
Zapalenie nerwu przedsionkowego (*vestibular neuritis*) – opis przypadku

Vestibular neuritis – a case description

Katarzyna Bujak¹, Irena Kasacka²

¹Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej
w Starachowicach

²Zakład Histologii i Embriologii
Akademii Medycznej w Białymstoku

Summary

Vestibular neuritis is a group of symptoms resulting from a sudden unilateral vestibular dysfunction. It seldom occurs in children (approximately 7%). Its etiology and pathogenesis are unknown, although most researchers consider viral infection to be a causative factor. The clinical symptoms appear rapidly, exacerbate within a few hours and include vertigos, accompanied by nausea, vomiting and paralytic nystagmus, which intensifies with head movements. This is a case of a 15-year-old boy, so far healthy and with normal psychomotor development, who was admitted to the hospital ward due to exacerbating vertigos accompanied by nausea and balance disorders.

Hasła indeksowe: zapalenie nerwu przedsionkowego, zawroty głowy, wymioty, oczopląs

Key words: vestibular neuritis, vertigo, vomit, nystagmus

Otolaryngol Pol 2007; LXI (3): 329–330 © 2007 by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

OPIS PRZYPADKU

15-letni chłopiec, dotychczas zdrowy, z C I, P I prawidłowego, o czasie, o masie urodzeniowej 3000 g, w skali Apgar 10, rozwój psychoruchowy prawidłowy, przyjęty na oddział z powodu nasilających się od dnia poprzedniego zawrotów głowy z towarzyszącymi nudnościami, wymiotami i zaburzeniami równowagi. Z wywiadu ustalono, że przed tygodniem przeżył infekcję górnych dróg oddechowych, która ustąpiła po leczeniu objawowym.

Z odchyień od normy stwierdzono oczopląs poziomo-obrotowy w stronę prawą. Nie stwierdzono obecności oczopląsu kierunkowo-spojrzeniowego. Próba Romberga dodatnia z tendencją do zbaczania w lewo. Poza tym nie stwierdzono odchyień w badaniu neurologicznym.

Wyniki badań dodatkowych pozostawały w granicach normy.

Odczyny PBD (Paul-Bunnella-Davidshona) oraz MAST były ujemne. Nie stwierdzono immunologicznych wykładników boreliozy. Płyn mózgoworodzeniowy był prawidłowy.

Badania rezonansem magnetycznym głowy z kontrastem, zdjęcie RTG zatok i czynnościowe kręgosłupa szyjnego nie wykazały patologii. USG dopplerowskie tętnic szyjnych uwidoczniło prawidłowy zakres przepływu w tętnicach domózgowych. W tomografii komputerowej głowy nie stwierdzono zmian. Audiotympanometria bez odchyień od normy. Ze względu na nasilone dolegliwości chorego, odroczone ocenę pobudliwości błędników w próbach kalorycznych.

Na podstawie utrzymujących się objawów klinicznych oraz wykluczeniu innych przyczyn dolegliwości, wysunięto podejrzenie *neuritis vestibularis*, wprowadzając leczenie objawowe:

- leki przeciwwymiotne
- pochodne histaminy (betahistydyna)

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

- glikokortykoidy
- benzodwuzepiny
- leki nootropowe

Od drugiej doby hospitalizacji obserwowano stopniowe zmniejszanie się dolegliwości. W 3 tygodniu nastąpiła znaczna regresja objawów klinicznych. W wykonanym po 3 tygodniach badaniu ENG obserwowano oczopląs samoistny. W kontrolnym badaniu ENG wykonanym po 8 tygodniach nie rejestrowano oczopląsu samoistnego i położeniowego. Próba wahadła była w normie, optokineza symetryczna. W próbach kalorycznych wg Fitzgeralda-Hallpike'a stwierdzono niedowład kanałowy lewego błędnika w stopniu znacznym.

Pacjent pozostaje pod opieką poradni otolaryngologicznej, nadal przyjmuje leki nootropowe i betahistydynę.

DYSKUSJA

Zapalenie nerwu przedsionkowego jest obserwowane we wszystkich grupach wiekowych. Według Zannoli i wsp. [10] u dzieci występuje tylko w 2% przypadków. Etiologia zapalenia nerwu przedsionkowego jest niewyjaśniona [1]. Za teorią wirusową opowiadają się Matsuo [5] i Fattori [3]. Jakkolwiek Fisher [4] zwracał uwagę na zaburzenia ukrwienia okolicy jąder przedsionkowych jako przyczynę choroby.

Niezależnie od etiologii, której ustalenie jest często trudne lub niemożliwe zalecane jest leczenie objawowe. Najczęściej stosuje się: leki przeciwymiotne, przeciwhistaminowe, steroidy, leki uspokajające. W razie podejrzenia zakażenia wirusem Herpes zaleca się kurację acyklowirem [9]. Średni czas ustąpienia objawów choroby wynosi ok. 3 tygodni.

Okolo 95% Vn jest jednorazowym wydarzeniem w życiu pacjenta, bardzo rzadko obserwowano nawroty. W różnicowaniu należy wziąć pod uwagę inne jednostki chorobowe o podobnej symptomatologii: łagodne napadowe zawroty głó-

wy [2], łagodne nawrotowe zawroty głowy [8], zespół Meniere'a [7] lub zawroty głowy połączone z migreną [6].

PIŚMIENNICTWO

1. Arbusow V, Strupp M, Wasicky R, Horn AK, Schulz P, Brandt T. Detection of herpes simplex virus type 1 in human vestibular nuclei. *Neurology* 2000; 55(6): 880.
2. Basser LS. Benign paroxysmal vertigo of childhood. (A variety of vestibular neuronitis). *Brain* 1964; 87: 141.
3. Fattori B, Ursino F, Cristofani R, Galetta F, Nacci A. Relevance of plasma D-dimer measurement in patients with acute peripheral vertigo. *J Laryngol Otol* 2003; 117(6): 467.
4. Fisher CM. Vertigo in cerebrovascular disease. *Arch Otolaryngol* 1967; 85(5): 529.
5. Matsuo T. Vestibular neuronitis – serum and CSF virus antibody titer. *Auris Nasus Larynx*. 1986; 13(1): 11.
6. Moretti G, Manzoni GC, Caffarra P, Parma M. "Benign recurrent vertigo" and its connection with migraine. *Headache* 1980; 20(6): 344.
7. Rassekh CH, Harker LA. The prevalence of migraine in Meniere's disease. *Laryngoscope* 1992; 102(2): 135.
8. Slater R. Benign recurrent vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1979; 42(4): 363.
9. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, Niklas D, Maag KP, Dieterich M, i wsp. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med* 2004; 351(4): 354.
10. Zannoli R, Zazzi M, Muraca MC, Macucci F, Buoni S, Nuti D. A child with vestibular neuritis. is adenovirus implicated? *Brain Dev* 2006; 28(6): 410.

Adres autora:

Katarzyna Bujak
ul. M. Skłodowskiej-Curie 10
27-200 Starachowice
tel. 0604131483
e-mail: kbujak11@interia.pl

Praca wpłynęła: 12.12.2006 r.