

Huimauspotilaan tutkiminen

Anamneesi on tärkein yksittäinen tutkimusmenetelmä ja johtaa oikeaan diagnoosiin kahdessa tapauksessa kolmesta (Bronstein A ja Lambert T 2007). Anamneesi perustuu jo esitettyihin suuntaviivoihin huimauksen anatomiasta ja patofysiologiasta.

Vastaanoton alussa on hyvä antaa potilaan kertoa **omin sanoin** mitä hän huimauksellaan tarkoittaa. Potilaan johdattelu kertoo enemmän tutkijan koulutuksesta ja erikoisalasta kuin potilaasta ja johtaa helposti väärille jäljille. Spontaanin kertomuksen jälkeen pyritään tästä huolimatta **tarkentavilla kysymyksillä** rajaamaan huimaus johonkin edellä mainituista **päälukista** (vertigo, synkopee, tasapainohäiriö, epäspesifi huimaus) ja selvittämään onko huimaus kohtauksellista vai jatkuvaa. Kohtauksittainen huimaus voi edelleen olla kertaluonteista tai toistuvaa. Huimauksen pukeminen sanoiksi on toisinaan vaikeaa, ja potilaan saattaakin olla helpompi kuvata sitä, **mikä tekijä provosoi** huimauksen kuin miltä se tuntuu. Etenkin **asentoriippuvaisuus** on tärkeä esitieto.

Diagnoosin kannalta tärkeää on myös **huimauksen alku** (ensioireet), **ilmaantumisnopeus ja kesto** (äkillinen vai hiipivä, kesto sekunteja, minutteja, tunteja, päiviä tai vuosia) ja **liitännäisoireet**. Näiden piirteiden avulla pääsee usein todennäköisimmän aiheuttajan jäljille (kuva 1).

Synkopeea tutkittaessa hyvänlaatuisen pyörtymisen (vasovagaalinen synkopee, erottaminen vaarallisesta sydänperäisestä tajunnanhäiriöstä) on tärkeää.

Vasovagaliseen reagointiin viittaavat aiemmat samanlaiset kohtaukset (>4 vuoden ajan), edeltävät vatsatuntemukset ja kohtauksen jälkeinen pahoinvointi ja hikoilu (Alboni P, Brignole M, Menozzi C, ym. 2001).

Sydänperäistä kollapsia ennustavat parhaiten tiedossa oleva sydänsairaus, oireen ilmaantuminen makuuasennossa, näön sumeneminen ja kohtaukseen liittyvät lyhytkestoiset lihasnykinät (myokloniat) (Alboni P, Brignole M, Menozzi C, ym. 2001).

Ylösnousuun liittyvät oireet kuten prekollapsituntemukset (heikotus, näön hämärtyminen) viittaavat ortostatismiin. Jos lisäksi esiintyy impotenssia, ummetusta tai rakon toimintahäiriöitä, kyseessä voi olla yleinen autonomisen hermoston vaurio, kuten diabeteksen autonominen neuropatia.

Jos huimauksen syy ei tunnu sopivan mihinkään huimauksen pääluokkaan, sen taustalla on yllättävän usein **migreeni**. Migreenipotilas voi kuvata tuntemuksen vertigona, prekollapsituntemuksina, tasapainohäiriönä tai epäspesifinä huimauksena. Useimmiten huimaus jää kuitenkin tyypillisempien migreenioireiden, kuten päänsäryn, aistiarkuuden (herkkyys valolle, äänille, hajuille) ja auraoireiden (sahalaitainen näköhäiriö) varjoon. Migreenihuimauksen diagnoosi perustuu näiden liitännäisoireiden esiintymiseen samaan aikaan huimauksen kanssa.

Statustutkimus varmentaa anamneesin antamat johtolangat siitä mistä on kyse.

Huimaustuntemus ja mahdollinen **silmävärve**, nystagmus, provosoidaan esiin aina kun se on mahdollista. Potilas voi itse näyttää missä tilanteessa huimaus alkaa tai oire provosoidaan esiin sopivalla testillä.

Ortostaattisessa kokeessa verenpaine mitataan maaten, ylösnousun ja kolmen minuutin seurannan jälkeen, samalla tarkkaillen potilaan vointia ja oireita.

Tasapainoelimen toimintaa selvitetään **impulssitestillä, ”Head Thrust”- tai ”Head Impulse”-testi**. Potilas katsoo suoraan eteenpäin samalla kun hänen päätänsä käännetään nopeasti n. 30°. Normaalisti katse pysyy kohteessa ilman korjausliikkeitä. Testi suoritetaan molempiin suuntiin eli päätä käännetään nopeasti sekä vasemman että oikean korvan suuntaan. Korjausliike on merkki kääntösuunnan puoleisen korvan tasapainoelimen toimintahäiriöstä.

Dix-Hallpiken testissä ilmaantuva lyhyt vertigo- ja nystagmuskohtaus varmistaa hyvänlaatuinen asento- ja huimauksen (BPPV, benign paroxysmal positional vertigo) diagnoosin.

Hyperventilaatiokokeessa potilas hengittää tiheään ja syvään samalla raportoiden mahdolliset huimaustuntemukset.

Statusutkimuksen painopistealueet vaihtelevat liitännäisoireiden ja huimauksen perustyyppi mukaan. **Nystagmuksen esiintyminen tai puuttuminen ja sen ominaisuudet on aina tärkeää ja syytä kirjata sairauskertomukseen.**

(usein aCHluksi matalien äänien alueella) ja korvan paineen tunnetta tai tinnitusta. Taudin aiheuttaja on avoin ja näin hoito tähtää oireiden helpotukseen. Tärkeintä on vähäsuolainen ruokavalio ja stressin välttäminen. Lisäksi voidaan tarvittaessa antaa nesteenpoistolääkettä tai betahistidiinia. (Levo H ja Hirvonen T 2005). Jos potilaan oireisto muistuttaa Ménièreen tautia, mutta kuulo ei heikkene pitkässäkään seurannassa, tulee migreeniin liittyvä huimaus pitää mielessä.

Migreeni

Migreenikohtaukseen liittyy usein huimausta. Kohtauksen aikana potilas on yliherkkä kaikille ulkoisille ärsykkeille, myös liikkeelle, mikä selittää huimaukseen yleisyyden. Usein migreeniin liittyy huimausta edeltää tai siihen liittyy migreenipäänsärky, valoarkuutta, ääniarkuutta tai migreeniaura (esim. sahalaitainen näköhäiriö). Tavallisessa migreenissä kuulonalenemaa ei todeta. Harvinaisessa perinnöllisessä aivorunkomigreenissä (basilaarimigreeni) kiertävään vertigo-huimaukseen liittyy puheen puuromaisuutta, korvien soimista, kuulonalenemaa, kaksoiskuvia, liikkeiden hapuilua ja joskus tajunnantason laskua. (Headache Classification Committee of the International Headache Society 2013).

Vertigoa tutkittaessa korviin, tasapainoelimeen ja sen keskushermostoyhteyksiin (aivorunko, pikkuaivot) kiinnitetään erityishuomio. **Labyrinttitestit (Dix-Hallpike ja Head Thrust), kuulo, aivorunkostatus ja pikkuaivokokeet** ovatkin kliinisen tutkimuksen tärkeimmät osat.

Perifeerinen nystagmus korostuu kun potilas ei pysty kohdistamaan katsettaan tiettyyn kiintopisteeseen. Tähän perustuu sekä Frenzelin lasien että oftalmoskopian nystagmusta terästävä vaikutus.

Unterbergerin marssikoe on suuntaa antava toispuoleisen sisäkorvaongelman. Testissä potilas marssii paikallaan silmät suljettuina 20-30 askelparia. Poikkeava löydös on yli 45 asteen kiertäminen lähtöasennosta, kiertymäsuuntana sairaan korvan puoli.

Neurologisessa statuksessa **silmien liikkeet** (III-, IV- ja VI-aivohermo), **kasvot** (kasvotunto V-, mimiikka VII-aivohermo) ja **puhe** (X- ja XII-aivohermo) paljastavat yleensä aivorunkovaurion. **Nystagmuksen** esiintyminen on tärkeä havainto. **Pikkuaivokokeet** (viivakävely, sorminenänpää- ja kantapääpolvikoe, diadokokineesi) täydentävät sisäkorvan keskushermostoyhteyksien selvittelyn. Diadokokineesillä tarkoitetaan kykyä toistaa nopeasti ja samanlaisina vastakkaisia liikkeitä, esim. kiertää kättä edestakaisin, niin että kämmenpuoli on vuorotellen ylös- ja alaspäin.

Synkoppea tutkittaessa kardiiovaskulaaristatus ja ortostaattinen koe ovat tärkeitä. Fyysisessä rasituksessa ilmaantuvat kollapsit voivat johtua sepelvaltimotaudista, rytmihäiriöstä tai aorttastenoosista. Solisvaltimon (a. subclavia) ahtaumassa todetaan puoliero yläraajojen verenpaineessa ja perifeerisissä pulsseissa. Seurauksena voi olla yläraajatyön provosoima huimaus, ns. ”subclavia Steel”-syndroma.

Tasapainohäiriön selvittelyssä tutkitaan sekä **neurologinen että tuki- ja liikuntaelinstatus**. Kävely ja Rombergin testi kertovat paljon. Raajojen asento- ja liikeaistin (proprioseptiikka ≈ asento- ja värinätunto) testaaminen on tärkeä. Kuten yleensäkin neurologiassa, huomio kiinnittyy puolieroihin, niin kävelyn, viivakävelyn, silmien liikkeiden, koordinaatiokokeiden, lihasvoimien, refleksien kuin tunnonkin (kosketus, terävä, värinä, asento) suhteen. Selän, nivelten ja lihasten poikkeavuuksia ei pidä unohtaa. Muskuloskeletaalin ongelma saattaa hyvinkin selittää tasapainohäiriön.

Epäspesifin huimauksen ollessa kyseessä **statuksen kaikkien osien (korva-, neuro-, sydän-, muskuloskeletaali-) merkitys kasvaa**, sillä anamneesi ei ohjaa suoraan diagnoosiin. Kuten aina, **nystagmuksen** toteaminen tai puuttuminen on tärkeä havainto. Head thrust-testi, **kävely**, aivorunkostatus (silmit, kasvot, puhe), pikkuaivokokeet (viivakävely, sorminenänpää-, kantapääpolvi-, diadokokineesi), ortostaattinen koe ja sydämen auskultaatio kuuluvat minimiselvityksiin.

Psyykinen ahdistus ja masennus myötävaikuttavat usein epäspesifiin huimaukseen. Psyykinen mekanismi on todennäköinen etenkin jos somaattinen status on täysin normaali vaikeasta oireistosta huolimatta.

Huimaus päivystyspoliklinikalla vaatii oman suoraviivaisen lähestymistavan, jonka tavoitteena on havaita heti henkeä uhkaavat huimauksen syyt ja keskittyä anamneesissa ja statuksessa näiden löytämiseen (Newman-Toker DE 2007).