

VERTİGOLU HASTANIN REHABİLİTASYONU

Ayşe KARAN

Vertigo ve dizziness genel popülasyonda yaygın olan semptomlardır, görülme oranı % 5-10 arasında değişir. Dizziness nonrotatuar vertigo olup, hepsine genel terim olarak vertigo denmektedir (14). Son zamanlarda vertigo tedavisinde rehabilitasyon önemli bir yer almaya başlamıştır. Vestibüler rehabilitasyon insan beyinde var olan adaptif ve kompansatuar mekanizmaların harekete geçirilmesidir ve mümkün olduğunda erken başlanmalıdır. Vertigo atağı ne kadar sık indüklenirse, beyindeki kompansatuar mekanizmaların gelişimi de o oranda hızlı olur (1,6,9).

Fizik tedavi ve rehabilitasyonda vertigolu hastalar için neler yapılabilir?

I- BPPV 'de tedavi :

- a- Posterior kanal BPPV'si için
 - Brandt- Daroff habitüasyon egzersizleri
 - Semont'un liberatör manevrası
 - Epley manevrası (3,6,8,10).
- b- Horizontal kanal BPPV'si için
 - Vannucchi'nin uzun süre pozisyon verme tedavisi
 - Lempert manevrası (3,6,8,10).

II- Tek taraflı vestibüler parezi için akut dönemde vestibuler elektriksel stimülasyon (VES), terapist gözetiminde yapılan egzersizler ve semptomlar kontrol altına alınanca uygulanır ev egzersiz programı.

III- İki taraflı vestibüler parezili hastalar için tedrici yüreme programı.

IV- Belirgin denge bozukluğu durumlarında verilen propriojepsiyon ve Frenkel egzersizleri (7,11).

V- Miyofasikal ağrı sendromu (MAS): Vertigo açısından özellikle sternokleidomastoid (SKM) kası önemlidir. Diğer kas MAS'larının aksine, bu kasın MAS'ında ağrı ve spazm pek tipik değildir. Ana semptom triadı: **Frontal başağrısı, postüral dizziness ve dismetri**'dir. SKM MAS'ı olan bir kişi aracını kullanamaz hale gelebildiğinden, trafik kazalarının önemli, ancak bilinmeyen bir nedenidir. MAS'ta sık uygulanan tedaviler, postür eğitimi, korunma, soğuk sprey-germe veya ısıtıcı germe, tetik nokta enjeksiyonu ve germedir (5,12,15,16).

VI- Servikal osteoartrit olguları ve tedavi: Genel koruma prensipleri, postür eğitimi, postür ve servikal bölgeye yönelik egzersizler, medikal ve fizik tedavidir (4).

VII- Servikal eklemelerde blokaj varlığında çeşitli mobilizasyon ve manipulasyon yöntemleri yapılır (2).

TEK TARAFLI VESTİBÜLAR PAREZİ

A- Hastanın ev programı şeklinde yaptığı egzersizler: Akut fazı geçirmiş, sürekli gözlenmesi gerekmeyen ve

düzenli olarak egzersiz için gidip gelemeyecek hastalara verilir. Günde 2-3 seans ve her bir seansda 20-30 tekrar ile yapılır (1,6):

1- Hasta sırtüstü yatarken lezyonun karşı tarafındaki dizini tutar ve göğsüne doğru bastırır.

2- Yukarıdaki pozisyonda lezyon tarafındaki kolunu tam ekstansiyonda olacak şekilde başının üzerinde tutar ve karşı taraftaki dizini aynı şekilde büker ve o taraftaki eli ile nazikçe göğsüne doğru bastırır, bu şekilde 10 sn bekler.

3- Hasta sırtüstü yatarken pelvisini kaldırır ve bu esnada kolları tam ekstansiyonda ve başının üzerindedir. Eski haline dönerken önce kollarını indirir ve daha sonra pelvisini alçaltır.

4- Hasta yüzüstü yatarken sağ kol ile sol bacağını, daha sonra sol kol ile sağ bacağını tam ekstansiyonda kaldırır.

5- Baş hareketleri: Hasta otururken, ayakları yerde, eller uylukların üzerinde, gözler önce açık sonra kapalı, başını bir taraftan diğerine, önce sirküler ve daha sonra horizontal olarak hareket ettirir.

6- Hasta otururken ellerine birer kart alır, kartlar 30-35 cm önünde ve göz seviyesindedir. Kartların birinden diğerine horizontal, vertikal ve diagonal olarak gözlerini hareket ettirir.

7- Hasta üzerinde çeşitli kelimeler yazan bir kartı elinde tutar. Kartı horizontal, vertikal ve diagonal olarak hareket ettirirken gözleri ile onu izler.

8- Hasta oturur ve odada 3 hedef bulur. Biri göz, biri sağ omuz ve diğeri sol omuz seviyesindedir. Bu hedeflere sırasıyla bakar ve gittikçe hızlanır.

9- Başı döndürürken gözleri odaklama: Hasta gözlerini 25 cm uzakta bir hedefe (tercihen parmağı) odaklar. Başını sağdan sola, soldan döndürürken gözlerini buradan ayırmaz ve gittikçe hızlanır.

10- Hasta bir masa kenarında ayakta durur, elleri ile destek alır ve parmak uçlarına basarken, vücut ağırlığını lezyon tarafındaki ayağına aktarır.

11- Hasta aynı pozisyonda topukları üzerinde dururken, ağırlığını lezyon tarafındaki ayağına aktarmaya gayret eder.

12- Ayakta dururken kollar tam ekstansiyonda başının üzerinde bir cismi tutmuş ve gözünü ona odaklımiş iken, kolları ile önce ufak sonra geniş daireler çizer.

13- Ayak bileği salınımı: Hasta omuzlar arası mesafe kadar ayaklarını açmış bir şekilde ayakta durur, kollar yanlardadır. Sonra vücut ağırlığını kaydirmak için önden arkaya ve yanlara doğru, önce gözler açık daha sonra kapalı, hafifçe eğilir.

14- Yürüme ve baş hareketleri: Hasta bir duvara yakın ve gerektiğinde dokunabilecek mesafede yürürl. Üç adım atar ve sağa geriye doğru bakar. Daha sonra üç adım daha yürürl ve bu kez sola geriye doğru bakar.

B- Terapistin yönlendirdiği program: Yukarıda anlatılan baş hareketleri, top hareketleri ile yürüme ve baş hareketleri (5, 12 ve 14 no'lu hareketler) burada da yapılır. Günde 2-3 seans ve her bir seansta 20-30 tekrar yapılması istenir. Önerilen diğer egzersizler (1,6):

1- Hasta etkilenen taraftaki bacağını diz ekstansiyonda iken kaldırır ve bu şekilde dizini kırmadan bacağını içe ve dışa doğru hareket ettirir.

2- Hasta sırtüstü yatarken, etkilenen taraftaki dizinin altına yastık konur ve ayak bileğine 2 kg ağırlık bağlanır ve dizini ekstansiyona getirmesi istenir.

3- Hasta otururken önünde bir hedefe gözlerini fikse eder, daha sonra oturur ve tavanda bir hedefe kilitler ve tekrar oturarak önündeki hedefe döner.

4- Hasta yatacta otururken terapist dengeyi bozmak amacıyla hastayı iter.

5- Hasta ayakta dururken terapist hastayı arkadan çeker ve önden iter.

6- Hasta bir rampada yukarı ve aşağı doğru yürürl. Bu-

nun için özel minderler kullanılabilir ve bunlar yumuşak materyalden yapılderdir ki, amaç ayak tabanından gelen uyarılar azaltılarak, başka kompansatuar mekanizmaların devreye girmesidir.

7- Engelli yolda yürüme: Hastanın yolu üzerine sandal-ye, yastık vb'den çeşitli engeller konur.

8- Hasta 3 m kadar yürürl ve terapistin direktifi ile aniden durur.

9- Denge topu üzerinde elleri denge topunun iki yanında olacak şekilde oturur ve hafifçe zıplamaya başlar ya da terapist tarafından hafifçe dengesi bozulur.

10- Ayakta dururken, önünde hareket eden bir objeye gözlerini odaklar.

11- Bir kişi ile karşılıklı top atılır.

12- Gözler kapalı yürüme: Hasta bir duvara karşı eller ona degecek şekilde durur ve yana doğru gözler kapalı bir şekilde adımlamaya başlar.

İKİ TARAFLI VESTİBÜLER PAREZİ

Bu hastalarda tedrici yürüme programı önerilir. Amaç yürüken düşmelerin önlenmesi, yürüme koordinasyonunun sağlanması, karanlıkta ve engebeli alanlarda yürümenin başırlıbilmesidir (1,10,13).

KAYNAKLAR

- 1- Abatzides GJ, Kitsios A: The role of rehabilitation in the treatment of balance disorders, *J Back Musculoskeletal Rehabilitation* 12:101 (1999).
- 2- Aksoy C: Manipulatif tedavi, "Oğuz H (ed): *Tibbi Rehabilitasyon*, 1. baskı" kitabında s. 219, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul (1995).
- 3- Banfield GK, Wood C, Knight J: Does vestibular habituation still have a place in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo?, *J Laryngol Otol* 114:501 (2000).
- 4- Braddom RL: Management of common cervical pain syndromes, "DeLisa JA, Gans BM (eds): *Rehabilitation Medicine*, 2. baskı", kitabında s. 1036, Lippincott Co., Philadelphia (1993).
- 5- Berker E, Kayhan Ö: Yumuşak doku romatizması, "Tuna N (ed): *Romatizmal Hastalıklar*, 3. baskı" kitabında s. 626, Hacet-tepe Taş Kitabevi, Ankara (1994).
- 6- Cesarani A, Alpini D: *Vertigo and Dizziness Rehabilitation*, 1. baskı, s.10, Springer, Berlin (1999).
- 7- Dıraçoğlu D: Diz osteoartritinde propriozeptif duyu ve fonksiyonel durumun kinestezi / denge ve güçlendirme egzersizleriyle ilişkisi, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul (2001).
- 8- Erdamar B, Süoğlu Y: Vertigolu hastaya yaklaşım, *Kulak Burun Boğaz İhtisas Derg* 10:222 (2000).
- 9- Herdman SJ: Role of vestibular adaptation in vestibular rehabilitation, *Otolaryngology Head Neck Surgery* 119:49 (1998).
- 10- Herdman SJ: Vestibular disorders and rehabilitation," Lazar RB (ed): *Principles of Neurologic Rehabilitation* "kitabında s. 267, The Mc Graw-Hill Co., Philadelphia (1998).
- 11- Kottke FJ: Therapeutic exercise to develop neuromuscular co-ordination, "Wickland EH (ed): *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, 4. baskı" kitabında s. 452, WB Saunders Co., Philadelphia (1990).
- 12- Özaras N: Miyofasikal ağrı sendromları ve fibromiyalji sendromu, *Ege Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Derg* 4:55 (1998).
- 13- Shepard NT, Telian SA: Vestibular rehabilitation, "Cummings CW (ed): *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*" kitabında s. 2744, Mosby Co., Baltimore (1993).
- 14- Sloane PD, Coeyaux RR, Beck RS, Dallara J: Dizziness: state of the science, *Ann Intern Med* 134:823 (2001).
- 15- Şençan S: Fibromiyalji sendromunda aerobik egzersiz ile paroksetin tedavilerinin etkinliklerinin karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul (1997).
- 16- Travell JG, Simons DG. Sternocleidomastoid muscle, "Travell JG, Simons DG (eds): *Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual*" kitabında s. 202, Williams & Wilkins, Baltimore (1992).