

I en artikkel i Aftenposten i desember 1999 ble det rettet kritisk søkelys på norske øre-nese-hals-spesialisters ferdigheter i å diagnostisere og behandle pasienter med svimmelhet (1). Dette gjaldt spesielt benign paroksysmal posisjonsvertigo. Mange norske pasienter med balanseforstyrrelser ble i tiden som fulgte utredet og behandlet ved Yrrel- og balansmottagningen ved Karolinska sjukhuset i Stockholm. Øre-nese-halsavdelingen ved Haukeland Sykehus hadde allereide i flere år bygd opp kompetanse på vestibularisapparatets normale fysiologi og sykelige tilstander, og dette miljøet er nå etablert som Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer (2).

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres to artikler fra Bergen, en om benign paroksysmal posisjonsvertigo (3) og en om akustikusnevrin (4). Begge sykdommene omfattes med betydelig interesse innen otologien. Pasienter med svimmelhet er en svært uensartet gruppe. Ved benign paroksysmal posisjonsvertigo erkjennes tilstanden i typiske tilfeller ved karakteristisk sykehistorie og kliniske funn, og enkelte pasienter kan man forsøke å behandle. Akustikusnevrin er en sjelden sykdom, men må hyppig utelukkes fordi symptomer og kliniske funn er vage, mangeartede og utvikler seg langsomt. Nesten alle slike svulster er egentlig schwannomer utgått fra pars vestibularis av n. statoacusticus. Svulsten har fått sitt navn fra den del av åttende hjernenerve hvor den hyppigst gir symptomer. Skaden på balansenerven skjer langsomt og kompenseres fortløpende, slik at pasienten ofte ikke har opplevd svimmelhet. Svimmelhet var første symptom hos 16 % av pasientene beskrevet av Møller og medarbeidere (4).

Pasienter med balanseforstyrrelser har ofte vansker med å gi en presis beskrivelse av sine subjektive opplevelser. En god og strukturert sykehistorie er en nøkkel til korrekt diagnose (5). Særlig er det av betydning å få eksakte opplysninger om hvordan det første svimmelhetsanfallet artet seg. Legen må klargjøre om svimmelheten har vært rotatorisk (gyratorisk) eller om pasienten har hatt fornemmelsen av å være ustødig (nautisk), om svimmelheten er episodisk (sekunder til timer) eller mer varig (dager til måneder). Noen pasienter beskriver et inntrykk av å sveve og ha dårlig kontakt med underlaget, andre har følelsen av å ville besvime. Mulige utløsende faktorer, så som stillingsendringer, andre sykdommer og bruk av medisiner, må avklares. Noen pasienter beskriver en momentant fornemmelse av at omgi-

velsene tipper i en skrå stilling samtidig som de skyves over ende og faller om uten å tape bevisstheden. Dette fenomenet ansees å være utløst fra utriculus eller sacculus og benevnes otolittrise eller Tumarkin-anfall (6). Anamnesen kan ut fra opplysninger om svimmelhetens karakter og varighet gi holdpunkter for om det foreligger stimulering eller hemming av aktiviteten i vestibularisapparatet og sentrale vestibulære baner eller svikt og destruksjon i disse forbindelsene (5).

Man kan få et godt inntrykk av hvor alvorlig svimmelheten er ved å be pasienten beskrive i hvilken grad den går utover daglige aktiviteter. Mange opplever angst og stor hjelpeløshet i forbindelse med svimmelheten og har problemer med å sette ord på det. Svimle pasienter gir ofte uttrykk for at de ikke blir forstått og tatt på alvor når de søker hjelp. Psykogen svimmelhet er en viktig differensialdiagnose, men bør benyttes med forsiktighet. Ruckenstein & Staab (7) har vist hvordan bruk av et screeningskjema for psykopatologi i kombinasjon med fullstendig otonevrologisk undersøkelse sannsynliggjør med god presisjon at det foreligger psykogen svimmelhet. Pasienter med vestibulær svimmelhet med angst og autonome symptomer har alvorligere grad av svimmelhet som varer lenger enn hos pasienter der svimmelheten ikke forekommer sammen med psykiske tilleggsfaktorer (8).

Bortsett fra ved benign paroksysmal posisjonsvertigo gir undersøkelser i vestibularislaboratorium og vanlig øre-nese-halsundersøkelse med audiometri ofte ikke noen sikker diagnose, (3), men slike undersøkelser tjener som dokumentasjon og bekreftelse av de kliniske vurderingene. CT- og MT-undersøkelse av hjerne og skallebasis benyttes i første rekke for å utelukke vestibulært schwannom (4) og andre lidelser i sentralnervesystemet, sykdommer som kan presentere seg med svimmelhet eller nystagmus.

Forekomsten av svimmelhet og balanseproblemer øker i høyere alder. Av 740 pasienter over 65 år undersøkt for svimmelhet var det mulig å stille en spesifikk otologisk diagnose hos 21 % (9). Hos de øvrige ble det ansett å foreligge degenerative forandringer i vestibularisapparatet (presbyastasi), som i kombinasjon med nedsatt funksjon av dyp sensibilitet og syn kan gi svimmelhet. Presbyastasi ansees å være analogt med presbyakusis i cochlea.

Colledge og medarbeidere gjennomførte systematisk sykehistorie og omfattende somatiske og psykiske undersøkelser av en gruppe eldre med svimmelhet og av en kontrollgrup-

pe (10). Vanligste årsak til svimmelhet var cerebrovaskulær sykdom og cervikal spondylose, sammen med nedsatt syn og angst (10). Systematisk gjennomføring av enkle somatiske undersøkelser kan forklare årsakene til svimmelhet hos gamle, og kostbare undersøkelser er sjelden av verdi. Fallulykker hos eldre er et vesentlig bidrag til økt sykkelighet og dødelighet og er ofte forårsaket av svimmelhet og dårlig balanse. Forebyggende tiltak må derfor bygge på forståelse av omfanget av svimmelhet og balanseproblemer.

De fleste pasienter med svimmelhet kan få stilt en diagnose ut fra sykehistorie og enkle undersøkelser. I den grad behandling er mulig, kan undersøkelsene ofte gjennomføres lokalt, men det er viktig å opprettholde strenge diagnostiske kriterier. Mislykkede terapeutiske forsøk, som for eksempel reponeeringmanøver hos pasienter som ikke har benign paroksysmal posisjonsvertigo, kan igjen bringe det norske fagmiljøet i miskreditt.

Hans H. Elverland
Øre-nese-hals-avdelingen
Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø

Hans H. Elverland (f. 1943) er spesialist i øre-nese-hals-sykdommer og overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Lofoten sykehus

Litteratur

1. Skogstrøm L. Årelang svimmelhet borte på et kvarter. Aftenposten (morgenutgave) 12.12.1999.
2. Nasjonalt kompetansesenter for vestibulære sykdommer. www.uib.no/med/ore/otoweb/innhold.htm (12.5.2002).
3. Goplen F, Nordahl SHG. Benign paroksysmal posisjonsvertigo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1463–6.
4. Møller P, Myrseth E, Pedersen P-H, Kråkenes J, Larsen JL, Moen G. Behandling av akustikusnevrin. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1467–70.
5. McNaboe EJ, Kerr A. Why history is the key in the diagnosis of vertigo. Practitioner 2000; 244: 648–53.
6. Baloh RW, Jacobson K, Winder T. Drop attacks with Meniere's syndrome. Ann Neurol 1990; 28: 384–7.
7. Ruckenstein MJ, Staab JP. The basic symptom inventory-53 and its use in the management of patients with psychogenic dizziness. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 125: 533–6.
8. Yardley L, Luxon LM, Haacke NP. A longitudinal study of symptoms, anxiety and subjective well-being in patients with vertigo. Clin Otolaryngol 1994; 19: 109–16.
9. Belal A, Glorig A. Dysequilibrium of ageing (presbyastasi). J Laryngol Otol 1986; 100: 1037–41.
10. Colledge NR, Barr-Hamilton RM, Lewis SJ, Sellar RJ, Wilson JA. Evaluation of investigations to diagnose cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study. BMJ 1996; 313: 788–92.