Test).

HINTS testi, semptomların başlangıcından sonraki ilk 48 saat içinde akut inmeyi teşhis etmede manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) daha hassas olabilir (13-15).

Vertigolu hastada acil görüntüleme ne zaman gerekli?

- Hiperakut başlangıçlı, devam eden izole vertigo
- Gövde ataksisi, yürüme ataksisi gibi serebellar bulguların eşlik ettiği durumlar
- SVH risk faktörü (Warfarin kullanımı, HT)
- Travma sonrası oluşan
- Tinnitus

- Bilinç kaybı
- Epileptik
- Baş Ağrısı
- Diplopi
- Yüzde his kusuru

Araştırmacıların Katkısı

ROK: Fikir/Kavram, Tasarım, Veri Toplama, Analiz ve Yorum, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme.

Çıkar Çakışması

Çalışmanın hazırlanırken, veri toplanması ve analizi, sonuçların yorumlanması, makalenin yazılması aşamalarında, herhangi bir çıkar çakışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek

Çalışma ile ilgili, hiçbir şekilde kurum, kuruluş, kişiden maddi destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. Handb Clin Neurol 2016; 137: 67-82.
2. Dy JS, Freeman AM. Vertigo. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Andrew Freeman declares no relevant financial relationships with ineligible companies, 2025.
3. Bouccara D, Rubin F, Bonfils P, Lisan Q. [Management of vertigo and dizziness]. Rev Med Interne 2018; 39(11): 869-74.
4. Labuguen RH. Initial evaluation of vertigo. Am Fam Physician 2006; 73(2): 244-51.
5. Alahmari KA, Alshehri S. Vestibulo-Ocular Reflex Function and Its Impact on Postural Stability and Quality of Life in Cochlear Implant Recipients: A Cross-Sectional Study. Life 2025; 15(3): 499.
6. Robinson DA. Basic framework of the vestibulo-ocular reflex. Progres Brain Res 2022; 267(1): 131-53.
7. Gurnani B, Kaur K, Chaudhary S, Gandhi AS, Balakrishnan H, Mishra C, et al. Nystagmus in Clinical Practice: From Diagnosis to Treatment-A Comprehensive Review. Clin Ophthalmol 2025; 19: 1617-57.
8. Imai T, Kimura N, Nakajima T, Kitahara T, Mikami S. Development of a new maneuver to rapidly restore positional nystagmus from benign paroxysmal positional vertigo fatigue in patients with posterior canal-type benign paroxysmal positional vertigo: a single-arm prospective interventional clinical trial. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2025. doi: 10.1007/s00405-025-09327-7.
9. Lee SU, Tarnutzer AA. Usefulness of Nystagmus Patterns in Distinguishing Peripheral From Central Acute Vestibular Syndromes at the Bedside: A Critical Review. J Clin Neurol 2025; 21(3): 161-72.

10. Buttner U, Helmchen C, Brandt T. Diagnostic criteria for central versus peripheral positioning nystagmus and vertigo: a review. *Acta Otolaryngol* 1999; 119(1): 1-5.
11. vonWerdt M, Korda A, Zamaro E, Wagner F, Kompis M, Caversaccio MD, et al. The acute vestibular syndrome: prevalence of new hearing loss and its diagnostic value. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2024; 281(4): 1781-7. d
12. Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med* 1998; 339(10): 680-5.
13. Rayner R, Hartley-Palmer J, Hmu C. Use of the Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew ('HINTS') assessment to aid differential diagnosis in acute vestibular syndrome in the hyperacute stroke setting. *J Laryngol Otol* 2024; 138(S2): S14-S7.
14. Kattah JC. Use of HINTS in the acute vestibular syndrome. An Overview. *Stroke Vasc Neurol* 2018; 3(4): 190-6.
15. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009; 40(11): 3504-10.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).