



Virus på balansenerven

Vestibularisnevritt er en akutt innsettende og relativt sjelden tilstand. Likevel er det en tilstand mange pasienter har hørt om og kanskje tror at de har.

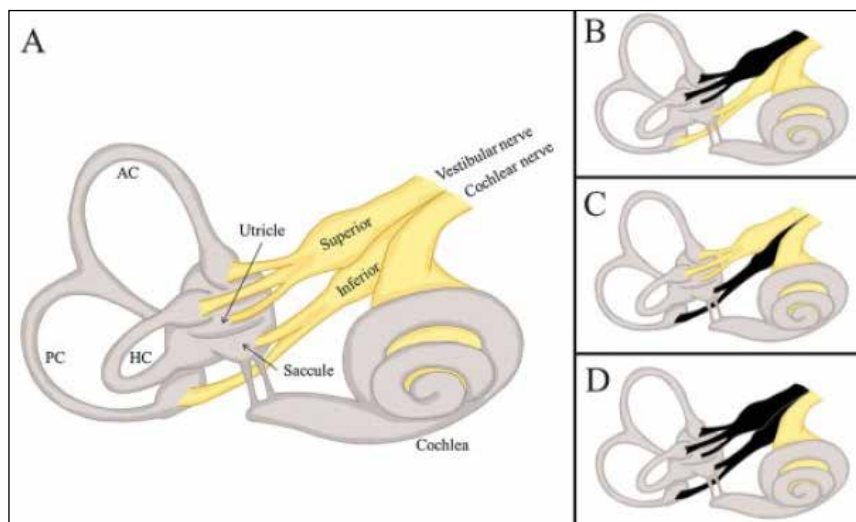


AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Vestibularisnevritt (VN) beskrives som et akutt vestibulært syndrom

(AVS). Vi tror at vestibularisnevritt oppstår på grunn av en inflammasjon av den vestibulære delen av åttende hjernenerve, n. vestibulocochlearis. Pasientene presenterer med akutt innsettende svimmelhet, ustøhet, kvalme og brekninger. De vil ofte være ustø eller skjene mot

syk side. Pasientene er ofte så dårlige at de oppsøker legevakt, så en akutt innsettende vestibularisnevritt er noe de fleste av oss sjelden vil møte på klinikken i privat praksis. Tilstanden anses for å være ufarlig, og man forventer full remisjon av symptomer. Varigheten av symp-



migrene, og vestibulært schwannom (acoustic neurinoma). Differensialdiagnoser kan også omfatte vestibulær skade, labyrintitt, perilymfatisk otitis media, og andre ørerelaterte sykdommer.

Det kan være historikk med virusinfeksjon i forkant av at VN oppstår, men herpes simplex virus (rundt 50-80 % av oss har dette viruset) seiler opp som den mest sannsynlige bakenforliggende årsaken. Inflammasjonen kan sette seg i den øvre eller nedre grenen av nerven, eller til og med ta hele nerven, men affeksjon av øvre eller begge grener er mest vanlig. Affeksjon av kun nedre gren opptrer sjelden. De ulike typene skilles basert på kliniske funn.

Av vestibulære tilstander, regnes VN som den tredje vanligste, bak BPPV (som er den soleklart vanligste tilstanden) og Menière's sykdom. Vi regner et sted mellom 200-500 tilfeller i Norge per år og hyppigst rammes de mellom 30 til 50 år. Tilstanden blir sett på som selvbegrensende, men pasienter kan bli satt på kvalmestillende eller antivirale medikamenter. Hvis pasientene kommer seg til lege innenfor de første døgnene, kan pasienten bli satt på kortisonbehandling. Dette er ment for å dempe den kraftige immunforsvarreaksjonen og dermed lette symptomene den første tiden. Nyere forskning indikerer at dette i så fall bør skje innen de første 24 timene av anfallet, for å oppnå best effekt av behandlingen.

Patofysiologi, forløp og undersøkelse

Hevelse oppstår i den vestibulære grenen av hjernenerve VIII, vestibulocochlearis – i n. vestibularis. Denne har igjen en øvre og en nedre gren, der tilfellene i stor grad rammer den øvre grenen. Tilfeller der begge grener eller kun den nedre gren er affisert, er relativt sjeldne (Se bilde). Tilstanden gir som oftest en grad av funksjonstap av nerven (0-100 %). Ved den vanligste formen vil signalene fra anteriore/superiore og laterale/horizontale semisirkulære kanal derfor være affisert, mens hvis den nedre grenen av nerven er påvirket, vil dette redusere afferente signaler fra posteriore semisirkulære kanal. Utfallet av VN er derfor en unilateral hypofunksjon, og det kan ta inntil et år å gjenvinne funksjon.

Den viktigste undersøkelsen å gjennomføre er HINTS, som vil kunne styrke mistanken om en perifer eller sentral årsak til svimmelheten (se tabell hentet fra Ljøstad og kollegaer neste side).

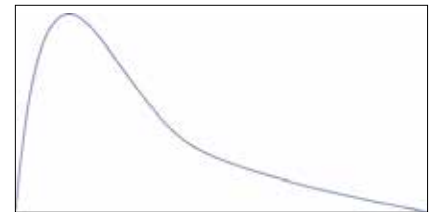
Den senere tid har videobriller med bevegelsessensorer gjort diagnostiseringen av VN relativt enkelt ved testen Video Hodeimpulstest (vHIT). Likevel er HIT en fullgod klinisk test dersom undersøker er erfaren. En positiv test vil gjenkjennes ved at hodet roteres mot syk side og følger med i rotasjonsbevegelsen og ikke klarer å opprettholde blikkfiksasjon (Se bilde 2 og 3). Det er viktig å vite at dette kan gå veldig fort og

tomene er typisk flere dager, men det kan ta uker eller måneder for symptomene slipper helt taket (Se figur). Symptomene utvikler seg i løpet av timer og når gjerne en topp i løpet av 24 til 48 timer.

Diagnosen stilles klinisk, og det er spesielt viktig å utelukke røde flagg som cerebrovaskulære tilstander. Vær derfor spesielt oppmerksom på om svimmelheten er ledsaget av lammelser, talevansker eller bevissthetspåvirkning, men det er også greit å være klar over at 20 % av infarkter i bakre hjernekreisløp (PICA - posterior inferior cerebellum artery) kun presenterer med svimmelhet som eneste symptom. VN kan ligne andre vestibulære lidelser, såsom Menière's, vestibulær



Undersøkelser		Mistenkt vestibularisnevritt hvis alle er oppfylt	Mistenkt hjerneslag hvis minst en er oppfylt
HINTS	Hodeimpulstest (HIT)	Refleksjonssakkade ved hodevridning mot syk side	Ingen refleksjonssakkade (normal)
	Nystagmus	Primær horisontal/rotatorisk, skifter ikke retning	Primær vertikal eller rotatorisk, eller skifter retning
	Vertikal blikkdeviasjon	Nei	Ja
Nyoppståtte hørselstap eller nye nevrologiske utfall		Nei	Ja
Kan sitte/stå uten støtte		Ja	Nei



Figur 1: Symptomutvikling over tid

kan være vanskelig å oppdage. vHIT gjør det også mulig å teste i plan av anteriore og posteriore semisirkulære kanal, og det er i så måte eneste sikre diagnostiske test for affeksjon av nedre gren av n. vestibularis ved VN.

Vi forstår ennå ikke fullt ut mekanismene ved tilbakevending av funksjon, men det virker som om skaden på nerven ofte er varig (i større eller mindre grad) og at bedring av symptomer i stor grad utgjøres av kompenseringsmekanismer i sentralnervesystemet. Som regel vil det ta lang tid, særlig ved stort funksjonstap, men selv ved 100 % tap, kan man bli helt symptomfri. Her kan pasienter ha særlig nytte av vestibulær rehabilitering (VR) hos fysioterapeut med kompetanse på dette. Et viktig prinsipp i VR er at pasienten skal utfordres på øvelser og situasjoner som utfordrer svimmelheten. Dette kan være funksjonelle oppgaver

eller øvelse i sentrale funksjoner, eksempelvis som den vestibulookulære refleksjonen (VOR) eller sakkader. En vestibulær episode som VN kan også resultere i et enda lengre forløp med svimmelhet, og denne tilstanden kalles persisterende postural perseptuell svimmelhet (PPPD). Pasienter som er utpreget engstelige eller scorer høyt på nevrotisme har økt risiko for å utvikle PPPD. De kan oppleve bevegelsesfrykt eller aversjon mot å oppsøke situasjoner og aktiviteter som hen er redd for at skal trigge svimmelheten. Dette kan føre de inn i en negativ spiral med stadig mindre fysisk aktivitet og sosial distansering. Vi tror at det for denne gruppen er spesielt viktig å komme i gang med VR etter vestibulær nevritt, og at de får utfordret sin svimmelhet i trygge rammer. Vestibularis nevritt er en selvbegrensende tilstand som likevel ofte fører med seg vedvarende redusert funksjon av nerven. Pasientene kan

gjenvinne full funksjon og leve uten symptomer på tross av dette, men de kan være avhengig av vestibulær rehabilitering for å oppnå full funksjon. Det å ha målt en prosentvis nedsatt funksjon av nerven betyr derfor ikke at de ikke kan leve et aktivt liv uten å være plaget av svimmelhet, og det kan være viktig å få formidlet dette til pasienter som er engstelige for varig nedsatt balanse og et begrenset liv. Vestibulær rehabilitering kan iverksettes så raskt pasienten er i stand til å komme seg til terapeut med kompetanse på dette feltet. Kjenner du ikke til noen i ditt nærområde, kan du ta kontakt med Balanselaboratoriet på Haukeland Universitetssykehus. Der har de oversikt over mange terapeuter rundt om i landet som har gjennomgått videreutdanning i behandling av svimmelhet og vestibulære sykdommer.

Se kilder/referanser side 34

