



مقایسه عوارض ناشی از انجام مانورهای Semont و Epley تعداد جلسات لازم جهت بهبودی بیماران با سرگیجه خوش خیم وضعیتی (BPPV) کانال خلفی

^۱دکتر نظام‌الدین برجیس، ^۲دکتر احمدرضا اخوت، ^۳دکتر سرور نقدی

^{۱،۲} استادیار، ^۳ دستیار - گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن - دانشکده پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی اصفهان

خلاصه

مقدمه: سرگیجه خوش‌خیم وضعیتی از شایعترین علل مراجعه به متخصص گوش و حلق و بینی است. مانور درمانی (Semont, Epley) روش مؤثری جهت درمان بیماری بوده و انجام آنها با عارضه قابل توجهی همراه نمی‌باشد.

هدف این مطالعه بررسی و مقایسه عوارض انجام این دو مانور تعداد جلسات مانور لازم جهت بهبودی در بیماران BPPV می‌باشد.

مواد و روش‌ها: جمعیت مورد مطالعه ۱۳۰ بیمار با تشخیص اثبات شده BPPV کانال خلفی با شرح حال و مانور هال پیک بوده زمان مطالعه از ۱/۱/۸۰ لغایت ۱/۷/۸۱ و مکان آن مرکز پزشکی آیت... کاشانی اصفهان می‌باشد. بیماران به‌طور تصادفی در دو گروه ۶۵ نفری قرار گرفته و جهت گروه اول و دوم به ترتیب مانور Epley و Semont انجام گرفته و سپس طی یک دوره پیگیری ۳ ماهه هر هفته بیماران از نظر وجود سرگیجه و نیستاکموس طی انجام مانور هال پیک بررسی می‌شدند.

نتایج: دو گروه از نظر فراوانی جنس و میانگین سنی همسان بوده ($P < 0.05$) و اثر بخشی مانورهای Epley و Smont در پایان ماه سوم به ترتیب (۸۴/۹۳ و ۹۲/۷۶٪) بود ($P = 0.01$)، عوارض ناشی از انجام مانورها به ترتیب (۶۱/۴٪ و ۰٪) بود ($P = 0.082$) و میانگین تعداد جلسات انجام شده تا بهبودی کامل به ترتیب (۹۳/۱ × ۰۹/۱ و ۱۴/۲ × ۸/۰) بوده است ($P = 0.09$).

بحث: طبق این مطالعه این دو مانور در درمان BPPV مؤثر بوده و اثربخشی Epley بیشتر بوده و انجام این دو مانور با عارضه قابل توجهی همراه نبوده و از نظر تعداد جلسات مانور لازم جهت بهبودی نیز تفاوت معنی‌داری ندارند ($P = 0.09$).

واژه‌های کلیدی: EPPV - مانور هال پیک - مانور Epley - مانور Semont

مقدمه

نیمدایره‌ای گوش داخلی بوده و کانال خلفی شایعترین کانال درگیر می‌باشد. جابه‌جایی ذرات اتوکونیا داخل این مجاری منجر به بروز علائم سرگیجه می‌شود.

سرگیجه خوش‌خیم وضعیتی (BPPV) از شایع‌ترین علل سرگیجه وستیبولار محیطی است که با دوره‌های کوتاه سرگیجه و نیستاکموس، در رابطه با تغییر موقعیت سر ایجاد می‌شود. این بیماری مربوط به کانالهای

می‌باشد (۱).

پیک تأیید گردیده بود می‌باشد مطالعه فوق در محدوده زمانی ۱/۱/۸۰ لغایت ۱/۷/۸۱ و در مرکز پزشکی آیت‌ا... کاشانی اصفهان انجام گرفته است. شرایط ورود بیماران به مطالعه علاوه بر BPPV کانال خلفی اثبات شده عدم وجود بیماری وستیولر همراه و عدم اجبار به استفاده از داروهای آرام‌بخش و تکمیل دوره پیگیری بود. بیماران به‌طور راندوم در دو گروه قرار گرفتند و حجم نمونه با نظر مشاور آمار و مطالعات مشابه (۱۳) و براساس فرمول:

$$N = \frac{(z_1 - a + z_1 - \beta)^2 - p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p_1 = 90\% \quad p_2 = 70\%$$

که در آن:

$$\begin{aligned} z_1 - a &= 1/645 & z_1 - \beta &= 1/28 \\ 1 - \beta &= 0/9 & p_1 - p_2 &= 0/2 \end{aligned}$$

$$N = \frac{(1/645 + 1/28)^2 (0/1 + 0/7 \times 0/3)}{(0/2)^2}$$

برای هر گروه ۶۵ نفر محاسبه گردید. برای گروه اول مانور Epley و گروه دوم مانور Semont صورت گرفت. کلیه مانورها توسط پژوهشگر انجام گردید. بیماران به‌طور هفتگی طی مدت پیگیری ۳ ماهه ویزیت می‌شدند. علائم بیماران به‌طور سوژکتیو (براساس شرح حال) و به‌طور اوبژکتیو (براساس مانور هال پیک) بررسی و ثبت می‌گردید. معیار پاسخ کامل به درمان رفع نیستاگموس خاصی بود که در مانور هال پیک قابل مشاهده است و همچنین بیمار نیز شکایتی از سرگیجه نداشته باشد

نمودار ۱- تعداد جلسات مانور انجام شده تا حصول بهبودی کامل.

در انتهای دوره پیگیری میزان پاسخ‌دهی کامل به درمان، تعداد جلسات مانور لازم جهت حصول بهبودی و

تشخیص بر پایه شرح حال و انجام مانور هال پیک جهت درمان تاکنون روش‌های گوناگونی از جمله درمانی دارویی - تمرینات فیزیکی (Brandt Daroff) جراحی عصب سینگولار و جراحی مسدود کردن کانال خلفی، و همچنین مانورهای فیزیکی Epley و Semont پیشنهاد شده است (۳، ۲، ۴).

با انجام مانورهای فوق که هر کدام به ترتیب بر پایه ۲ تنوری کانالولیتیزیس و کوپولولیتیزیس بنا گردیده‌اند. ذرات اوتوکونیای جدا شده مجدداً به وستیول گوش داخلی برگردانده شده و در نتیجه از تحریک کریستای مجرای خلفی و بروز سرگیجه جلوگیری خواهد گردید (۴). اثربخشی مانورهای فوق در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۵، ۶، ۸، ۹)، ضمن این که انجام آن‌ها با عارضه زیادی همراه نبوده است (۱۰). عوارض ناشی از مانور شامل تهوع و استفراغ و سرگیجه ناشی از مانور و یا تبدیل شدن فرم درگیری کانال خلفی به درگیری کانال نیم‌دایره‌ای افقی می‌باشد (۱۱). در بسیاری موارد با انجام یک بار مانور اثر درمانی قابل توجهی دیده شده با این وجود در تعداد زیادی از بیماران جهت درمان و یا به‌واسطه عود بیماری نیاز به تکرار جلسات مانور می‌باشد (۱۲).

هدف مطالعه فوق بررسی و مقایسه عوارض ناشی از انجام مانورهای Epley, Semmont همچنین تعداد جلسات مانور انجام شده تا حصول بهبودی کامل در گروهی از بیماران BPPV کانال خلفی می‌باشد. تا به این ترتیب از بین دو مانور فوق مانوری که عارضه کمتر داشته و طی جلسات کمتری بتواند علائم بیمار را تخفیف دهد مشخص گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی (Randomized Clinical Trial) بر روی ۱۳۰ بیمار با شکایت سرگیجه که تشخیص سرگیجه خوش‌خیم وضعیتی (BPPV0) در آنها توسط شرح حال و انجام مانورهای

همچنین عوارض ناشی از انجام مانور (تهوع و استفراغ و سرگیجه ناشی از انجام مانور و تبدیل شدن یک فرم بیماری به فرم دیگر آن یعنی درگیر شدن کانال نیمدایره افقی)

نتایج

از ۱۳۰ بیمار مطالعه فوق ۸۹ نفر زن (۴۶/۶۸٪) و ۴۱ نفر مرد بودند (۵/۳۱٪). دو گروه از نظر فراوانی جنسی و میانگین سنی بیماران با یکدیگر همسان (match) بوده و از این جهت قبل مقایسه می‌باشند:

- در گروه Epley ۳۹ بیمار زن (۶۰٪) و ۲۶ بیمار مرد (۴۱٪) وجود داشت و در گروه Semont ۴۲ بیمار زن (64/6٪) و ۲۳ بیمار مرد (۴/۳۵٪).

(Pvalue=0.58, 0.29 = Chi square)

- میانگین سنی گروه Epley ۸۲/۱۲×۰۷/۵۱ سال و میانگین سنی گروه Semont = 51/78 × 13/45 سال بود (P value=0.75).

- در گروه Epley ۶۱ بیمار از ۶۵ بیمار (۸۴/۹۳٪) و در گروه Semont 50 نفر از ۶۵ بیمار پاسخ‌دهی کامل داشتند (۹۲/۷۶٪) (پاسخ‌دهی کامل = رفع سرگیجه و نیست‌گموس) (نمودار ۱).

(Pvalue=0.01, 7.97 = Chi square)

بقیه بیماران بهبودی نسبی داشته (رفع نیست‌گموس در مانور هال پیک و ولی بیمار همچنان از سرگیجه شکایت داشته باشد) و یا اصلاً بهبودی نداشتند.

- در بررسی عوارض ناشی از انجام مانور: در گروه Epley ۳ بیمار از ۶۵ بیمار عارضه داشتند (۶۱/۴٪) که یک مورد دچار کاهش فشارخون و درد جلوی قلبی موقتی شد و ۲ مورد دچار تهوع و سرگیجه بلافاصله بعد از انام مانور شدند. در گروه Semont هیچ عارضه‌ای مشاهده نگردید.

(Pvalue=0.082, 3.024 = Chi square)

- تعداد جلسات مانور جهت بهبود کامل در گروه Epley ۰۹/۱×۹۳/۱ جلسه و در گروه Semont ۸۸/۰×۱۴/۲ جلسه بود (P value=0.09) (نمودار ۲).

نمودار ۲ - نتایج درمان در پایان ماه سوم.

بحث

طبق مطالعات انجام شده مانورهای Epley, Semont جزو درمانهای مؤثر بیماری BPPV بوده‌اند (۹،۸،۷).

- در مطالعه بر روی ۴۷ بیمار BPPV اثربخشی Epley ۱۲ Semont, به ترتیب (۵/۸۷٪ و ۶/۸۲٪) بود (۷).
- در مطالعه بر روی ۱۰۶ بیمار BPPV اثربخشی Epley Semont, به ترتیب (۷۷٪ و ۹۳٪) بود (۸).

- در مطالعه بر روی ۱۰۰ بیمار BPPV اثربخشی Epley Semont, هر دو برابر ۹۰٪ بود (۹).

در این مطالعه میزان بهبودی در پایان ماه سوم در گروه Epley و Semont به ترتیب (۸۴/۹۳٪ و ۹۲/۷۶٪) بود (P = ۰/۰۱) تفاوت بین میزان بهبودی در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد و حکایت از اثربخشی بیشتر مانور Epley نسبت به Semont دارد.

تفاوت در نتایج مطالعات مختلف با یکدیگر و با مطالعه فوق می‌تواند به دلایل متعدد از جمله تعداد نمونه‌های مورد بررسی وجود بیماری وستیبولر همراه نحوه تلقی بهبودی، بیماری نحوه انجام مانور و تشخیص نادرست بیماری باشد (۵،۴،۳،۱،۲). لازم به ذکر است که بیماری خود دارای دوره‌های بهبودی خودبه خود بوده و بهبودی در پایان دوره پیگیری می‌تواند به دلیل وجود این دوره‌های بهبود نیز باشد اما انجام این مانورها می‌تواند سیر بهبودی را تسریع نماید و یا میزان بهبودی را افزایش دهد (۵،۶).

وجود بیماری وستیبولر همراه با BPPV از جمله بیماری منیرز می‌تواند از اثربخشی این مانورها در درمان BPPV بکاهد (۱۴).

عوارض ناشی از انجام مانور در بیماران چشمگیر نبوده است (۱۰)، در این مطالعه نیز عوارض قابل توجه نبوده (عوارض به ترتیب برای گروه‌های Epley و Semont 4/61٪ = ۰٪) بود و آنالیز آماری تفاوت معنی‌داری از این جهت بین دو گروه نشان نداد (P = ۰،۰۸۲) به این

بیماران به کار برد. جهت بهبودی کامل، دو مانور فوق تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند و انتخاب مانور باید براساس محدودیتهای فیزیکی انجام این مانورها در بیماران صورت گیرد بدین معنی که انجام مانور Epley به دلیل نیاز به انجام حرکات گردنی در بیماران با مشکلات عروق و یا مهره‌های گردنی و انجام مانور Semont در بیماران با مشکلات ارتوپدی به دلیل نیاز به انجام حرکات سریع باید با احتیاط صورت گیرد.

ترتیب این روشها را به طور ایمن می‌توان در درمان این کمتر از نیمی از بیماران گروه Epley (۲۶/۴۴٪) با یک جلسه مانور بهبودی کامل حاصل نموده بودند (میانگین جلسات ۱/۹۳×۰/۶) و بیش از نیمی از بیماران گروه Semont (۴۶٪) با ۲ جلسه مانور درمانی بهبودی کامل نشان دادند (میانگین جلسات ۲/۱۴×۸/۰ جلسه) و آنالیز آماری تفاوت معنی‌داری از این جهت بین دو گروه نشان نداد (P = ۰/۹۰).

باتوجه به نتایج فوق هر دو مانور اثربخشی خوبی در درمان BPPV کانال خلفی داشته و مانور Epley مؤثرتر می‌باشد. از نظر بروز عارضه و تعداد جلسات لازم

Reference

- 1-O'reilly R, Elford, B Slater R. Effectiveness of the particle Repositioning Maneuver in sub types of benign paroxysmalpositional vertigo. *Laryngoscope*. 2000; 110(8): 1385-8.
- 2-Epley JM. The canalith repositioning procedure: For treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol head neck surg* 1992;107:399-401 .
- 3-Parnes LS, Mcclure JA ,Posterior semicircular canal occlusion in the normal hearing ear *Otolaryngol head neck surg*1991; 104(1):25-7.
- 4-Herdman SJ ,Tusa RJ, Zee DS, Proctor LR, Mttox DE. Single treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo; *Arch otolaryngol head neck surg* 1993: 119:450-54.
- 5-Lopez-Escamez J . Gonzalez-sanchez M, Salinero J. Meta-analysis of the treatment of benign positional vertigo by Epleyand Semont maneuvers. *Acta otorrinolaryngol Esp* 1999; 50(5): 366-70. (abstract)
- 6-Girardi M. Konrad HR ,Management of benign paroxysmal positional vertigo.*ORL head Neck surg* 1996; 14(2) 25-30.
- 7-D'onofrio F, Costa G , Mazzone A , Barillari U ,Canalith repositioning maneuver: proposal of a new therapy for fenign paroxysmal positional vertigo of the posterior semicircular canal. *Acta otorrinolaryngol Ital* 198; 18(5): 300-6(abstract).
- 8-Soto-varela A, Bartual-Magro J, Santoz-perez S, Velez-Regueiro M ,Lechuga-Garcia , R, Perz-Carro Rios A , Caballero L. Benign paroxysmal vertigo , A comparative prospective study of the efficacy of Brandt Daroff Exercises, Semont and Epley maneuver, *Rev laryngol otol rhinol Bord*. 2001: 122(3) 179-83.
- 9-Aranda Moreno- C, Jauregui-Renaud K. Epley and Semont maneuvers in the treatment of benign paroxysmal postural vertigo. *Gac Med Mex* 2000; 136(5): 433-9 (abstract).
- 10-Vander velde GM Benign paroxysmal positional vertigo part II: A qualitative review of non-phar macological,conservative treatments and a case report presening Epley's canslith repositioning procedure, a noninvasive bedside maneuver for treating BPPv *JCCA* 1999; 43(1) 41-8.

- 11-Solomon D, Benign paroxysmal positional vertigo. Current treatment options 'in Neurology 2000; 2:417-24.
- 12-.Macias JD, Lambert KM , Massingals S, Ellensohn A, Fritz JA. Variables affecting treatment in benign paroxysmalpositional vertigo Laryngoscope 2000; 110:1921-4.
- 13-Fung K, Hall SF, Particle repositioning maneuver :Effective treatment for benign paroxysmal positional vertigo. J otolaryngc ' 1996(4)243-8.
- 14.Perez N, Martin E ,Zubieta JL , Romer ' , Garcia Tapia R , Benign paroxysmal positional vertigo in partient's withMeniere's disease treated with intratympanic gentamicin. Laryngoscope 2002; 112(6): 1104-9.

Archive of SID