

Bakre kanal BPPV

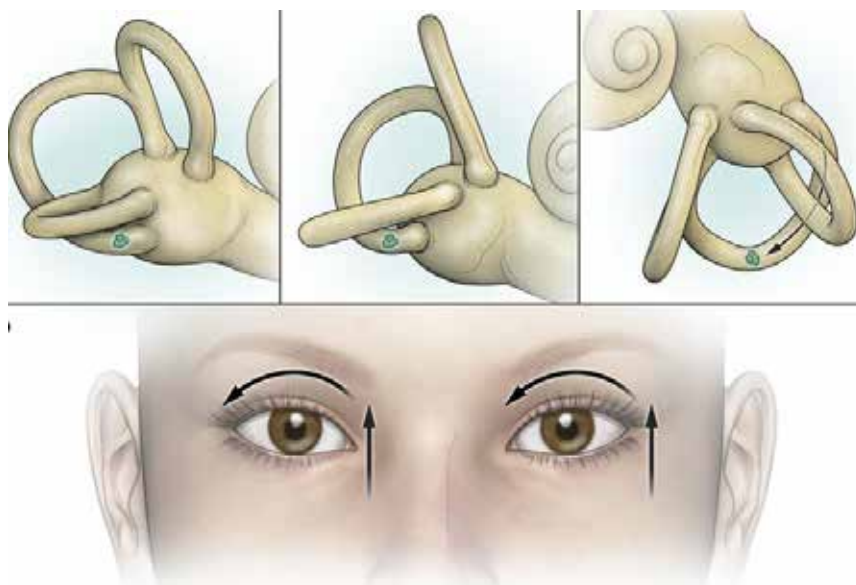
– undersøkelse og behandling

De fleste er kjent med både undersøkelse og behandling for krystallsyke i bakre semisirkulære kanal, og dette er den suverent mest vanlige formen for BPPV. Her kommer en oppfrisker på de mest brukte manøvrene, og i tillegg til et par nyttige tips for mange av dere.



Bakre semisirkulære kanal

Siste konsensus fra litteraturen anslår at BPPV i bakre kanal står for 85-95 % av tilfellene vi vil møte i klinikken, så grunnleggende kunnskap om undersøkelse og behandling av denne varianten, vil være svært nyttige verktøy for de fleste klinikerne. I denne artikkelen vil vi gå gjennom de to vanligste variantene, cupulolithiasis og canalithiasis. Vær klar over at all behandling av BPPV baserer seg på teorier som ikke lar seg fullt ut teste in vivo. For mer informasjon rundt de gjeldene patoanatomiske modellene, finner du en gjennomgang av disse i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 2-22. Den bakre semisirkulære kanalen har en ca. 45° vinkel på frontalplanet, og dette vil være førende for posisjonen i testing og behandling.



Klinisk testing

I denne artikkelen går vi gjennom to tester: Dix-Hallpike-manøver og sideliggende test. Den første kjenner nok mange til, og den er beskrevet på ulike måter. Den andre er den samme som første del av en mye brukt reponeringsmanøver – Semont, så denne testen kan også

bli beskrevet med dette navnet. Testene er ment å fremkalle svimmelhet og nystagmus hos pasienten, og bevegelsen på nystagmus må samsvare med kanalen det testes for. Når vi tester og behandler svimle pasienter, er det ekstra viktig å sikre pasientene. De vil kunne få kraftige symptomer, og det å være tett på og trygge dem i det ubehaget de skal møte, er viktig. Vi ønsker å få dem svimle både under testing og behandling, og deres refleks vil som regel være å komme seg ut av den posisjonen som skaper ubehag. Du kan enten stå ved siden av benken eller ved hodeenden. Det viktigste er å støtte nakken godt (se bilder 1 og 2 for håndgrep)

Tester vi for bakre semisirkulære kanal, vil vi forvente å finne en oppadslående og torsjonal nystagmus. For venstre kanal vil torsjonen være med klokken, for høyre kanal vil den være mot klokken. Ved cana-

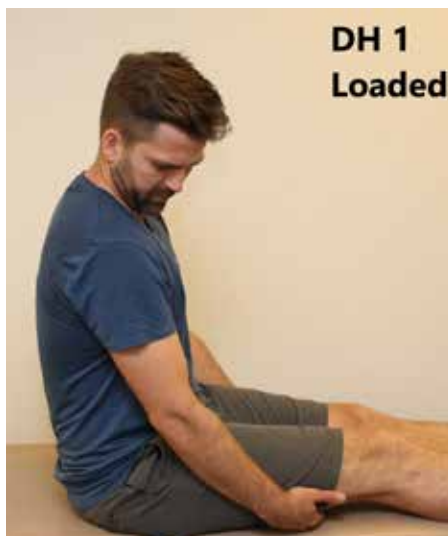


lithiasis vil vi som regel få en kort latenstid før symptomene utløses, og varigheten er som regel under 40 sekunder. Er varigheten lenger, øker sjansen for at du har med cupulolithiasis å gjøre. MEN det kan ta lengre tid å trigge en respons, og du gjør aldri noe feil hvis du lar pasienten ligge i testposisjonen i litt lengre tid. Det du derimot ikke skal gjøre, er å teste gjentatte ganger. Kompensatoriske mekanismer i sentralnervesystemet vil gjøre at du får mindre respons jo flere ganger du tester. Husk å gjennomføre testen tilbake til utgangsposisjon. Mange vil ikke trigge en respons før de setter seg opp igjen. Fullfør testing for de andre kanalene før du behandler. Gjennom anamnesen vil du som oftest ha en klar mistanke om hvilken side som er affisert. Derfor kan det være greit å starte testingen på motsatt side først.

Du kan også øke provokasjonen i testen ved å bruke vibrasjon mot prosessus mastoideus (anbefalt 100 hz) eller gjøre en såkalt «loading», der hodet til pasienten holdes flektert i noen sekunder før du går inn i ekstensjon. Begge testene forutsetter en viss mobilitet i pasientens nakke, og hvis dette er vanskelig grunnet stiv nakke, kan testing i rotasjonsstol være et godt alternativ.

Dix Hallpike-manøver (beskrevet for høyre side)

1. Pasienten sitter på benken med bena rett ut. Pass på at pasienten sitter langt nok bak på benken til at han/hun kan få hodet ned på hodebrettet, som skal være ca. 30° under horisontal. Kan du ikke justere hodebrettet ned, kan en pute under skuldrene gi samme effekt.
2. Roter hodet 45° mot høyre. (Bilde DH 1)
3. Legg pasienten ned mens du ivaretar rotasjon og pasienten kommer ned til ca. 30° ekstensjon. Her er hastighet uvesentlig. Krystaller i de semisirkulære kanalene vil bli påvirket av tyngdekraften. Det er ikke noe poeng å legge pasienten hurtig ned. (Bilde DH 2)
4. Observer for nystagmus, kommuniser med pasienten og hør om han/hun opplever symptomer.



5. Når du føler deg trygg på at du har testet lenge nok, be pasienten sette seg opp og observer nystagmus i sittende stilling. Etter en kort pause, kan du teste motsatt side. (Bilde DH 1)

Sideliggende test (beskrevet for høyre side)

1. Pasienten sitter på kanten av benken, hodet roteres 45° mot venstre. (Bilde SL1)
2. Legg pasienten ned på høyre side mens du sørger for at rotasjon i nakken ivaretas. (Bilde SL 2)
3. Observer for nystagmus og svimmelhet.
4. Returner til utgangsposisjon og observer for symptomer og nystagmus i denne stillingen også, før du tester. (Bilde SL1)

Behandling

Behandlingsteknikkene for BPPV handler i all hovedsak om å få kalkkrystallene som befinner seg i en av de semisirkulære kanalene, tilbake til utriculus, der vi tror de blir destruert. Dette får vi til ved møysommelig

å posisjonere kanalene på en slik måte at krystallene siver videre i kanalen ved hjelp av tyngdekraften. Vi snakker om så små partikler at det må elektronmikroskop til for å påvise dem, og de har svært liten egenvekt. Når disse bittesmå partiklene skal bevege seg gjennom lymfen, vil de sive sakte nedover. Det er derfor lurt å bruke god tid før vi går videre i manøveren. Her vil vi også finne forskjellige beskrivelser med tanke på hvor lenge vi skal holde pasienten i hver enkelt posisjon. Et godt utgangspunkt er å observere pasientens nystagmus til den gir seg, vente 15 sekunder og så gå videre til neste posisjon. Manøvrene kan også fungere som hjemmeøvelser, men de kan være utfordrende å utføre på en god måte når man er svimmel. De to manøvrene som blir gjennomgått her, er Epleys og Semonts manøver. Sistnevnte er noe enklere, og kan være lettere å få til på hjemmebane.

Når pasienten er ferdig med behandlingen, bør de unngå å legge





seg rett ned. Pasienten kan ofte være litt forstumlet og føle seg kvalm og uvel, så å sitte på venteværelset 20-30 min etter behandlingen, kan være lurt. Noen klinikere vil fraråde pasienten å ligge på affisert

side natten etter behandling, men forskningen så langt viser ikke effekt av dette tiltaket. Andre råd som pasienter kan få, er å bevege seg «som om de var et levende lys som ikke skal blåses ut» den første timen etter behandling. Pasienter med vellykket reponering kan få tilbakefall, og en sjelden gang kan de også få en «kanalswitch» ved at krystallene går over i horisontal kanal etter

behandling. Det kan derfor være lurt å følge opp pasienter med BPPV 2-3 dager etter behandling. Mange vil kunne bli helt symptomfrie etter én behandling, mens enkelte trenger 3-5 behandlinger.

Epleys manøver (beskrevet for høyre side, se bilder Epley 1-5)

1. Utgangsposisjonen er den





Semont 1



Semont 2



Semont 3

samme som ved Dix-Hallpike, sittende på benk. Roter hodet 45° mot høyre.

2. Legg pasienten ned i ekstensjon til 30° . Sørg for å opprettholde rotasjonen under forflytning.
3. Roter hodet 90° grader mot venstre. Pass på å opprettholde ekstensjon i nakken.
4. Pasienten roterer hele kroppen 90° mot venstre, slik at han/hun ligger på siden og hodet dermed blir rotert ytterligere 90° mot venstre og ender med nesene pekende skrått ned mot gulvet. Her vil mange pasienter instinktivt løfte på hodet under forflytning, så pass på å holde hodets posisjon ned 30° . Klinisk empiri tilsier at det kan lønne seg å bruke litt mer tid i denne posisjonen før du tar pasienten opp i sittende.
5. Flekter i hofte og få legger og føtter utenfor benken før pasienten setter seg opp på kanten av benken. Her er det viktig å være tett på pasienten da de kan oppleve en frigjøringsrespons og bli veldig svimle. Empirisk anses dette som et godt prognostisk tegn på at behandlingsmanøveren har hatt

ønsket effekt. Pasienten sitter med hodet flektert til svimmelhet og nystagmus opphører. Vent så et par minutter før du gjennomfører en ny manøver, men hvis pasienten får en kraftig respons på første manøver, kan det være at det er nok for denne gang.

Semont manøver (beskrevet for høyre side, se bilder Semont 1-3)

1. Pasienten sitter på kanten av benken, hodet roteres 45° mot venstre.
2. Legg pasienten ned på høyre side mens du sørger for at rotasjon i nakken ivaretas.
3. Hold posisjon til svimmelhet og nystagmus opphører pluss 15 sekunder.
4. Pasienten skal så over i sideliggende på venstre side ved å sette seg opp på kanten av benken og legge seg ned på venstre side. Nakkerotasjonene opprettholdes gjennom hele manøveren.
5. Sett pasienten opp igjen på kanten av benken.

Hjemmeøvelser

Som nevnt kan posisjoneringsmanøvrene også utføres som hjemmeøvelser for å få på plass eventuelt resterende kalkkrystaller i kanalen. BPPV vil gi en økt signalstrøm fra den affiserte siden (asymmetriske impulser høyre/venstre), og sentrale kompenseringmekanismer vil raskt gjøre seg gjeldene. Når krystallene er reponert, vil denne kompenseringen kunne føre til at pasienten opplever ustøhet, svimmelhet og ørhet i tiden etterpå. Øvelser for å stimulere den vestibulookulære refleks er et godt sted å begynne for å la CNS «rekalibrere» seg. Vi vil gå gjennom disse øvelsene i en senere artikkel.

Vil rette en takk til min gode kollega Narve Bjørneseth for uvurderlig hjelp og gode innspill til denne artikkelen.

Se referanser/kilder side 32.