

Pendekatan Diagnostik Vertigo

dr. M.N. Gaharu, Sp.S

Spesialis Saraf

RSU Bunda Menteng, Jakarta

Gangguan keseimbangan kerap dijumpai pada praktek sehari-hari. Sensasi berputar disertai mual muntah ataupun hanya sensasi melayang merupakan manifestasi klinis dari vertigo. Prevalensi vertigo bervariasi, sekitar 2% pada dewasa muda hingga 30% pada usia lanjut. Keseimbangan tubuh seseorang dipengaruhi oleh serebelum, fungsi visual, auditorik, dan sensorik (eksteroseptif dan proprioseptif). Sehingga gangguan pada sebagian komponen keseimbangan tersebut menyebabkan terganggunya keseimbangan seseorang. Berbagai penyebab vertigo seperti infeksi, neoplasma, degeneratif bahkan stroke. Sehingga perlu diketahui bagaimana pendekatan diagnostik vertigo.

Anamnesis yang baik merupakan langkah penting penegakan diagnosis. Pasien mengutarakan gangguan keseimbangan berupa sensasi berputar, sempoyongan, melayang, serasa mau pingsan. Keluhan tersebut sudah membantu membedakan antara vertigo nonvestibuler (sempoyongan, melayang, serasa mau pingsan) dan vertigo vestibuler (sensasi berputar, baik dirinya berputar (subjektif vertigo) maupun benda di sekitar yang berputar (objektif vertigo).

Vertigo nonvestibuler bisa disebabkan gangguan kardiovaskular, gangguan sensorik dan gangguan psikiatri. Vertigo vestibuler paling sering disebabkan *benign paroxysmal positional vertigo* (BPPV). Selain itu bisa juga disebabkan labirintitis, akustik neurinoma, penyakit meniere, ataupun gangguan pada serebelum. Oleh karena itu penting membedakan antara vertigo vestibuler tipe perifer dan sentral pada langkah selanjutnya dari pendekatan diagnostik vertigo.

Vertigo vestibuler perifer mempunyai onset klinis mendadak, durasi detik hingga menit, dominasi keluhan mual muntah, dipengaruhi posisi tertentu, tidak disertai defisit neurologi namun kerap disertai keluhan auditorik, paroksismal, dan pada pemeriksaan fisik dijumpai nistagmus horisontal. Nistagmus adalah gerak *jerking* bola mata yang dapat terlihat dengan cara fiksasi mata 30 derajat arah lateral, kadangkala pemeriksaan memerlukan alat bantu seperti kaca pembesar ataupun kacamata Frenzel. Vertigo vestibuler sentral onset gradual, durasi hari hingga minggu, mual muntah tidak dominan, tidak dipengaruhi perubahan posisi, adanya defisit neurologi seperti paresis, hipestesi, disfagi dan disfoni, tidak

ada gangguan auditorik, kontinyu dan nistagmus vertikal.

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan antara lain pemeriksaan mata, telinga, kardiovaskular, fungsi serebelum dan gait. Pada pemeriksaan mata, pemeriksaan yang dilakukan meliputi refleks pupil, gerak bola mata, nistagmus dan funduskopi. Nistagmus dapat juga diprovokasi dengan manuver Dix-Hallpike.

Pemeriksaan dengan otoskop guna melihat liang telinga luar (terkadang evakuasi serumen dapat mengurangi keluhan) maupun liang telinga dalam. Jika didapatkan gangguan tajam pendengaran, gunakan garpu tala untuk menentukan apakah tuli konduktif atau perseptif. Pemeriksaan weber, dengan meletakkan garpu tala di verteks, pada keadaan normal akan terdengar suara getaran garpu tala pada kedua telinga. Tuli perseptif didapatkan lateralisasi pada telinga sehat, demikian sebaliknya pada tuli konduktif.

Pemeriksaan kardiovaskular meliputi pemeriksaan auskultasi guna menemukan adanya bruit carotis, murmur dan gangguan irama jantung. Disarankan pemeriksaan ini dilakukan pada pasien usia lanjut atau dengan faktor risiko kardiovaskular yang banyak, seperti obesitas, merokok, dislipidemi, hipertensi dsb.

Pemeriksaan fungsi serebelum, seperti tes telunjuk-hidung, *past pointing*, disdiadokinesis, tes tumit-lutut dan *tapping* jari. Tes Romberg juga dapat menentukan apakah gangguan terdapat di fungsi serebelum atau sensorik. Romberg dilakukan dengan cara meminta pasien berdiri dengan kedua kaki dirapatkan dan lengan bersedekap. Romberg terganggu jika pasien tidak dapat mempertahankan posisi tersebut hingga bergoyang bahkan terjatuh. Jika Romberg terganggu saat buka mata artinya topis lesi bersifat sentral (serebelum), namun jika Romberg terganggu saat pasien diminta tutup mata, maka topis lesi bersifat perifer (sensorik). Pemeriksaan saraf kranialis dilakukan untuk menentukan topis lesi apakah di mesensefalon (Nervus III, IV), pons (Nervus V, VI, VII, VIII) dan medula oblongata (Nervus IX, X, XI, XII). Gait merupakan cara berjalan yang perlu diperhatikan, pada lesi serebelum didapatkan ataksik gait, pasien berjalan dengan jarak kedua kaki melebar serta sulit mempertahankan keseimbangan saat berdiri mendadak dari posisi duduk, berhenti mendadak saat sedang berjalan bahkan saat akan berputar ketika sedang berjalan.

Bagaimana dengan tatalaksana? Vertigo nonvestibuler diperlukan pemeriksaan lanjutan seperti evaluasi

kardiovaskular pada sinkop, evaluasi etiologi gangguan proprioseptif misalnya pada diabetes melitus ataupun evaluasi gangguan psikis jika diduga menjadi penyebab gangguan keseimbangan tersebut.

Sedangkan tatalaksana vertigo vestibuler tipe sentral perlu mengatasi penyakit dasar dari gangguan keseimbangan tersebut, misalnya stroke serebelum, tumor serebelum, infeksi serebelum atau pendarahan serebelum akibat trauma kepala. Tatalaksana vertigo vestibuler tipe perifer, misalnya BPPV yang sering ditemukan pada praktek. Medikamentosa seperti betahistine dan flunarizine lebih bersifat abortif terhadap keluhan vertigo saja, namun yang menjadi masalah terkadang keluhan vertigo relaps kembali. Sehingga pasien perlu diajarkan untuk *vertigo exercise* guna mencegah kekambuhan vertigo.

Beberapa manuver *vertigo exercise* antara lain: *Brand-daroff* yaitu gerakan dengan cara pasien posisi duduk di



pinggir tempat tidur, kemudian kepala berpaling ke salah satu sisi, kemudian pasien merebahkan badannya pada sisi lateral tubuhnya dengan posisi kepala menghadap ke atas, biarkan beberapa detik, kemudian kembali ke posisi awal dengan kepala tetap berpaling. Kemudian, rebahkan tubuh ke sisi sebaliknya namun posisi kepala menghadap bawah, setelah itu kembali keposisi awal. Ulangi gerakan ini

beberapa kali dalam sehari. Selain itu ada manuver lain seperti Epley dan Semont.

Dengan mengetahui pendekatan diagnostik dengan benar, maka penanganan pasien vertigo menjadi optimal bahkan dengan memahami tanda-tanda klinis vertigo sentral diharapkan mortalitas pada kasus vertigo sentral dapat dicegah lebih awal. MD

TABLOID **MD** INSIDER'S INSIGHT

Redaksi tabloid MD mengucapkan...

ما شاء الله من نعمته
 في 1435 هـ
 من طبعه في جدة