



Den svimle pasienten

Svimmelhet er et økende problem i den norske befolkningen. Vi ser at tallene øker og i 2015 var anslaget at 10 % av menn og 18 % av kvinner er plaget av svimmelhet. Hvis vi ser tallene for personer over 67 år, er tilsvarende tall 22 % for menn og 29 % for kvinner.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Svimmelhet og balanse

Svimmelhet, som smerter, er en subjektiv opplevelse av forstyrret eller svekket romlig orienteringsevne uten en falsk eller forvrengt

opplevelse av bevegelse. Opplevelsen vil variere for den enkelte og beskrivelse av ulike typer svimmelhet gir ingen klar indikasjon for årsaken. Men svimmelhet kan i seg selv påvirke den enkeltes livssituasjon fysisk, psykisk og sosialt. Balanse er derimot noe vi merker fint lite til – når vi er i balanse. Det bare funker. Men for at vi skal være i balanse, er vi avhengig av at flere perifere

systemer bidrar med informasjon til sentralnervesystemet og at hjernen vår prosesserer denne informasjonen på en effektiv måte. Svimmelhet kan derfor både ha perifer eller sentral årsak. Svimmelhet som symptom er i seg selv uspesifikt og kan skyldes en rekke ulike tilstander og sykdommer. Årsaken kan ligge i det vestibulære apparatet i det indre øret, skade på synet, være av sen-

tralnevologisk opphav eller ligge i nakken. I tillegg kan mer systemiske sykdommer av hematologisk (blodsykdommer), kardiovaskulær, endokrin (hormoner), autoimmun, neoplastisk (kreft) eller psykogen årsak ha svimmelhet som reaksjon. Ca. halvparten av de som oppsøker helsevesenet grunnet svimmelhet, vil være av vestibulær årsak. Det er viktig å være klar over at mer alvorlig patologi hos pasienter kan presentere svimmelhet som eneste eller mest fremtredende symptom, så skal du jobbe med svimle pasienter, bør du ha orden på anamnese, røde flagg, differensialdiagnostikk og hvordan du best klinisk kan utelukke disse.

Balansesystemet

Det er ennå en del om vårt balansesystem vi ikke har kartlagt, men i hovedtrekk er det tre sensoriske bidragsyttere – det vestibulære systemet i det indre øret (se figur 1), synet og det proprioceptive systemet som gir sensorisk informasjon fra hud, muskler, ledd og bindevev. Kommandosenteret for balansen finner vi i hjernestammen som videre kommuniserer med lillehjernen (som bl.a. er ansvarlig for koordinasjon av bevegelser), ryggmarg, hjernebark, retikulærsubstans og øyemuskelkjernene. For å opprettholde balanse og kunne fiksere blick ved bevegelse er vi avhengig av et system som reagerer lynraskt, og dette sørger viktige reflekser for (se tabell). VOR benyttes hyppig til å undersøke balanseapparatet via øyets bevegelser.

Balanseorganet i det indre øret ligger plassert ca. 2,5 cm innenfor hodeoverflaten, godt beskyttet av pars petrosa i tinningbenet (os temporale). Vi har altså ett på hver side, og organet består av tre bueganger (anterior, posterior og laterale) og to

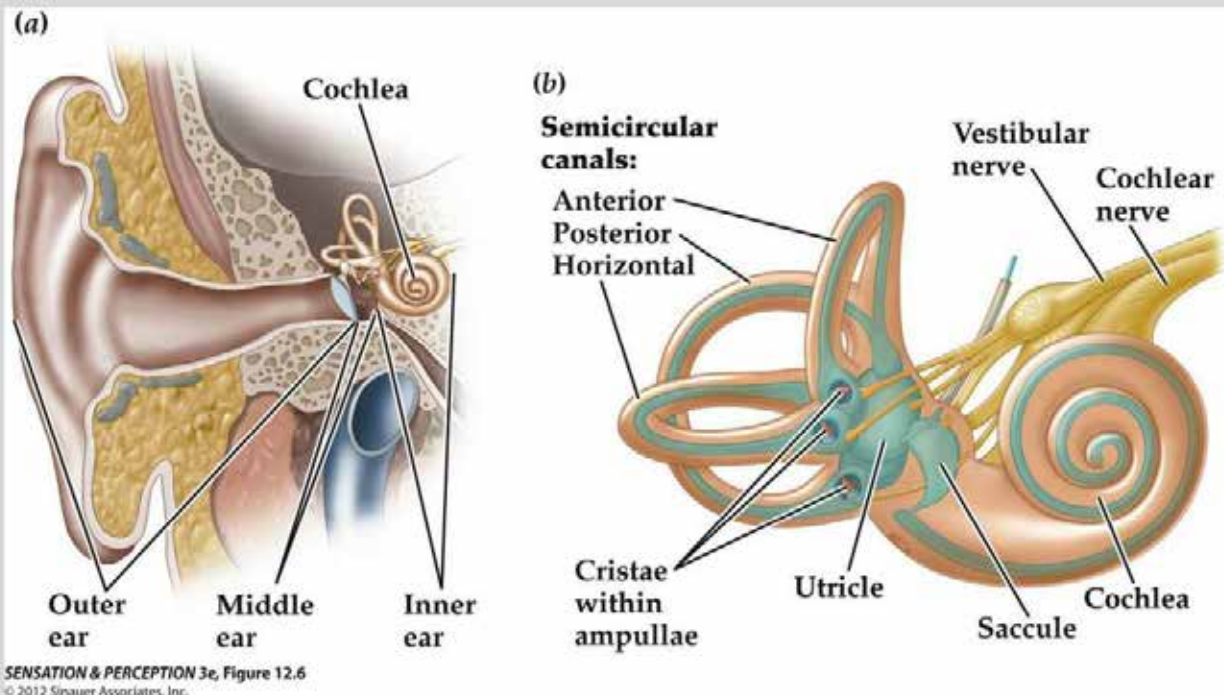


otolittorganer (utricleus og sacculus). Disse er organisert på ulike måter for å oppfatte hodets stilling og bevegelse. Organet er fylt med endolymfe i et lukket system og akselerasjon ved hodets bevegelser vil føre til fluktusjon av lymfen. Lymfens bevegelse påvirker små hårceller med reseptorer som gir opphav til de afferente nervesignalene gjennom n. vestibularis, og de forteller hjernestammen at nå bevegelse det i en retning med en viss fart. De tre buegangene skal gi rask informasjon om hoderotasjoner i alle plan

og de er plassert med ca. 90° vinkel mot hverandre. Med informasjon fra motsatt sides øre, er vi da i stand til å bevege oss i alle retninger og opprettholde blicket stabilt. Det er i disse buegangene at det oppstår problemer ved krystallsyke, BPPV – benign paroksysmal posisjonell vertigo. Otolittorganene har som oppgave å oppdage lineære bevegelser, horisontalt og vertikalt. Hvis bevegelsen skjer konstant (altså ingen akselerasjon) vil lymfen ikke bevege seg i forhold til hodet og vi vil ikke oppfatte at vi er i bevegelse.

| De viktigste vestibulære refleksene | Funksjon |
|--|---|
| Den vestibulookulære refleksjonen (VOR) | Blickstabilisering |
| Den vestibulospinale refleksjonen (VSR) | Opprettholde balanse, holdning og stabilitet for hele kroppen |
| Den vestibulocervikale refleksjonen (VCR) | Stabilisere hodet og nakken |
| Den vestibuloretikulære refleksjonen (VRR) | Usikker |

The vestibular labyrinth



Anamnese

En grundig gjennomgang av sykdomshistorikk kan være avgjørende for diagnostikk innenfor vestibulære sykdommer, men her er det også viktig å se etter tegn til alvorlig patologi. Langvarig svimmelhet har mindre hastegrad enn de akutte, og de fleste vestibulære sykdommene har en akutt debut. Akutt debuterende svimmelhet forekommer også ved alvorlige skader som slag, hodeskader og migrene. Svimmelhetens karakter (f.eks. nautisk eller rotatorisk svimmelhet) har liten diagnostisk verdi, men forløp fra debut, varighet av svimmelanfall og utløsende årsaker er viktige punkter å få med seg. Ledsagende symptomer og tegn kan også gi ytterligere informasjon. Derfor er det viktig å spørre om hørsel, hodepine, autonome symptomer som kvalme, trykkløse i øret, synkopering (besvimelse) eller andre nevrologiske tilstander. Du bør også få en oversikt over tidligere sykdommer og medikamentbruk. Særlig hos eldre kan utstrakt bruk av medisiner eller interaksjon mellom

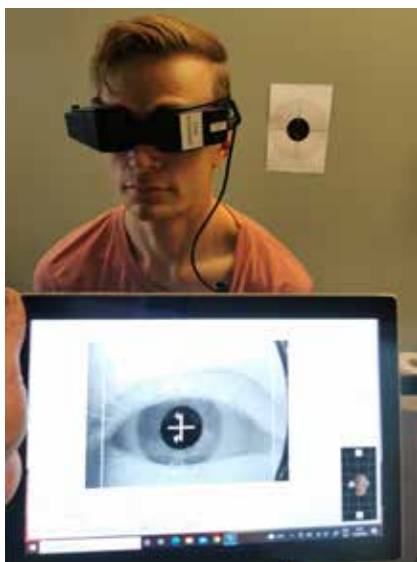
flere medikamenter medføre svimmelhet som bivirkning.

Undersøkelse

Her vil jeg primært gå gjennom undersøkelse for å utelukke alvorlig patologi. Senere vil du finne en kort beskrivelse av de vanligste vestibulære sykdommene. Sentralt i undersøkelsen av den svimle pasienten er vurdering av nystagmus. Dette er ufrivillige rytmiske øyebevegelser som oftest består av jevn drift i én retning, avbrutt av en rask bevegelse i motsatt retning. For å vurdere nystagmus er vi avhengig at pasienten ikke klarer å overstyre bevegelsen ved hjelp av blikkfiksering. Dette kan vi oppnå ved bruk av såkalte Frenzelbriller eller infrarøde video-nystagmusbriller (Bilde 1). Nystagmusretningen defineres av den raske fasen. Det er viktig å beskrive nystagmusretning, om den slår horisontalt, vertikalt eller er rotatorisk. Nystagmus kan være til stede i hvile uavhengig av hodestilling (spontan nystagmus), eller være frem-

provosert av hoderisting, sideblikk (blikkretningsnystagmus endrer retning avhengig av om pasienten ser mot høyre eller venstre), eller av bestemte hodebevegelser eller hodestillinger. Det er viktig å være klar over at nystagmus forekommer hos friske, symptomatiske personer også. En norsk studie med 75 friske testpersoner fant nystagmus hos 88 %, så nystagmus alene er ikke nok til å sette en diagnose. For mer informasjon om hvordan vurdere nystagmus, anbefales artikkelen til Ljøstad og kollegaer.

Nystagmustesting inngår også i et klinisk testbatteri vi kaller for HINTS (Head Impulse, Nystagmus type, Test of Skew) som brukes for å identifisere hjerneinfarkt. Hvis man finner minst én vaskulær risikofaktor og minst ett av tre følgende funn hos en pasient med akutt vestibulært syndrom; normal hodeimpulstest, sentral type nystagmus (endrer retning ved sideblikk – etter blikkretning) eller vertikal blikkdeviasjon (skew), har det høyere diagnostisk treffsikkerhet for hjerneslag enn



tidlig MR. Hodeimpulstest (HIT, bilde 2 og 3) gjennomføres for å avdekke perifer årsak til svimmelhet og har størst klinisk verdi ved diagnostisering av vestibularisnevritt. Terapeuten roterer hodet raskt til siden mens pasienten fester blikket på terapeutens nese. Hvis pasienten ikke evner å holde blikkfiksasjonen (øyet følger med i hodet ved rotasjon), så ansees testen for positiv i den retningen det roteres mot. Dette tegnet vil styrke mistanken om en perifer skade. Det observeres da en hurtig korreksjonsbevegelse hos pasienten, en korreksjonssakade. Hodet kan også stilles inn i plan med de forskjellige buegangene, men vanligst gjennomføres dette i horisontalplanet (da testes primært den laterale buegangen). Testen kan gjennomføres ut fra eller inn mot midtlinjen og er ofte beskrevet som førstnevnte. Det vil for pasienten oppleves som mindre provoserende med en brå bevegelse av nakken inn mot midten enn ut mot siden, og derfor anbefales denne.

Den siste delen av HINTS er vertikal blikkdeviasjon (bilde 4 og 5). Denne utføres ved at ett øye dekkes av gangen, og hvis man observerer en vertikal deviasjon/korreksjon når hånden fjernes raskt foran øyet, er mistanken om sentral lesjon styrket. Vær oppmerksom på at deviasjon i horisontalplanet er normalt og ikke tegn til alvorlig patologi.

Diagnostikken for slag kan være enkel når svimmelheten er ledsaget av lammelser, talevansker

eller bevissthetspåvirkning. Det er imidlertid vist at om lag 20 % av hjerneinfarktene i bakre kretsløp presenterer seg som isolert svimmelhet, og MR/CT sliter med å fange opp disse skadene de første to døgnene. HINTS er derimot svært sensitiv og viktig å få gjennomført tidlig for å forhindre at slagpasienter ikke går for lenge uten rett behandling.

Med mistanke om hjerneinfarkt, bør også blodtrykk tas. 3 av 4 slagpasienter vi ha hypertensjon, men årsaken til at dette inntreffer er ennå ikke sikker. Blodtrykkmåling er likevel en rask og enkel test som kan si oss om det er noe unormalt i det kardiovaskulære systemet. En undersøkelse av hjernenervene vil også høre med til denne pasientgruppen og spesielt med søkelys på de nervene som er koblet mot synet, da øyets funksjon er nært knyttet opp til balanseapparatet.

Vestibulære sykdommer

En komplett gjennomgang av vestibulære sykdommer blir for omfattende for denne artikkelen, så derfor går jeg gjennom de hyppigst forekommende, som vi vil ha størst sjanse for å komme over i klinikken. Krystallsyke er, med sine anslåtte 80 000 tilfeller i Norge årlig, en tilstand mange allerede kjenner til. Riktig benevnelse er benign (ufarlig) paroksysmal (forbigående) posisjonsvertigo eller BPPV. Tilstanden er ikke farlig, men kan gi vesentlige plager. Forekomsten øker med alderen og vi ser også økt forekomst

hos pasienter med hodetraume og hjernerystelse. Det er også sannsynlig at D-vitaminmangel kan øke risiko for å få BPPV. Pasienten opplever som regel først svimmelhet ved en posisjonsendring, ofte når man snur seg i eller reiser seg fra sengen. Deretter følger korte anfall som gjerne gir seg i løpet av sekunder, og disse kan variere i styrke og hyppighet. Vi antar at sykdommen skyldes kalsiumkarbonatkrystaller som løsner fra otolittorganet utriculus og at de faller inn i en eller flere av de tre buegangene. Pasienter kan spontant bli friske eller behandles effektivt med posisjoneringsmanøvre.

Virus på balansenerven, eller vestibularisnevritt, er en sykdom som rammer den vestibulære delen av 8. hjernenerve. Man tror det skyldes en reaktivering av herpes simplex virus. Tilstanden er ufarlig og prognosen for full restitusjon anslås som god. Pasienten vil oppleve en akutt utvikling av svimmelhet, kvalme, oppkast og fall mot affisert side. Dette kan oppleves voldsomt og medføre sykehusinnleggelse. Samtidig kan disse symptomene minne om hjerneslag og derfor må dette utelukkes. I første omgang trenger disse pasienten ro og hvile i 1-2 dager, mens de verst symptomene gir seg. Samtidig er det viktig å avklare årsaken tidlig for å unngå unødvendig engstelse hos pasienten. Angst kan forlenge sykdomsforløpet og også gi betydelige senplager.

Langvarige plager etter sykdom i vestibulærapparatet (f. eks BPPV



og VN) kan gi funksjonell svimmelhet eller PPPS, som står for persisterende postural-perseptuell svimmelhet. Dette vil si at pasienten opplever svimmelhet uten noen åpenbar grunn. Sykdommen er gjerne ledsaget av angst for å trigge nye svimmelanfall og depresjon. Faren er at pasienter blir inaktive og isolerer seg hjemme. Dermed vil balansesystemet også gå glipp av verdifulle stimuli for å opprettholde og bedre balansen. Disse pasientene blir gjerne ekstra avhengig av synet, da de ikke fullt ut «stoler» på balanseorganet, og de kan lett bli trigget i visuelt stimulerende omgivelser som i en matbutikk eller en stor folkemengde. Disse pasientene må trygges og utfordres til å øve på situasjoner som trigger svimmelheten og kan ha nytte av vestibulær rehabilitering (mer om dette senere).

Til sist vil jeg trekke frem en tilstand som per nå ikke er definert som en egen diagnose og dermed er ganske kontroversiell, nemlig cervikogen svimmelhet. Vi vet at nakkeplager forekommer hyppig hos pasienter med svimmelhet og at svimmelhet er vanlig hos pasienter med nakkeplager. Så hva er høna og egget? Her har vi ennå ikke en sikker måte å klassifisere tilstanden. Men det som er sikkert er at nakken er en spesielt viktig sensor i det proprioceptive systemet. De afferente fibrene fra nakken kommuniserer med de vestibulære kjernene i hjernestammen. Tanken er at forstyrret sensorisk

informasjon gir sentralnervesystemet utfordringer med å danne et godt bilde av kroppen og hodets orientering i forhold til omgivelsene, noe som dermed kan utløse svimmelhet.

Vestibulær rehabilitering

Noen av de første pasientene som fikk rehabilitering for svimmelhet, var krigsveteraner fra 1. verdenskrig. Man oppdaget at mange av disse fikk bedre funksjon og mindre svimmelhet etter aktiv rehabilitering, i motsetning til standard behandling på den tiden – sengeleie. Øvelsesbehandling rettet mot vestibulære sykdommer er primært aktive tiltak for enten å opprettholde eller bedre funksjon og balanse. Svimmelhet kan medføre sterke begrensninger i hverdagen, selv om fenomenet i seg selv ikke er farlig. De fleste vestibulære sykdommer har god prognose, men selv der hvor det er varig svekkelse av balanseorganet, kan pasienter oppleve bedret funksjon og mindre svimmelhet gjennom trening. Øvelsesutvalget må tilpasses den enkeltes behov ut fra hvilke aspekter ved balansesystemet som bør vektlegges i treningen. Dette vil som oftest medføre at pasienten må oppsøke situasjoner eller utføre aktiviteter som fremprovoserer svimmelheten og gradvis venne seg til dette og øke toleransen. Denne tilvenningen kalles habituering. For mange kan dette være vanskelig å komme i gang med, da de lett kan falle inn i et avvergemønster for nettopp å unngå svimmelheten.

For oss som følger opp disse, er det derfor viktig med god kunnskap for å skape trygghet til å gå inn i svimmelheten. Det krever en stor grad av egeninnsats og motivasjon hos pasienten. Målet med øvelsene er å utfordre vestibulærapparatet med intensitet, frekvens og varighet så man opplever et moderat ubehag som går over etter en kort pause. Hvis pasienten opplever symptomforverring til dagen etter, må doseringen justeres ned. Andre øvelser som er mye brukt, er blikkstabilisering i ulike settinger. Sykdommer i vestibulærapparatet forstyrrer som regel den vestibulookulære refleksjonen (VOR), og denne refleksjonen lar seg påvirke med riktig stimuli.

Fysioterapiens rolle

Vår yrkesgruppe har en helt sentral del i oppfølgingen av denne pasientgruppen, både i det offentlige og det private helsevesenet. Svimle pasienter opplever også ofte muskel og skjelettplager, og denne gruppen utgjør et stort antall, noe som ikke nødvendigvis reflekteres i msk-terapeuters grunnutdanning. I vår har derfor Høgskulen på Vestlandet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer på Haukeland avholdt et eget emne med 7,5 studiepoeng kalt «Vestibulære sykdommer – svimmelhet» som jeg har deltatt på. Dette var primært et nettbasert studium med en fysisk studiesamling i Bergen, der man fikk en fin innføring i patofysiologi, undersøkelse og behandling for de vanligste vestibulære tilstandene. I fjor kom også boken «Fra svimmelhet til balanse» ut, ført i pennen av fysioterapeutene Kjersti Wilhelmssen, Anne Kari Skøien og Anne-Lise Tamber. Denne gir en god innføring i teori, undersøkelse og rehabilitering for den svimle pasienten og er et godt utgangspunkt for å lære mer om temaet.

Se referanser/kilder side 34.