

Jurek Olszewski\* 

## Nagłe wystąpienia zawrotów głowy pochodzenia obwodowego po doznanych urazie głowy Prezentacja przypadku

Sudden Dizziness of Peripheral Origin Caused by Head Injury  
Case Presentation

**Słowa kluczowe:** nagłe zawroty głowy, typ obwodowy, uraz głowy

**Keywords:** sudden dizziness, peripheral origin, head injury

### Streszczenie

Nagłe wystąpienie zawrotów głowy wymaga diagnostyki kilku specjalistów, w tym neurologa, otolaryngologa, a często też internisty, kardiologa czy okulisty. W artykule przedstawiono przypadek trzydziestodwuletniego pacjenta przyjętego do Kliniki Otolaryngologii w trybie pilnym z powodu zawrotów głowy o charakterze wirowania otoczenia w stronę prawą. Poza tym podawał nudności, bez wymiotów. Dolegliwości pojawiły się w godzinach nocnych w dniu przyjęcia do szpitala, po raz pierwszy w życiu. W wywiadzie podał uderzenie w głowę w okolicę potyliczną około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności. Po wykonaniu badania przedmiotowego otorynolaryngologicznego, badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, otoneurologicznych i obrazowych (TK głowy) oraz konsultacji neurologicznej, rozpoznano nagłe zawroty głowy pochodzenia obwodowego po doznanych urazie głowy, a także deficyt narządu przedsionkowego lewego. Zastosowano leczenie farmakologiczne naczyniowe oraz ćwiczenia habituacyjne z zaleceniem ich kontynuowania przez trzy miesiące.

\* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: [jurek.olszewski@umed.lodz.pl](mailto:jurek.olszewski@umed.lodz.pl), <https://orcid.org/0000-0002-8868-9679>

## Abstract

Sudden dizziness attacks need to be diagnosed by multidisciplinary team of health professionals, including neurologist, otolaryngologist but also internist, cardiologist, and ophthalmologist. This is the case of a thirty-two-year-old patient, who was admitted to the Otolaryngology Clinic through emergency department due to dizziness described as visualized spinning of the environment towards the right. In addition, he was suffering from nausea without vomiting at all. The ailments appeared for the first time in his life and it was in the night of hospital admission. During the medical evaluation, the patient confessed to get hit on his lower-back of the cranium about a week ago, without losing consciousness. After performing an otorhinolaryngology physical examination and diagnostic tests, including laboratory, otoneurological and imaging tests (CT scan of the head) as well as neurological consultation, the following disorders were diagnosed: sudden dizziness of peripheral origin after a head injury and unilateral vestibular loss (affects left side). In this case, pharmacological treatment and habitual exercises were applied and recommended to continue for the next 3 months.

## Wprowadzenie

W przypadku nagłego wystąpienia zawrotów głowy we wstępną diagnostykę włącza się, w zależności od potrzeb, kilku specjalistów: neurologa, otolaryngologa, a nie- rzadko też internistę, kardiologa czy okulistę.

Problemu szybkiego skierowania pacjenta na konkretny oddział często nie da się rozwiązać tylko na podstawie przeprowadzonego wywiadu i badania otoneurologicznego. Dlatego też w pierwszej kolejności należy jednoznacznie ustalić, czy zgłaszane przez chorego dolegliwości mają faktycznie charakter wirowania, czy też określane przez niego zawroty głowy są innymi odczuciami, których nie umie sprecyzować. Z jednej strony zawroty głowy mogą sprawiać wrażenie ruchu wirowego w stosunku do otoczenia i będzie się to mieścić w kategorii zawrotów układowych, a z drugiej może być uczuciem niepewności postawy, braku stabilności w otoczeniu i zaliczać się do nieukładowych zawrotów głowy. Choć podział ten zaproponowany został w XIX wieku przez Eduarda Hitzinga, nie stracił on na aktualności i w dalszym ciągu może być podstawą do skierowania diagnostyką przez odpowiedniego specjalistę [Prusiński, 2001, s. 5–22].

## Prezentacja przypadku

Trzydziestodwuletni pacjent został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w trybie pilnym z powodu zawrotów głowy o charakterze wirowania otoczenia w stronę prawą. Poza tym w wywiadzie podawał nudności, ale bez wymiotów. Dolegliwości

pojawiły się w godzinach nocnych w dniu przyjęcia do szpitala, po raz pierwszy w życiu. Negował inne dolegliwości.

W wywiadzie stwierdzono uderzenie w głowę, w okolicę potyliczną, około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności. Wywiad w kierunku chorób przewlekłych, przyjmowania leków na stałe, uczuleń na leki był negatywny.

Badanie otolaryngologiczne:

Jama ustna: uzębienie prawidłowe, język niezmieniony, różowy, wilgotny, nie drży, nie zbacza w prawo i w lewo, ujścia ślinianek przyusznej, podżuchwowej – drożne po stronie prawej i lewej.

Gardło: błona śluzowa niezmieniona, wyraźna siatka naczyńniowa, grudki chłonne nieprzerosłe, łuki podniebienne niezmienione, migdałki podniebienne niezmienione, symetryczne, zanikowe prawy i lewy.

Nos: zewnętrznie kształtny, drożność zachowana po stronie lewej i prawej, przegroda prawie prosta, małżowiny nosowe niezmienione po stronie prawej i lewej, błona śluzowa prawidłowa, obecna wydzielina śluzowa.

Krtani: nagłośnia niezmieniona, błona śluzowa różowa, wilgotna, szpara głośni szeroka, fałdy głosowe prawidłowe, fałdy przedsionkowe niezmienione.

Ucho prawe: małżowina kształtna, przewod słuchowy zewnętrzny wolny – bez zawartości patologicznej, błona bębenkowa prawidłowa, refleks prawidłowy, ruchomość prawidłowa. Ucho lewe: małżowina kształtna, przewod słuchowy zewnętrzny wolny – bez zawartości patologicznej, błona bębenkowa prawidłowa, refleks prawidłowy, ruchomość prawidłowa. Próba stroikowa Webera w głowie.

Próby statyczno-dynamiczne: próba palec–nos – prawidłowa, próba Romberga – padanie w lewo, próba Unterbergera – w prawo.

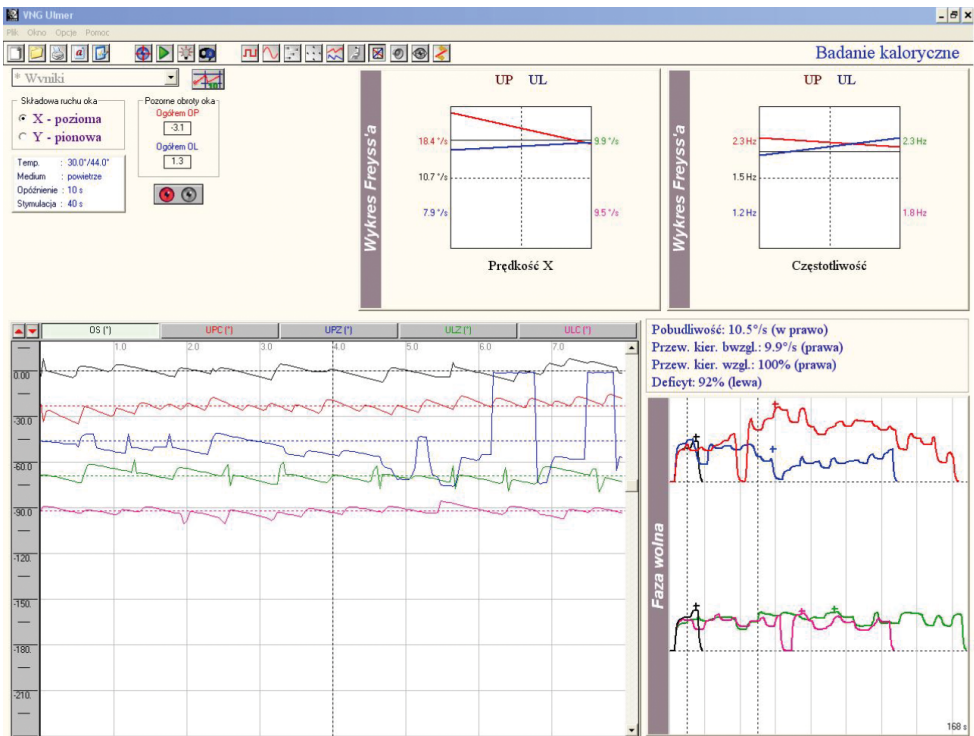
Oczopląs samoistny III stopnia w lewo. W próbie mijania i zbaczania – zbaczanie kończyn w lewo.

Konsultacja neurologiczna: zawroty głowy od dnia poprzedniego o charakterze wirowania otoczenia, występujące podczas gwałtownych ruchów głową lub podczas zmiany pozycji ciała, ustępują całkowicie w bezruchu. Jest to pierwszy taki incydent w życiu chorego. Neguje bóle głowy, wymioty, osłabienie siły mięśniowej kończyn, parestezje, zaburzenia mowy. W trakcie nasilenia zawrotów głowy występują nudności. W wywiadzie uderzenie w głowę w okolicę potyliczną około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności, wówczas bez zawrotów głowy, nudności i wymiotów.

Badanie neurologiczne: przytomny, w pełnym kontakcie słowno-logicznym, bez objawów oponowych, nn. czaszkowe – źrenice równe, okrągłe, prawidłowo reagujące na światło i zbieżność, ruchomość gałek ocznych pełna, prawidłowa, oczopląs poziomo-obrotowy podczas skojarzonego spojrzenia w stronę prawą (zmniejszający się w bezruchu), nasilenie przy gwałtownych ruchach głową i podczas zmiany pozycji ciała, zęby szczerzy symetrycznie, język nie zbacza, pozostałe dostępne badaniu nn. czaszkowe bez cech asymetrii. Wniosek – obecnie nie wymaga pilnej diagnostyki w Klinice Neurologii.

### Badania laboratoryjne w granicach normy.

Badanie wideonystagmograficzne: kalibracja prawidłowa; śledzenie ciągłe dla 0,3, 0,45, 0–6 Hz – nieprawidłowe; oczopląs samoistny w prawo 10,7, 5,4 w górę 0/s (skośny); badanie oczopląsu położeniowego – we wszystkich pozycjach oczopląs samoistny od 11,4 do 14,3 0/s w prawo i od 2,5 do 6,4 0/s w górę (skośny) w zależności od badanej pozycji ciała; test kaloryczny Fitzgeralda-Hallpike'a (rys. 1): ucho lewe bodziec zimny – 9,9 0/s, ucho prawe bodziec zimny 7,9 0/s, ucho lewe bodziec ciepły – 18,4 0/s, ucho prawe bodziec ciepły 9,5 0/s; pobudliwość – 10,5 0/s (ucho lewe) przy normie 6–80 0/s; przewaga kierunkowa bezwzględna – 9,9 0/s strona prawa (norma – maks.: 2 0/s); przewaga kierunkowa względna – 100,0% strona prawa (norma – maks.: 11%); deficyt – 92,0% dla ucha lewego (norma – maks.: 15%).



Rysunek 1. Wynik testu kalorycznego według Fitzgeralda-Hallpike'a

Źródło: opracowanie własne.

Tomografia komputerowa głowy: nie stwierdza się zmian o charakterze ogniskowym w strukturach mózgowia. Układ komorowy i zewnątrzmożgowe przestrzenie płynowe typowej wielkości, symetryczne, nieprzemieszczone. Rejon kątów mostowo-mózdkowych w granicach normy. Przewody słuchowe wewnętrzne typowej szerokości, o gładkich obrysach kostnych. Nie stwierdza się cech krwawienia śródczaszkowego.

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano ostre obwodowe uszkodzenie nerządu równowagi. W leczeniu zastosowano Cavinton, Memotropil. Pacjent został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem kontynuacji dotychczasowego leczenia naczyniowego oraz ćwiczeń habituacyjnych przez trzy miesiące oraz wykonania kontrolnego badania VNG w warunkach ambulatoryjnych za trzy miesiące.

## Podsumowanie

Zawroty głowy są jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji medycznych w trybie nagłym, stanowią 2,5–4% wizyt na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Tendencja ta jest wzrostowa [Jannetta, Moller, Moller, 1984, s. 1700–1705; Obrębowski i in., 2010, s. 138–160; Wiącek, Sadza, Bartosik-Psujek, 2018, s. 209–219]. Zgłaszane przez pacjentów zawroty głowy nie stanowią w większości przypadków bezpośredniego zagrożenia życia, ale są wyzwaniem dla konsultantów, gdyż mimo wszystko mogą być objawem stanów wymagających pilnej hospitalizacji i intensywnego leczenia.

W tej szczególnej sytuacji priorytetem staje się prawidłowo przeprowadzony wywiad, uściślenie, co pacjent rozumie przez zawroty głowy i w konsekwencji skierowanie go na konkretny oddział: otolaryngologię, neurologię, kardiologię, neurochirurgię, okulistykę czy oddział wewnętrzny [Prusiński, 2001, s. 5–22; Narożny, Siebert, Wojtczak, 2010, s. 356–365; Kantor i in., 2014, s. 17–25]. Sprecyzowanie przez opisywanego pacjenta w czasie konsultacji otolaryngologicznej w ramach SOR dolegliwości jako zawrotów głowy o charakterze wirowania, jak też wykluczenie badaniem TK pourazowych zmian w obrębie czaszki i mózgowia o charakterze ogniskowym oraz cech krwawienia śródczaszkowego po przebytych tydzień wcześniej urazie głowy pozwoliło na jednoznaczne określenie specjalisty i oddziału, który powinien prowadzić dalszą diagnostykę. W Klinice Otolaryngologii przeprowadzono uzupełniającą diagnostykę – między innymi badanie VNG, które jednoznacznie potwierdziło błędnikowe pochodzenie zawrotów głowy. Należy pamiętać, że tego rodzaju dolegliwości mogą być również objawem udaru niedokrwiennego mózgu i pobieżne przeprowadzenie konsultacji laryngologicznej i neurologicznej może prowadzić do pomyłki i nieprawidłowego określenia lekarza prowadzącego dalsze leczenie. Na szczęście procent badanych na SOR pacjentów z udarem mózgu z towarzyszącymi zawrotami jest stosunkowo niski (3,2%), szczególnie wśród osób młodych [Kerber i in., 2006, s. 2484–2487]. Przebyty tydzień wcześniej uraz głowy, bez utraty przytomności, niepamięci wstecznej oraz bólów głowy, pozwolił neurologowi wykluczyć wstrząśnienie mózgu [Tyrak, 2017, s. 412–431]. Nie wykluczyło to jednak jednoznacznie wstrząśnienia błędniaka jako wyrazu przeniesienia energii upadku i uderzenia w okolicę potyliczną na ucho wewnętrzne, z wszelkimi jego konsekwencjami [Śliwińska-Kowalska,

2005]. Stanowiło to kolejny przyczynek do przeprowadzenia diagnostyki otoneurologicznej oraz audiologicznej w ramach hospitalizacji.

Jak wynika z powyższych rozważań, podjęcie ostatecznej decyzji co do hospitalizacji oraz oddziału mającego ją prowadzić musi być poparte wnikliwie przeprowadzonymi konsultacjami, badaniami obrazowymi oraz laboratoryjnymi w ramach SOR. Pozwoli to na sprawne przeprowadzenie badań specjalistycznych i uzupełnienie diagnostyki, a w konsekwencji szybkie włączenie leczenia.

## Literatura

- Jannetta P.J., Moller M.B., Moller A.R., 1984, *Disabling positional vertigo*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 310(26), s. 1700–1705.
- Kantor I., Szlufik S., Kubiczek-Jagielska M., Woźniak M., 2014, *Kontrowersje diagnostyczne otolaryngologa i neurologa u chorych z zaburzeniami równowagi diagnozowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, „Otolaryngologia”, t. 13, nr 1, s. 17–25.
- Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D., Smith M.A., Morgenstern L.B., 2006, *Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study*, „Stroke”, Vol. 37, No. 10, s. 2484–2487.
- Narożny W., Siebert J., Wojtczak R., 2010, *Epidemiologia zawrotów głowy i zaburzeń równowagi*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, nr 5, s. 356–365.
- Obębowski A. (red.), 2010, *Standardy rozpoznawania i leczenia zawrotów głowy*, Warszawa: Wydawnictwo OinPharma.
- Prusiński A., 2001, *Wybrane problemy diagnostyki zawrotów głowy w praktyce neurologicznej*, „Vertigo Forum”, t. 2, s. 5–22.
- Śliwińska-Kowalska M., 2005, *Audiologia kliniczna*, Łódź: Mediton.
- Tyrak J., 2017, *Postępowanie w urazach czaszkowo-mózgowych*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, t. 11, s. 412–431.
- Wiącek M., Sadza I., Bartosik-Psujek H., 2018, *Diagnostyka zawrotów głowy w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 14, nr 4, s. 209–219.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.  
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 9.11.2021. Data przyjęcia: 21.01.2022.