

Egy rövidítés „mellékhatása”

Dr. Ferenc Mária | Mallerné Újkéry Noémi

Országos Gerincgyógyászati Központ

ferenc.maria@bhc.hu

Esetismertetés

A 42 éves irodai munkát végző hölgy páciens anamnézisében említésre méltó műtét, és belgyógyászati betegség nem szerepelt.

2016 novemberében kezdődött nem forgó jellegű, irány nélküli szédülése, amely azóta is folyamatosan fennállt, de intenzitása változó volt, elsősorban bizonytalanságérzés, megingás jellemezte, a nap folyamán erősödött, főként állva és ülve jelentkezett panasza, fekvé nem. Traumája, „red flag” tünetei, fejfájás, fülpanasz, hányinger nem volt. Hajó-, repülő- és hosszabb autóúton nem vett részt. Gyakori nyaki fájdalmat említett, mely vállakba, dominálón jobban vállba sugárzott.

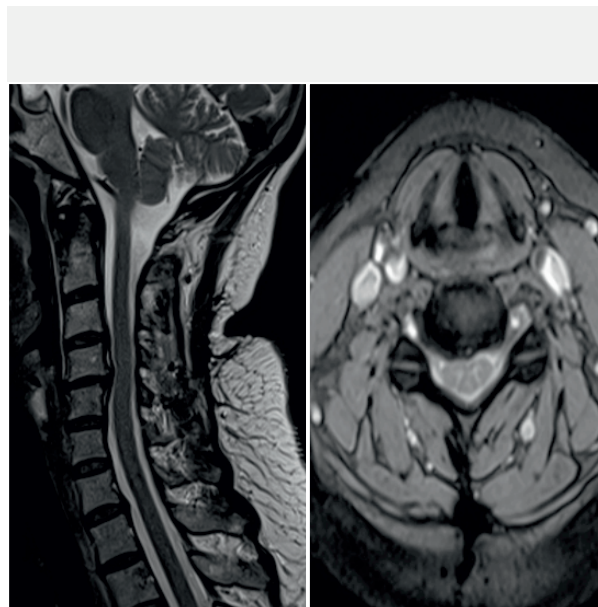
Több alkalommal neurológiai, szemészeti, belgyógyászati, fül-orr-gégészeti, otoneurológiai, koponya MR, BAEP (Brainstem Auditory Evoked Potential - Agytörzsi Akusztikus Kiváltott Potenciál), VEP (Visual Evoked Potential - Vizuális Kiváltott Potenciál), nyaki erek Doppler vizsgálata kórosat nem jelzett, Lyme kór nem igazolódott, demyelinizáció irányában pozitív diagnózis nem született.

2018 szeptemberében történt ismételt fül-orr-gégészeti konzílium (egy addig, a páciens által nem látogatott intézetben) ahol az áttekintett dokumentációk és a perzisztáló szédülékenység háttérében leginkább „MDDS”-t valószínűsítettek. A páciens a rövidítés alapján, az interneten tájékozódott betegségéről, miután pánikba esett, és elkeseredésében kezdte a vizsgálatokat előlről. Közben pszichológiai kezelésen vett részt, fizioterápiában is részesült terápiás hatás nélkül.

2019 márciusában kereste fel intézetünket, és az addig áttekintett tucatnyi – kórjelzőt nem mutató – lelet alapján, miközben a nyaki régió fájdalmát is előtérbe helyezte panaszaiban,

elsősorban proprioceptív eredetű nyaki szédülékenységre gondoltunk. Fizikális vizsgálatából kiemelendő az erősen előre pozicionált nyak-fejartás, a nyaki régió mérsékelt rotációs mozgáskorlátozottsága mindkét oldalra, mindkét oldali spasztikus trapesius izomzat, nyomásérzékeny triggerpontokkal. Kétoldali CIV-es kisízületi blokk, egyéb provokációs tesztek a nyaki régióban negatívak voltak.

A kétirányú cervicalis röntgen- és MR-felvételen diszharmonikus nyaki lordózis, a CIV-CV-ös szegmentumban discus degeneráció verifikálódott jobb oldali dominanciájú discus protrúzióval. (1. ábra)



1. ábra

Szagittális T2 (A) és CIV-V magasságban készült axiális T2 (B) nyaki gerinc MR

Diszharmonikus nyaki lordózis, CIII-CIV-ben kicsiny discus protrusio, és CIV-CV szegmentumban spondylogen komplexummal kísért discus protrusio

Pszichológiai állapotfelmérő kiértékelése alapján a fájdalom katasztrófizációs skála, és a vonásszorongás kérdőív pontértéke normál tartományban jelzett, az állapotsszorongás enyhén emelkedő tendenciát mutatott, a depressziós hangulati elem fokozott volt.

Sürgősségi műtéti kezelést indikáló kórkép, állapot nem igazolódott. Konzervatív terápiában részesítettük, melynek kulcseleme a Piracetam- és Neodolpasse-infúzió mellett a speciális manuálterápiás technika, a triggerpont-kezelés, valamint a nyaki és vállövi stabilizációs tréning, tartáskorrekció volt, ergonómiai tanácsadással kiegészítve. A terápia harmadik napján már lényegesen jobban érezte magát betegünk, mind szubjektíve, mind objektíve. A negyedik-ötödik nap után a szédülékenység nem ismétlődött, nyaki fájdalom és merevségérzése megszűnt. Otthonában folytatta a megtanult gyógytorna-technikát és ergonómiai gyakorlatokat, másfél hónap után visszatért korábbi sporttevékenységéhez – a teniszezéshez –, s egy év után (és jelenleg is) panaszmentes. A két és fél éve fennálló szédülékenységet jelen esetben a cervicalis gerinc poszturalis diszfunkciójával, és a degeneratív elváltozás okozta rendellenes propioceptioval magyaráztuk.

Megbeszélés

Az ezerarcú szédülés-szédülékenység diagnosztikája és terápiája – és elsősorban a krónikus forma – az okok sokrétűsége miatt, sokszor komoly kihívást jelentő problémakör. Esetünk két tanulságra hívja fel a figyelmet. Az egyik, hogy a nyaki eredetű propioceptív szédülékenység kórmegállapítása a tudomány jelenlegi állása szerint, még ma is egy kizárásos diagnózis. Azonban a nyaki fájdalom, merevségérzés, valamint a pozitív radiológiai jelek fennállása esetén gondolni kell rá, és számos gyógytorna technika mellett, főképpen egyes speciális manuálterápiára adott kedvező válasz alapján mondhatjuk ki a nyaki eredetet, a növekvő számú irodalmi evidencia alapján.

Az eset másrészt, az orvosi dokumentációkban használt rövidítések csapdáira, illetve félreérthetőségére hívja fel a figyelmet, melynek nem kívánatos következményei is lehetnek.

A fül-orr-gégészeti véleményezésben szereplő

MDDS (Mitochondrial DNA Depletion Syndrome) diagnózist olvasva megfelelő tájékoztatás hiányában a páciens először az internetről informálódott a fenti rövidítés láttán. Az MDDS egy rendkívül ritka autoszomális recesszíven öröklődő rendellenesség, amelynek mind a myopathias, mind az encephalomyopathias és hepatopathias formája igen kedvezőtlen kimenetelű betegség. A páciens teljes tanácsalanságában és elkeseredésében a munkájából kiesve a korábbi vizsgálatok megismétlését kezdte.

A ritka kórképek zavarba ejtő rövidítései az orvosi dokumentációkban nem csak a páciens teszik bizonytalanná, hanem az orvoskollégákat is megtéveszthetik, akár egy betű elírása esetében is.

Az MdDS (Mal de Debarquement Syndrome) egy szédülékenységgel járó mozgásérzékelési zavar. A kórképre a nemzetközi szakmai közösség az MdDS-t javasolja korrekt rövidítésnek az egyéb kórképpel való összekeverhetőség miatt. Az MdDS egy variánsa a tengeribetegségnek, leggyakrabban tengeri, óceáni körutazás, vagy légi illetve hosszabb autóút után jelentkezik az utazás végeztével. Leszállási vagy kiszállási szindrómának is nevezik. A páciensek úgy érzik mintha állandóan ringatóznának, imbolyognának. A tünetek elsősorban járás közben jelentkeznek, de ülve és fekvés során is előfordulhat. A szédülékenység társulhat fáradékonysággal, koncentrációs nehézséggel, kognitív zavarral, fényfóbiával, agorafóbiával, hányingerrel, valamint depresszióval és szorongással. Az utóbbi két panaszt elsősorban következményként azonosították. A tünetek rendszerint a mozgási stimulus megszűnése után kezdődnek. A szimptómák csökkennek passzív mozgásra, tehát mozgó járművön. Nőknél gyakoribb, általában 30-60 év között. A tünetek hónapokig fennállhatnak, legtöbbször spontán szűnnek.

Az MdDS hátteréről, patológiájáról több magyarázat született már, de nem létezik domináns elmélet. A legújabb kutatási eredmények szerint egyfajta neuroplaszticitási zavarról van szó, vagyis az agyban levő idegsejtek, pályarendszerek egymással való kommunikációja, és a változó környezethez való rugalmas alkalmazkodás szenved zavart.

Az agyban mélyen levő un. entorhinális kéreg (cortex entorhinalis) aktivitása felgyorsul. Ez a kéreg a hippocampus fő bementi régiója, a térbeli információk egyik fontos feldolgozó központja. Normál viszonyok között a homloklebenyhez tartozó prefrontális kéreg féken tartja működését, hibás összeköttetés esetében viszont ez a gátlás nem megfelelő, s az említett tüneteket eredményezi.

Mások az MdDS-t a migrén egyik válfajának tekintik, de feltételeznek vestibularis, hormonális és genetikai eredetet is.

A diagnózis kritériumai:

- az anamnézis (hosszú hajó-, repülő- vagy autótúr)
- a panaszok legalább egy hónapos fennállása
- passzív mozgásra a krónikus ringatózó érzés csökken az otoneurológiai vizsgálat, a koponya MR, az ENG normális
- autózézés közben a tünetek javulnak.

Bemutatott esetünk, e diagnosztikus kritériumoknak nem felelt meg. Differenciál-diagnosztikai szempontból elsősorban a Méniér-szindrómát, a Benignus Paroxysmalis Positionalis Vertigot (BPPV) – mely kórképek speciális diagnosztikus tesztjei jól ismertek – és mint jelen páciensüknél is, a nyaki eredetű proprioceptív szédülékenységet (dizziness) kell megemlítenünk.

Összefoglalás

A szédülés-szédülékenység rendkívül szerte-ágazó patológiai háttere miatt – ha nincs biztos kimutatható centrális, vagy perifériás eredet – a betegek sokszor elvesznek a különböző diszciplínák között, vagy évekig cirkulálnak az egészségügyi ellátórendszerben. Ismételt vizsgálatok tömege zajlik, érdemi diagnózis nélkül, ami a páciensek bizonytalanságát fokozza e kellemetlen állapotban. Organikus neurológiai és vestibularis tünetek hiányában a krónikus szédülékenységet legtöbb-szor valamilyen pszichológiai problémával hozzák összefüggésbe, s az eredménytelen diagnosztikus és terápiás procedúrák után, már nehéz eldönteni, hogy a pszichológiai megterhelés oka vagy következménye a nyugtalanító szédülékeny státusznak. Ilyenkor gyakran születnek olyan kétes diagnózisok, mint a „Fóbiás poszturális

vertigo”, a „Perzisztáló poszturális perceptuális szédülés” (PPPD), vagy mint az előbbieken ismertetett, esetünkben a tévesen MDDS-nek (Mitochondrial DNA Depletion Syndrome) rövidített MdDS (Mal de Debarquement Syndrome).

Ajánlott irodalom

- Ferenc Mária et al. Cervicogen vertigo (Nyaki szédülés)? – Cervicogenic Dizziness (Nyaki szédülékenység)? Gerincgyógyászati Szemle. 2017, (1): 8-21.
- Mucci. V et al. Mal de Debarquement Syndrome a survey on subtypes misdiagnoses, onset and associated psychological features. J Neurol. 2018, 265 (3) 486-499).
- Mucci, V et al. Mal de Debarquement Syndrome: Retrospective Online Questionnaire on the Influences of Gonadal Hormones in Relation to Onset and Symptom Fluctuation. Front Neurol 9: 362 2018, (this is an open access journal)
- Timothy C.Hain. Mal de Debarquement Syndrome. 2019, 11.28.
- Van Ombergen et al. Mal de Debarquement Syndrome, a systematic review J Neurol 2015,