

סחרחורת תנוחתית התקפית טבה (סת"ט) (BPPV)

הולפייק, דהיינו כסובלים מסת"ט, ככל הנראה אנשים אלו לא התלוננו על סת"ט כי למדו לחיות עם התופעה ולהימנע מתנועות מהירות וחדות.³

הסימפטומים העיקריים של סת"ט

סת"ט מאופיינת בהתקפים חוזרים של ורטיגו, כלומר אילוזיה של תנועה סיבובית בהתאם למנח הראש במרחב ולמיקום העיניים בתוך ארובת העין. משך ההתקף לרוב קצר מדקה, למרות שהמטופל מתאר זאת כנצח. תלונות המטופלים הנן בדרך כלל סחרחורת בעת הרמת ראש מעלה או הורדת הראש בכיוון מטה. יש המתארים לגול במיטה כדי לכבות את השעון או סתם בקימה לשירותים. הסחרחורת עלולה להיות מלווה בבחילות ובהקאות, ולכן בכל בדיקה וסטיבולרית רצוי שיהיו האמצעים לרגעי החירום הללו (המעוררים את המערכת הוואגאלית). חוסר שיווי המשקל הוא תופעה שכיחה בקרב המטופלים, אך ירידה בשמיעה או הפרעות נוירולוגיות אחרות עלולות להצביע על אבחנה שונה.

אבחון קליני

מאפיינים עיקריים של הסחרחורת התנוחתית: בעת השכבה לאחור ניתן לצפות בניד בלתי רצוני של העיניים הנקרא "ניסתגמוס". השהיה (latency) בהופעת הניד יכולה להופיע עד כ-10 שניות אחרי ההשכבה לאחור. כיוונו ואופיו חשובים מאוד כדי לבצע אבחון מדויק של התעלה שלתוכה נכנסו הגבישים. הניד ישנה את כיוונו בתנועה הפוכה לבדיקתו (reversibility) וכשנסה לבצע בדיקה חוזרת קיימת התעייפות (fatigability) של הניד. לעיתים המטופל מתלונן על סחרחורת אך לא ניתן להבחין בניד בעיניו, ואז נשאלת השאלה - האם זו סת"ט? במקרים כאלו חשוב בעיקר להשתמש במשקפי פרנזל או אינפרא-אדומות אשר יאפשרו לנו לראות תנודות עיניים שלא היינו יכולים להבחין בהן בלעדיהן. רוב הגבישים בסת"ט יפלו לתוך התעלה האחורית



רקע

"סחרחורת תנוחתית התקפית טבה" (סת"ט) (Benign Paroxysmal Positional Vertigo-BPPV) היא הצורה הנפוצה ביותר של ורטיגו, ומהווה כמעט מחצית מהאבחונים של חולים עם ליקוי וסטיבולרי פריפרי. במערכת הווסטיבולרית קיימות שלוש תעלות קשתיות-למחצה הרגישות להאצה והאטה בתנועה זוויתית של הראש וכן שני תאים (אוטריקולר וסקולה) (Utricle and Saccule), המכילים גבישי קלציום קרבונט הרגישים לכוח המשיכה והמשדרים למוח תאוצה ליניארית של הראש. תופעת הסת"ט מיוחסת לנפילת גבישים אלו אל תוך התעלות הקשתיות-למחצה באוזן הפנימית. ב-85% מן המקרים הגבישים נופלים לתוך התעלה האחורית, ב-12% לתוך התעלה הצדית וב-3% לתוך התעלה הקדמית. ברוב המקרים הגבישים שטים בחופשיות בתעלות הקשתיות-למחצה, והתופעה נקראת Canalithiasis. ואולם, ישנם מקרים שבהם הגבישים נשארים דבוקים לאזור הגלטיני שבו ממוקמות שערות שיווי המשקל, והתופעה נקראת Cupulolithiasis. למרות שהסימפטומים יכולים להיות חריפים מאוד וסוערים במקרים מסוימים, הסחרחורת מגיבה היטב לטיפול פיזיותרפי מכוון. המטופל יכול ללמוד כיצד לבצע בעצמו את התמרון להחזרת הגבישים למקומם, אך רצוי שפעולה זו תיעשה על-ידי פיזיותרפיסט מיומן המביט אל תנועות העיניים הבלתי רצוניות (ניסתגמוס), הנוצרות בעקבות תנועת הגבישים בתעלות ויידע לתרגם זאת לתנועה מדויקת להחזרת הגבישים למקומם.¹

פרקטיקה מבוססת-ראיות

בסקר ארצי שנערך בגרמניה על 4869 נבדקים, נמצא כי ההיארעות של סת"ט לאורך החיים היא 2.4%.² נמצא כי ההיארעות של סת"ט לשנה אחת בלבד היא 1.4% באוכלוסייה הכללית ואילו היארעות סת"ט בשנה אחת בקרב אוכלוסיית מבוגרים בגילאי 18 ומעלה היא 0.6%. השכיחות של סת"ט עולה עם הגיל, ונמצאה פי שבעה בגילאי 60 ומעלה לעומת הצעירים (18-40) ופי שניים בהשוואה לגיל הביניים - גילאי 40. נמצא כי סת"ט נפוצה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים בכל קבוצות הגיל, ביחס של לפחות 2:1. במחקר אורך, בין מוסדי, נערך מעקב של 24 חודשים אחרי נפילות, שנערך בישראל נערך אחרי 75 אנשים מבוגרים בני 83±5 שנה בממוצע, ונמצא כי 16 מביניהם תועדו חיובית במבחן דיקס

סיבות אפשריות לסת"ט

לסת"ט ישנן מגוון סיבות אפשריות, למשל טראומת ראש, תאונת דרכים תסמונת צליפת שוט, מנייר, ניאוריטיס, ניתוחי סינוסים ואוזניים, הרפס זוסטר, הפרעה בזרימת הדם לאוזן הפנימית, ובמקרים רבים אף ללא סיבה ידועה.^{6,7}

נפילת גבישים אל תוך התעלות יכולה להיגרם גם מירידה בצפיפות העצם בקרב אנשים עם אוסטאופורוזיס. אותם גבישים העשויים קלציום קרבונט מתפוררים גם באזור זה והאוטוליטים מתפרקים לחתיכות שנשפכות אל תוך התעלות העגולות-למחצה.⁸

מקורות

1. Kim JS, Zee DS. Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. N Engl J Med 2014; 370:1138-1147.
2. vonBrevem M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78:710-715.
3. Zur O, Berner Y, Ohel Y and Carmeli E. Two years follow-up of predicting single and multiple falls among older adults living in an independent community. Aging ClinExp Res, 2017.Submitted
4. Zur O, Ilan O, Shimron H and Carmeli E. Horizontal Canal - Benign Paroxysmal Positional Vertigo (HC-BPPV) – clinical diagnostic procedures, Harefua 2016, in press.
5. Marti S, Palla A, Straumann D. Gravity dependence of ocular drift in patients with cerebellar downbeat nystagmus. Ann Neurol 2002; 52:712-721.
6. Hughes CA, Proctor L. Benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope 1997; 107:607-613.
7. Lee NH, Ban JH, Lee KC, Kim SM. Benign paroxysmal positional vertigo secondary to inner ear disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2010; 143:413-417.
8. Jeong SH, Choi SH, Kim JY, et al. Osteopenia and osteoporosis in idiopathic benign positional vertigo. Neurology 2009; 72:1069-1076.

וזאת בשל המבנה האנטומי המוביל אליה. לתעלה הצדית פעמים רבות יפלו הגבישים אחרי טלטולים לא מכוונים שעשה המטופל בעצמו או כסיבוך של התמרונים בקרב מתלמדים, בניסיון לטפל בתעלה האחורית. האבחון לתעלה הצדית מורכב יותר ולכן רצוי לחזור על הבנת המנגנונים ולדייק באבחון לפני התערבות טיפולית.⁴

קיימים אבחונים דומים (אבחנה מבלדת) המציגים תופעת סת"ט אשר עלולים לבלבל את המאבחן:

1. נפילת לחץ דם. תופעה זו של Postural orthostatic hypotention עלולה להציג סימפטומים של סחרחורת בשינויי תנוחה, אך לא נראה ניסתגמוס.
2. חולשה וסטיבולרית כרונית חד-צדית. תופעה של Chronic unilateral vestibular hypofunction עלולה לגרום סחרחורת בתנועות ראש מהירות. חייבים להתייחס לכוון הניד, לעוצמה, למשך ולסימפטומים אחרים כדי לאבחן הבעיה.
3. Vestibular paroxysmia היא תופעה של סחרחורת בהתקפים גם ללא תנועה אבל גם לאחר תנועת ראש. המקור שלה הנו לחץ נזירי-וסקולרי המאובחן ב-MRI מוח.
4. מיגרנה וסטיבולרית היא תופעה של סחרחורת המלווה בדרך כלל בכאבי ראש, אך יכולה להופיע גם רק אחת משתי התופעות. הסחרחורת נמשכת לרוב כמה שעות אך יכולה להופיעה גם לדקות או לשניות ספורות.
5. Central positional vertigo היא תופעה של סחרחורת ממקור מרכזי בדרך כלל באזור הורמיס בצרבולום הניסתגמוס הקלאסי. במקרים אלו יופיע ניד מהיר לכיוון מטה ולא תהיה לניד התעייפות, כפי שאנו מכירים בסת"ט.⁵
6. Rotational vertebral artery syndrome, היא תופעה נדירה, אך מצוטטת בספרות ומוכרת לנו מתחום המניפולציות הצוואריות. במקרים אלו עורק הוורטברליס, אשר עובר בתוך החוליות הצוואריות, נחסם בדרך כלל בין החוליות C1-C2, מה שיגרום לסימפטומים של הפרעה בזרימה באזור גזע המוח ותופעות של 5D (Diplopia, Dysarthria, Dysphagia, Drop foot and Dizziness). האבחון צריך להיות משולב בהדמיה וסקולרית ובבדיקה ניורולוגית.