

הערכה וטיפול בסחרחורת והפרעות שיווי משקל במרפאה שלישונית רב־תחומית: ניסיון השנה הראשונה

תקציר

רקע: סחרחורת היא תלונה שכיחה הכוללת מגוון מצבים המתוארים כחוסר יציבות או אשליה של תנועה סיבובית. השכיחות של התקף סחרחורת במהלך החיים מוערכת בשיעור של עד 30% באוכלוסייה וכ־5% מסך הפניות לרופא משפחה הן בשל סחרחורת. האבחנה המבדלת רחבה ויכולה לערב את האוזן הפנימית, מערכת העצבים המרכזית או ההיקפית, בעיות לב ועוד. בעוד שמקרים שגרתיים ניתן לאבחן ולטפל ברפואה הראשונית (רופאי משפחה) או שניונית (רופאי אף אוזן וגרון) בקהילה, קיימים מצבים שבהם מומלץ להפנות את המטופלים למרפאת סחרחורת שלישונית – בשל אבחנה לא ברורה, חוסר שיפור לאחר טיפול תרופתי או פיזיותרפיה, רקע רפואי מורכב עם פגיעה במספר מערכות המקשה על יכולת הפיזיו, סחרחורת כרונית, הפרעה וסטיבולרית דרצדדית ועוד. לכן, הקמנו מרפאת סחרחורת ושיווי־משקל שלישונית, רב־תחומית, בקריה הרפואית רמב"ם לבריאות האדם שתיתן מענה לאותם מצבים בלתי שגרתיים.

מטרה: להציג את שנת הפעילות הראשונה במרפאה השלישונית לסחרחורת ושיווי משקל.

שיטה: נערך מחקר רטרוספקטיבי מבוסס רשומות רפואיות של כל המטופלים שהופנו למרפאה.

תוצאות: 123 מטופלים, שמהם 76 (62%) נשים בגיל ממוצע של 56 שנים (19–85, $16 \pm$) נבדקו במרפאה החל מהאחד באוקטובר 2020 עד 31 באוקטובר 2021. טרם בדיקתם, 79 שנים (64%) מטופלים הופנו מרופא אף אוזן גרון בקהילה עקב תלונות של סחרחורת או חוסר שיווי משקל ממקור שאינו ברור. סך הכול 49 (40%) מהמטופלים חוו את התלונות מזה מספר שנים 61 (50%) מהמטופלים על בסיס יומיומי. בקרב 56 (45.5%) מהמטופלים הסחרחורת הייתה ממקור וסטיבולרי, וב־67 (54.5%) מהמטופלים הסחרחורת הייתה יותר מסיבה אחת. האבחנות הווסטיבולריות השכיחות היו סחרחורת תנוחתית התקפית טבה (Benign paroxysmal positional vertigo, BPPV) ומחלת מנייר. האבחנות השכיחות ביותר מסיבה מרכזית או פונקציונאלית היו צילחה (מיגרנה) וסטיבולרית ו־PPPD (Persistent postural perceptual dizziness). שיפור בתסמינים נצפה בקרב 29 (88%) מהמטופלים לאחר טיפול בפיזיותרפיה וסטיבולרית במרפאה השלישונית במרכז הרב תחומי לעומת 8 (50%) מטופלים שטופלו בקהילה ($p < 0.05$). פיזיותרפיה נמצאה כטיפול יעיל יותר במטופלים צעירים בני פחות מ־65 שנים ובמטופלים עם פגיעה וסטיבולרית, אשר החלו טיפול בששת החודשים הראשונים מהופעת התסמינים ($p < 0.05$). לעומתם, מטופלים עם תחלואת רקע (בעיקר נזירולוגית או קרדיוסקולרית) השתפרו פחות ($p < 0.05$).

מסקנות: מרפאת סחרחורת שלישונית עם צוות רב־תחומי יכולה לתת מענה למקרים של סחרחורת עמידה ו/או אבחנה לא ברורה. חלק עיקרי בטיפול ובשיקום כולל פיזיותרפיה וסטיבולרית ויש להתחיל אותה מוקדם ככל האפשר מרגע הופעת התסמינים.

מילות מפתח: סחרחורת; ורטיגו; חוסר שיווי משקל; ישיבה רב תחומית; פיזיותרפיה; אוטונזירולוגיה.

Keywords: Dizziness; Vertigo; Disequilibrium; Multidisciplinary clinic; Physiotherapy; Otoneurology.

הקדמה

סחרחורת היא תלונה שכיחה הכוללת מגוון רחב של מצבים, המתוארים כחוסר יציבות או אשליה של תנועה

סיבובית. השכיחות של התקף סחרחורת במהלך החיים מוערכת בעד 30% מהאוכלוסייה וכ־5% מהפניות לרופא המשפחה היו בגלל סחרחורת [1,2]. עד 45% ממקרי הסחרחורת ניתנים לאבחון וטיפול על ידי רופא המשפחה

(כמו אי ספיקת תעלת אוסטכיוס). כל ההיבטים הקליניים והאתיים נבדקו ואושרו על ידי הוועדה המוסדית (RMB 0111-22-D). הניתוח הסטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת SPSS® 24.0 for Windows.

תוצאות

סך הכול 123 מטופלים נבדקו במרפאה השלישונית הרב תחומית בתקופת המחקר.

נתונים דמוגרפיים: נכללו 76 נשים (61.7%) ו-47 גברים (38.3%) בגיל ממוצע של 56.1 (19-85, ± 16) שנים. 46% (38%) מטופלים היו מעל גיל 65 שנים. 50% מהמטופלים ללא רקע רפואי ידוע, 25% עם רקע נוירולוגי (אירוע מוח, ניתוח או שת במוח) ו-20% עם רקע של הלב (אוטם שריר הלב, פרפור פרודוריס, אי ספיקת לב). 64% מהמטופלים אשר הסיבה לסחרחורת או/ו חוסר שיווי המשקל שלהם אינה ידועה, הופנו למרפאה על ידי רופאי אף אוזן וגרון מומחים מהקהילה.

הסתמנות קלינית: סחרחורת הייתה התלונה המרכזית בקרב 92 (75%) מהמטופלים, ו-38 (31%) מטופלים סבלו מחוסר שיווי משקל. היתר הציגו שילוב של שתי התלונות. 64 (52%) מההפניות היו בעקבות סחרחורת טורדנית על בסיס יומיומי, בקרב 48 (39%) מהמטופלים התסמינים הופיעו באופן קבוע כבר מספר שנים, וביותר ממחציתם (64%) לא נראה שיפור קליני (או שהאבחנה לא הייתה ברורה) גם על ידי רופאי אף אוזן וגרון בקהילה. סך הכול 25 (20%) מהמטופלים תיארו שהתלונות החלו לאחר ניתוח ארוך (מוח, לב, עמוד שדרה, אורתופדי) או חבלת ראש. בקרב 22 (18%) מהמטופלים בנוסף לסחרחורת היו כאבי ראש המכוונים לצילחה (בעל אופי פועם ורגישות לאור או/ו רעש) [13].

בדיקות עזר: מבין המטופלים עם סחרחורת ממקור וסטיבולרי (56%), 7 (12.5%) השלימו בדיקת Electronystagmography (ENG) - (10.7%), 6 בדיקת Video head impulse test (VHIT) - (7%) ו-4 בדיקת Cervical vestibular-evoked myogenic potentials (cVEMP). המתאם בין הבדיקה הגופנית ובדיקות העזר הייתה 89.2% עבור ENG, 75.7% עבור VHIT ו-50% עבור cVEMPS ($p < 0.05$, binary logistic regression). כלומר היה מתאם גבוה בין החשד (או היעדר החשד) הקליני למעורבות האוזן הפנימית לבדיקות האובייקטיביות. סך הכול, 38 (31%) מהמטופלים נדונו עם מומחים השותפים במרכז הרב תחומי: נוירולוגים [סחרחורת מיגרנוטית, חשד לכיפיון (אפילפסיה), הפרעות תנועה], נויראופטלמולוגית (הפרעות בתנועתיות העיניים, פזילה מולדת), אורתופד (סחרחורת ממקור צווארי), קרדיולוגים, פסיכיאטר, פסיכולוג, נוירורדיולוגית ונוירוכירורג.

אבחנות: בטבלה 1 מסוכמות אבחנות המטופלים שנבדקו במרפאה. בקרב 56 (45.5%) מהמטופלים הסחרחורת הייתה ממקור וסטיבולרי (היקפי/פריפרי) ו-67 (54.5%) מהמטופלים הסחרחורת הייתה ממקור

והיתר זקוקים לבירור נוסף [3]. לדוגמה, ברוב מקרי סחרחורת תנוחתית התקפית טבה (סת"ה'1) (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) ניתן לטפל במסגרת פגישה אחת, שבה מבוצע תמרון להחזרת הקריסטלים לתעלה (CRM, (Canalith Repositioning Maneuver) - לרוב במעורבות של התעלה החצי קשתית האחורית [2], רפואה ראשונית או שניונית יכולות לתת מענה טוב גם במקרים של דלקת בעצב הווסטיבולרי (Vestibular neuritis) על ידי מתן טיפול שמרני קצר בתלונות (בחילה, סחרחורת), או בצילחה וסטיבולרית במסגרת תזונה מאוזנת והימנעות ממצבים שמובילים להתקף [5]. לעומת זאת, יש מצבים שבהם מומלץ להפנות את המטופלים למרפאת סחרחורת ייעודית. לדוגמה, במצבים שבהם האבחנה אינה ברורה, בחוסר שיפור לאחר טיפול תרופתי או פיזיותרפיה, במצבי סחרחורת כרונית, בהפרעה וסטיבולרית דו-צדדית, במטופלים עם רקע רפואי מורכב ובאירועי פגיעה במספר מערכות האחראיות על שיווי המשקל. מקרים של חבלת ראש, פגיעה בראייה, הפרעה במערכת השלד ושיווי המשקל הם מספר דוגמאות למצבים שבהם נפגעת יכולת הפיזיו המרכזית. קיימת חשיבות לזיהוי ואבחון מהיר על מנת למנוע נפילות, שברים והשלכות רפואיות נוספות [6-9]. כמו כן, חלה פגיעה באיכות החיים עקב פחד מנפילה ומניעה מביצוע פעולות יומיומיות [6,7]. המגבלה בניידות עלולה לגרום לשיווי מצבי רוח ודיכאון, ומצב זה לבדו מחמיר את הסחרחורת [10].

במקרים רבים תהליך האבחון מאתגר, התלונות מגוונות ולא ספציפיות, ואכן האבחנה המבדלת רחבה [11]. לרוב, במבוגרים הפגיעה היא רב מערכתית הכוללת את הראייה, מערכת השריר-שלד, מערכת העצבים ההיקפית (כגון נוירופתיה סוכרתית) או המרכזית, והסיבה לסחרחורת נובעת מפגיעה במספר מערכות [12]. לפיכך, הוקמה מרפאה שלישונית רב תחומית לסחרחורת ושיווי משקל בקריה הרפואית לבריאות האדם בבית החולים רמב"ם, במטרה לתת מענה אבחוני וטיפולי במצבים מיוחדים ולא שגרתיים שהופנו מרופאי המשפחה או רופאי אף אוזן וגרון בקהילה. מטרת העבודה היא להציג את פעילות המרפאה השלישונית במרכז הרב תחומי בשנה הראשונה לפעילותה.

שיטות

כל המטופלים שהתקבלו למרפאת הסחרחורת הרב תחומית בקריה הרפואית לבריאות האדם בבית החולים רמב"ם בין אוקטובר 2020 לאוקטובר 2021 זוהו מהמערכת האלקטרונית הממוחשבת (פרומטאוס), ונכללו בעבודה מטופלים עם תלונות של סחרחורת או חוסר שיווי משקל. נתונים דמוגרפיים, קליניים, בדיקות עזר, ביקורים חוזרים ונתונים נוספים נאספו ושוכללו בעבודה. לא נכללו פתולוגיות אוטולוגיות אחרות אשר ההסתמנות הקלינית שלהן אינה סחרחורת או חוסר שיווי משקל

טבלה 1: אבחנות המטופלים שנבדקו במרפאה השלישנית (סך כול המטופלים - 123)

<p>הפרעה היקפית (וסטיבולרית) (N = 56)</p> <ul style="list-style-type: none"> • סחרחורת תנוחתית התקפית טבה - 33 מטופלים • מחלת מנייר - 16 מטופלים • דלקת בעצב הווסטיבולרי - 7 מטופלים • חולשה וסטיבולרית דו-צדדית - 8 מטופלים
<p>הפרעה מרכזית או אחרת (N = 67)</p> <ul style="list-style-type: none"> • צילחה וסטיבולרית - 22 מטופלים • Persistent postural perceptual dizziness - 14 מטופלים • פתולוגיה מוחית (מצב לאחר אירוע מוחי, דמום, ניתוח) - 9 מטופלים • ליקוי פרופריוצפטיבי - 7 מטופלים • הפרעת ראייה - 7 • בעיה לבבית - 4 מטופלים • ורטיגו צווארי - 4 מטופלים • Cerebellar Atrophy Bilateral Vestibulopathy (CABV) - 4 מטופלים

* הערה: לחלק מהמטופלים מספר אבחנות חופפות

נראה אצל 41 מתוך ה-62 (66%) מטופלים עם סחרחורת על בסיס יומי, וב-10 מתוך ה-12 (83%) מטופלים שסבלו מהתקפי הסחרחורת בתדירות של 2-3 פעמים בשבוע.

דיון

בעבודתנו הנוכחית, הצגנו את ניסיונו בשנה הראשונה כמרפאה שלישונית רב תחומית לסחרחורת ושיווי משקל, ובדקנו את ערכה של המרפאה במצבים לא שגורתיים, שבהם אופי הטיפול אינו ברור לרופאי המשפחה או/ו רופאי אף אוזן וגרון בקהילה. סלואן [3] דיווח על כך ש-45% מהמטופלים עם סחרחורת מאובחנים ומטופלים על ידי רופאי המשפחה והיתר הופנו למומחים [3]. הטיפול המוענק בקהילה יכול להתאים לרוב המטופלים עם סחרחורת כשהסיבה לכך ידועה ושגרתית. לדוגמה, באירוע ראשון של דלקת בעצב הווסטיבולרי במקרים אשר היכולת המרכזית לפיצוי וסטיבולרי אינה נפגעת, או במצבים של סת"ה ראשונית לאחר פיזיותרפיה ייעודית להחזרת האוטוקוניה על ידי CRM במקרה של מעורבות התעלה החצי קשתית האחורית [2,5].

לעומת זאת, במטופלים עם רקע רפואי עשיר או פגיעה רב מערכתית (מוח, ראייה, תחושה), יכולת הגוף לשמור על איזון ושיווי משקל נפגעת וכך גם היכולת המרכזית לפיצוי וסטיבולרי. לדוגמה, בחולי סוכרת ("סוכרתיים") עם פגיעה משולבת בראייה ובמערכת העצבים והתחושה (ניורופתיה), בסחרחורת כרונית שנמשכת שנים או בהפרעה וסטיבולרית דו-צדדית.

במרכז נבדקו מטופלים רבים בעלי רקע מורכב עם פגיעה תחושית רב-מערכתית: 46 (38%) מהמטופלים היו מעל גיל 65 שנים, 50% עם רקע רפואי, שמהם 25% עם רקע נירולוגי ול-20% רקע של בעיה בלב. מבין המטופלים עם הפרעות וסטיבולריות, ל-15 (27%) מהמטופלים היו מספר אבחנות במקביל, ב-8 מטופלים

מרכזי או אחר. מבין 56 המטופלים שאובחנו עם הפרעה וסטיבולרית, ב-48 הייתה חולשה וסטיבולרית חד צדדית מסיבות שונות וב-8 מטופלים הייתה חולשה וסטיבולרית דו-צדדית. לארבעה מבין השמונה עם חולשה דו-צדדית הייתה גם אטרופיה או פגיעה במוח [(Cerebellar Atrophy Bilateral Vestibulopathy, (CABV)]. ההפרעות השכיחות לסחרחורת ממקור וסטיבולרי היו סת"ה (33 מטופלים), מחלת מנייר (16 מטופלים) ודלקת בעצב הווסטיבולרי (7 מטופלים).

האבחנות השכיחות לסחרחורת ממקור מרכזי או פונקציונלי היו צילחה וסטיבולרית (Vestibular migraine) (22 מטופלים) ו-"Persistent postural perceptual dizziness" (PPPD) (14 מטופלים), פתולוגיה של המוח (9 מטופלים), ליקוי פרופריוצפטיבי (7 מטופלים), הפרעת ראייה (7 מטופלים) ועוד.

סת"ה אובחנה לאחר חבלת ראש בקרב 18 מטופלים (מתוך 33 מטופלים עם סת"ה - 54.45% מהם). בקרב 15 מטופלים (27%) עם הפרעה פריפירית היה שילוב של מספר אבחנות. סת"ה אובחנה לאחר פגיעה וסטיבולרית חדה ב-5 מטופלים ובשילוב עם מחלת מנייר ב-3 מטופלים. שילוב של מחלת מנייר נראה לאחר פגיעה וסטיבולרית חדה ב-4 מטופלים וצילחה וסטיבולרית אובחנה ב-3 מטופלים עם מחלת מנייר. הבדיקה הגופנית תאמה ב-92% את האבחנה הסופית במטופלים עם סחרחורת ממקור וסטיבולרי וב-78% במטופלים עם סחרחורת ממקור מרכזי.

פיזיותרפיה: ב-90 (75%) מטופלים הומלץ על פיזיותרפיה וסטיבולרית, ומתוכם 54 מטופלים (60%) אכן עברו טיפול. 33 מטופלים עברו את הטיפול ברמב"ם, 16 בקהילה ו-5 טופלו גם בקהילה וגם ברמב"ם. כל מטופל נזקק בממוצע ל-3.7 מפגשים בזמן ממוצע של 41 דקות למפגש. שיפור סובייקטיבי בתסמינים (מבחינת תדירות ועוצמת ההתקפים) נראה בקרב 88% (30 מהמטופלים) לאחר טיפול בפיזיותרפיה וסטיבולרית במרפאה השלישנית במרכז הרב תחומי לעומת 50% בטיפול פיזיותרפיה בקהילה ($p < 0.05$, Chi-square test). עיקר הטיפול התמקד בשיפור היציבות, בתרגילי ייצוב מבט (adaptation) ובתרגולי התרגלות (habituation) בגורמי הדק (טריגר) לסחרחורת. שיפור אובייקטיבי כתוצאה מהטיפול בפיזיותרפיה במרכז הרב תחומי הושג ב-31 (91%) מטופלים. השיפור נאמד בתרגולי ייצוב המבט (adaptation) עם היעלמות הסקאדה המתקנת (corrective or catch-up saccade) בבדיקת ה-"Vestibulo-ocular-reflex (VOR) ו-Head impulse test, ומבחינת היציבות הסטטית ביכולת הכמותית (בשניות) לעמוד על מזרון עם עיניים עצומות ועם עיניים פתוחות (mCTSIB). פיזיותרפיה נמצאה כיעילה יותר במטופלים צעירים בגילים פחות מ-65 שנים ובמטופלים עם פגיעה וסטיבולרית, אשר החלו טיפול ב-6 החודשים הראשונים מהופעת התסמינים ($p < 0.05$, Fisher's exact test). לעומת זאת, במטופלים עם תחלואת רקע (בדגש על רקע נירולוגי או קרדיווסקולרי) התועלת הייתה נמוכה יותר בהשוואה לאלו ללא מחלות רקע ($p < 0.05$, Fisher's exact test).

(27%) מהמטופלים עם סחרחורת וסטיבולרית תועדו עם מספר הפרעות במקביל. העובדה שרוב מקרי הסחרחורת היו מקרים בלתי שיגרתיים מהקהילה ואינם מייצגים את כלל המטופלים, יכולה להסביר את ההבדל. חבלת ראש יכולה להוביל לשחרור האטוקוגיניה (חלקיקי סידן-קרבוט או "קריסטלים") ממיקומם הטבעי בנאדון (utricle) לעבר אחת מהתעלות החצי עגולות (בדרך כלל התעלה האחורית), וזהו אחד מגורמי ההדק המתוארים בספרות אשר מעלה את הסיכון לסת"ה.

בדומה לדיווחים שצוינו, בעבודה הנוכחית ב-23% מהמטופלים שפנו למרפאה עם סת"ה היה סיפור של חבלת ראש באנמנזה [2, 4, 19]. המרפאה השלישונית צריכה לעבוד בתיאום מלא רופאי המשפחה ורופאי אף אוזן גרון (רפואה ראשונית ושניונית בהתאמה) בקהילה על מנת שיתאפשר לתת שירות יעיל למטופל ולמקסם את כמות המשאבים והזמן. ייחודיות המרפאה היא בשילוב הצוותים הדניים בהיבטים השונים של בעיות המטופלים, משך הזמן המוקדש לכל מטופל (בממוצע 45 דקות), כמו גם המקצועיות של הפיזיותרפיסטים ששגרת יומם בבית החולים עם מטופלים שסובלים בפגיעה רב מערכתית במחלקות השונות (נירולוגיה, נירוכירורגיה, טיפול נמרץ כללי ועוד). לא נכללו בעבודה מטופלים עם הפרעות אוטולוגיות אחרות, כגון אי ספיקת תעלת האוסטכיוס, משום שהתלונות לרוב אינן כוללות סחרחורת או הפרעת שיווי משקל ולכן רצינו שקבוצת המחקר תתמקד בתלונות אלו.

בפעילות המרפאה קיימות מספר נקודות לשיפור. רק 60% מהמטופלים השלימו את הבדיקות הווסטיבולריות. יכולה לכאורה להשפיע על דיוק האבחנה ותוכנית הטיפול. למרות שכל המטופלים נבדקו על ידי רופא מומחה עם הכשרה אוטו-נירולוגית, והמתאם בין הבדיקה הגופנית לבדיקות שבוצעו היה גבוה, הייתה תועלת גדולה יותר אם יותר מטופלים היו מצליחים להשלים את הבדיקות. הסיבות לכך נבעו בין היתר מקושי לקבל אישור מקופת החולים להשלמתן, ולמעשה גם הפיזיותרפיה נפגעה מאותה הסיבה. מהנתונים עולה, כי רוב המטופלים שנכשלו בפיזיותרפיה בקהילה, השיגו שיפור ניכר יותר כאשר עברו את הטיפול במכון הפיזיותרפיה במוסדנו. אנחנו מאמינים שקשר טוב יותר עם הקהילה ותוכנית הדרכה ייעודית תחזק יותר את שיתוף הפעולה עם הקהילה ותוביל להתמודדות טובה יותר עם המקרים המאתגרים.

לסיכום

מרפאת סחרחורת שלישונית עם צוות רב-תחומי יכולה לתת מענה למקרים בלתי שיגרתיים של סחרחורת ו/או אבחנה לא ברורה. קהל היעד העיקרי הוא בעיקר מטופלים מעל גיל 65 שנים (בעלי סיכון לנפילות), שהופנו לאחר חוסר בהירות באבחון וטיפול בקהילה. גישה רב-תחומית שיפרה את יכולת האבחון והטיפול במצבים המורכבים. חלק עיקרי בטיפול ובשיקום כולל פיזיותרפיה וסטיבולרית, ולכן יש להתחיל אותה מוקדם ככל האפשר

(14%) זוהתה פגיעה וסטיבולרית זו צדדית ולארבעה מהם הייתה גם פגיעת מוח (CABV). הראינו, כי למרות העובדה ש-39% סבלו מסחרחורת במשך שנים על בסיס יומיומי, 67% מהמטופלים דיווחו על שיפור סובייקטיבי בעוצמה ובתדירות התסמינים לאחר טיפול והערכה במרפאה הרב תחומית.

אנו משערים, כי דיוני המקרים עם המומחים מתתי ההתמחויות השונות תרמו רבות להבנה ולתוכנית פעולה לטיפול במקרי הסחרחורת השונים. תוצאות אלו מחזקות את הצורך במרכז שלישוני אשר ירכז את המקרים הבלתי שיגרתיים יותר, ויעניק מענה לאותם מטופלים אשר סובלים מסחרחורת טורדנית מזה שנים ובתדירות גבוהה ואף יומיומית. רוב המטופלים (64%) הופנו עם אבחנה לא ברורה על ידי רופאי אף אוזן גרון מומחים מהקהילה וב-66% מהם חל שיפור קליני - מה שמחזק את הצורך במרפאה שלישונית. בספרות פורסמו דיווחים על כך שמטופלים שטופלו על ידי צוות רב תחומי זכו לאבחון טוב יותר ולטיפול מותאם אישית לבעיותיהם [14-17]. ל-75% מהמטופלים הומלץ על טיפול בפיזיותרפיה וסטיבולרית, וב-17%-46% מהם נראה שיפור באיכות החיים ובשיפור היציבה וכוח הרגליים [14]. על פי הדיווחים [17-15], הניסיון ושיתוף הפעולה בין גורמי הטיפול השונים במרפאות הרב-תחומיות קיצרו את פרקי הזמן בין הופעת התסמינים לטיפול. במחקר הנוכחי הראו כי היה פחות שיפור בתסמינים וביציבות לאחר פיזיותרפיה במטופלים מעל גיל 65 שנים, המצויים ממילא בסיכון גבוה יותר לנפילות. כך היה גם לגבי מטופלים בעלי תחלואת רקע (בעיקר נירולוגית וקרדיוסקולרית).

בקבוצות אלו, עלינו לשים דגש רב יותר בטיפול ולהביא בחשבון שתהליך ההחלמה עשוי להיות ארוך יותר. אנו סבורים, שאם נתחיל את הטיפול בסמוך להופעת התסמינים יתכן והשיפור יהיה מהיר ומשמעותי יותר, כפי שמתואר בספרות [18], אך יש לבחון זאת לעומק במחקר נוסף בקבוצת גיל זו. שיעור של 45.5% מהמטופלים אובחנו עם סחרחורת ממקור היקפי, בדומה למתואר עד כה [1-3]. במטופלים עם סחרחורת כתוצאה משוואנומה וסטיבולרית (Vestibular schwannoma) וסת"ה, דווח על פגיעה באיכות החיים לעומת מטופלים עם מאפיינים דמוגרפיים זהים שאינם חווים סחרחורת [19]. במטופלים עם פגיעה וסטיבולרית שטופלו בתוכניות שיקום ופיזיותרפיה, הודגם באיכות החיים ובתפקודים היומיומיים [19].

סקירת Cochrane משנת 2015 הראתה יתרון מובהק לפיזיותרפיה בהשוואה לאינבו (פלסבו) ולטיפול תרופתי במגוון רב של הפרעות וסטיבולריות [18]. לא בוצעה השוואה בשיעורי השיפור בין ההפרעות הווסטיבולריות השונות, בשונה מהמחקר הנוכחי שבו מוצג כי השיפור המרבי לאחר פיזיותרפיה הושג במצבים של דלקת בעצב הווסטיבולרי, מחלת מנייר (בחולים עם פגיעה וסטיבולרית) וסת"ה ב-100%, 100%, 90.1% בהתאמה. מחקר שבדק את שיעור המטופלים עם שילוב של הפרעות וסטיבולריות מצא, כי ב-47% קיימות שתי הפרעות או יותר [20]. אולם בעבודה הנוכחית, רק 15

מחבר מכותב: רועי נוי

מחלקת אף אוזן גרון וניתוחי ראש צוואר
בית החולים רמ"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם,
חיפה, רחוב העלייה השנייה 8, 3109601
דוא"ל: roeenoy@gmail.com

המופעת התסמינים. מחקר פרוספקטיבי נוסף עשוי להנחות אילו מקרים מצריכים הערכה רב תחומית במסגרת מרפאה שלישונית על מנת שיתאפשרו מענה יעיל יותר וחיסכון טוב יותר בזמן ובמשאבים יקרים.

ביבליוגרפיה

- Murdin, Louisa; Schilder, Anne G. M. Epidemiology of Balance Symptoms and Disorders in the Community, *Otology & Neurotology*: March 2015 - Volume 36 - Issue 3 - p 387-392, doi: 10.1097/MAO.0000000000000691
- Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician*. 2010 Aug 15;82(4):361-8, 369. PMID: 20704166.
- Sloane PD. Dizziness in primary care. Results from the National Ambulatory Medical Care Survey. *J Fam Pract*. 1989 Jul;29(1):33-8. PMID: 2738548.
- Yusovitch R, Duvdevani SI, Lipschitz N, Wolf M, Migirov L, Yakirevitch A. Correlation Between the Sleep-Position Habits and the Affected Posterior Semicircular Canal in Patients with Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Isr Med Assoc J*. 2019 Nov;21(11):716-718. PMID: 31713357.
- Luxon LM. Evaluation and management of the dizzy patient. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004 Dec;75 Suppl 4(Suppl 4):iv45-52. doi: 10.1136/jnnp.2004.055285. PMID: 15564431; PMCID: PMC1765678.
- Ekwall A, Lindberg A, Magnusson M. Dizzy - why not take a walk? Low level physical activity improves quality of life among elderly with dizziness. *Gerontology*. 2009;55(6):652-9. doi: 10.1159/000235812. Epub 2009 Aug 25. PMID: 19707007.
- Kruschke C, Butcher HK. Evidence-Based Practice Guideline: Fall Prevention for Older Adults. *J Gerontol Nurs*. 2017 Nov 1;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01. PMID: 29065212.
- Berry SD, Miller RR. Falls: epidemiology, pathophysiology, and relationship to fracture. *Curr Osteoporos Rep*. 2008 Dec;6(4):149-54. doi: 10.1007/s11914-008-0026-4. PMID: 19032925; PMCID: PMC2793090.
- Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. *Arch Neurol*. 2003 Jun;60(6):835-9. doi: 10.1001/archneur.60.6.835. PMID: 12810488.
- Dros, J., Maarsingh, O.R., Beem, L. et al. Impact of dizziness on everyday life in older primary care patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 9, 44 (2011). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-44>.
- Lawson J, Fitzgerald J, Birchall J, Aldren CP, Kenny RA. Diagnosis of geriatric patients with severe dizziness. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jan;47(1):12-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb01895.x. PMID: 9920224.
- Ciorba A, Hatzopoulos S, Bianchini C, Aimoni C, Skarzynski H, Skarzynski PH. Genetics of presbycusis and presbystasis. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2015 Mar;28(1):29-35. doi: 10.1177/0394632015570819. PMID: 25816403.
- Obermann M, Strupp M. Current treatment options in vestibular migraine. *Front Neurol*. 2014 Dec 4;5:257. doi: 10.3389/fneur.2014.00257. PMID: 25538676; PMCID: PMC4255594.
- Socher DD, Socher JA, Azzi VJ (2012) Evaluation of quality of life pre- and post-vestibular rehabilitation in patients with benign paroxysmal positional vertigo associated with Meniere's disease. *Int Arch Otorhinolaryngol* 16(4):430-436.
- Staubano, P., Lelli, D. & Tse, D. A retrospective analysis of two tertiary care dizziness clinics: a multidisciplinary chronic dizziness clinic and an acute dizziness clinic. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg* 48, 11 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40463-019-0336-9>.
- Lee, A., Jones, G., Corcoran, J., Premachandra, P., & Morrison, G. (2011). A UK hospital based multidisciplinary balance clinic run by allied health professionals: First year results. *The Journal of Laryngology & Otology*, 125(7), 661-667. doi:10.1017/S0022215111000624.
- Mira E. Improving the quality of life in patients with vestibular disorders: the role of medical treatments and physical rehabilitation. *Int J Clin Pract*. 2008 Jan;62(1):109-14. doi: 10.1111/j.1742-1241.2006.01091.x. Epub 2007 May 30. PMID: 17537195.
- McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 13;1:CD005397. doi: 10.1002/14651858.CD005397.pub4. PMID: 25581507.
- Weidt S, Bruehl AB, Straumann D, Hegemann SC, Krautstrunk G, Rufer M (2014) Health-related quality of life and emotional distress in patients with dizziness: a cross-sectional approach to disentangle their relationship. *BMC Health Serv Res* 22(14):317.
- Roberts RA, Jacobson GP, Hatton K. Multiple Co-Occurring Vestibular Disorders Identified Using the Dizziness Symptom Profile. *Am J Audiol*. 2020 Sep 3;29(3):410-418. doi: 10.1044/2020_AJA-19-00119. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32658566.