

Ved å avlese nystagmusmønsteret kan man oftest avgjøre om årsaken til svimmelheten er lokalisert sentralt i sentralnervesystemet eller perifert i det indre øret, sågar på hvilken side og hvilken buegang som er affisert. For at nystagmusmønsteret skal kunne identifiseres med nødvendig nøyaktighet og detaljrikdom, er man avhengig av enten videonystagmoskopi eller elektronystagmografi. Med dagens teknologi, tilgjengelig til en overkommelig pris, er videonystagmoskopi å foretrekke. Dette bør finnes på enhver øre-nese-hals-avdeling og nevrologisk avdeling, og hos praktiserende spesialister som ser svimle pasienter regelmessig.

Ut fra sykehistorie og funn konkluderte vi med at denne ti år gamle piken hadde benign paroksysmal posisjonsvertigo. Videonystagmoskopifunnene pekte mot affeksjon av høyre laterale buegang. Tilstanden behandles med reposisjonsmanøver på en måte som gjør at de løse partiklene bringes fra buegangen til utriculus. Manøveren kalles «barbecue-rotasjon» basert på assosiasjonen til rotasjonen av grillspydet. Etter kun én enkelt behandling (barbecue-rotasjon fra høyre mot venstre 360°) forsvant pasientens svimmelhetsplager.

Diskusjon

Svimmelhet hos barn er hyppigst forårsaket av en migreneekvivalent kalt godartet an-

fallssvimmelhet hos barn (benign paroxysmal vertigo of childhood) (2). Andre årsaker er infeksjoner i mellomøre og indre øre samt hodeskader (4). Enkelte tilfeller av svimmelhet hos barn skyldes sykdom i sentralnervesystemet (4).

Benign paroksysmal posisjonsvertigo hos barn hevdes å være svært sjeldent (2). Noen eksperter på svimmelhet vil hevde at denne tilstanden ikke finnes hos barn og unge under 15 år. Vi er enig i at svimmelhet generelt er et symptom som sjelden bringer barn og unge til lege, og vi er også enig i at benign paroksysmal posisjonsvertigo sjelden diagnostiseres hos barn. Derimot tror vi ikke at tilstanden er så sjelden hos barn som mange eksperter hevder. Vi tror at løsning av otolitter fra macula utriculi skjer hos barn og unge, og at partiklene kan komme ut i buegangene og forårsake stillingsutløste vertigoanfall på samme måte som hos voksne. Vi får støtte for en slik teori fra funn gjort ved tinningbeinsstudier av barn der man har funnet avleiringer av otolithliknende materiale i cupula (5). Årsaken til at barn og unge så sjelden kommer til legen med svimmelhetsanfall tror vi henger sammen med at disse barna i stor grad «selvreponerer» seg gjennom sitt bevegelsesmønster i lek og aktivitet. Både Epleys manøver (behandlingsprosedyre ved benign paroksysmal posisjonsvertigo ifra bakre buegang) og barbecuemanøver er bevegelsesmønstre som barn

ofte spontant gjennomfører under lek (ruller seg rundt, stuper kråke, hopper og spretter, løper og faller).

Olav Skatvedt

Ullensaker Øre-Nese-Hals

Svein Mjøen

sveimjo@online.no

Alan Sealy

Klinikk for Alle

Gardeveien 17

0363 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Riina N, Ilmari P, Kentala E. Vertigo and imbalance in children: a retrospective study in Helsinki University otorhinolaryngology clinic. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 131: 996–1000.
2. Niemensivu R, Pyykko I, Wiener-Vacher SR et al. Vertigo and balance problems in children – an epidemiologic study in Finland. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70: 259–65.
3. Yin M, Ishikawa K, Wong WH et al. A clinical epidemiological study in 2169 patients with vertigo. Auris Nasus Larynx 2008; doi: 10.1016/j.anl.2008.03.006.
4. Kitsko DJ, Dohar JE. Inner ear and facial nerve complications of acute otitis media, including vertigo. Curr Allergy Asthma Rep 2007; 7: 444–50.
5. Bacor E, Wright CG, Karmody CS. The incidence and distribution of copular deposits in the pediatric vestibular labyrinth. Laryngoscope 2002; 112: 147–51.

Manuskriptet ble mottatt 12.3. 2008 og godkjent 28.8. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.

Kommentar

Barn og vertigo

Det foreligger flere rapporter om erfaringer med vertigo hos barn (1–3). Det synes å være gjennomgående at omkring halvparten av barna får migrenediagnoser, inkludert det som i den internasjonale migreneklassifikasjonen kalles «benign paroxysmal vertigo of childhood» (4) og arvelig episodisk ataksi. De øvrige fordeler seg på en lang rekke ulike diagnoser innenfor ulike spesialiteter. Sentralt i utredningen er en grundig anamnese og klinisk undersøkelse samt, når det er nødvendig, et tverrfaglig samarbeid.

Øre-nese-hals-legens tilnærming er skissert i tabell 1. En god rutine, gjerne med bruk av strukturert anamneseopptak, og trening på riktig undersøkelsesteknikk er avgjørende. Det er viktig å undersøke pasientene i akuttfasen så langt det er mulig, både for å avsløre eventuelle alvorlige sykdommer og for å dokumentere objektive funn som senere har en tendens til å forsvinne. Den beste måten å lære seg teknikkene på, er å undersøke flest mulig vertigopasienter i akuttfasen. Det er også viktig å sette av nok tid til disse pasientene.

Tabell 1 Diagnostikk av vestibulær vertigo

Anamnese	Debut Akutt, gradvis, traume, infeksjon, påkjenninger
	Tidsforløp Anfall, varighet, hyppighet, konstant, progrediering, bedring
	Ledsagende symptomer Otalgi, hodepine, kvalme, brekninger, hørselstap, tinnitus, lysskyhet, lydskyhet, synsforstyrrelser, falltendens, bevissthetstap, nevrologiske symptomer
	Utløsende faktorer Hodebevegelser, lyder, trykkendringer, menstruasjon, stress, søvnunderskudd, matvarer, synsintrykk, bruk av synet til arbeid, lekser, gymnastikk
	Svimmelhetens karakter Vertigo, nautisk, rotatorisk, bevegelsesforstyrrelse, ustøhet, vegetative symptomer, nærsynkope
Klinisk undersøkelse	Øre-nese-hals-status
	Hjernenerver
	Balans og koordinasjon Gange på linje, Rombergs prøve, skjerpet Rombergs prøve, steptest, finger-nese-prøve, diadokokines
	Nystagmusundersøkelser Primærposisjon, sideblikk, hoderistingstest, Dix-Hallpikes manøver
	Hodeimpulstest En undersøkelse av den vestibulookulære refleks som påviser ensidig utfall ved at pasienten ikke klarer å holde blikket fiksert ved raske, passive hodebevegelser mot den paretiske siden

Artikkelen i dette nummeret av Tidsskriftet om vertigo hos en ti år gammel pike minner oss om at mange av de vanlige vertigoformene hos voksne også forekommer hos barn, om enn sjeldnere. Det er viktig å reagere dersom et barn med svimmelhet har otitt eller hørselssymptomer. Kombinasjonen av otitt og akutt vertigo bør gi mistanke om labyrintitt, og øre-nese-hals-lege skal da konsulteres omgående ettersom det kan være indikasjon for intravenøs antibiotikabehandling eller kirurgisk sanering av infeksjonsfokus. En rekke øremisdannelser kan gi progredierende hørselstap og balanseforstyrrelser i barndommen. Det er av stor betydning om symptomene er oppstått etter et hodetraume eller en infeksjon. Tidsforløpet vil ofte være avgjørende. En jevnt progredierende balanseforstyrrelse bør føre til mistanke om tumor i bakre skalleprop. Anfallsvise plager er oftest migrene relatert, men kan også skyldes benign paroksysmal posi-

sjonsvertigo eller en sjelden gang Ménières sykdom. En grundig øyeundersøkelse kan påvise bl.a. skjelning og anisometri, som er rapportert å kunne forårsake svimmelhet hos barn (5).

Vi kan likevel konkludere med at migrene og migreneekvivalenter synes å være den dominerende årsaken til svimmelhetsanfall hos barn. Problemet er at mange leger og pasienter tror at migrene er ensbetydende med sterk hodepine. Det er derfor viktig å minne om at migrene også medfører en rekke andre neurologiske symptomer, og at den karakteristiske «hemikranien» som har gitt sykdommen sitt navn, kan være fraværende.

Frederik Kragerud Goplen

frederik.goplen@ore.uio.no
Kompetansesenter for vestibulære sykdommer
Øre-nese-hals-avdelingen
Haukeland universitetssykehus
5021 Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Erbek SH, Erbek SS, Yilmaz I et al. Vertigo in childhood: a clinical experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1547–54.
2. Wiener-Vacher SR. Vestibular disorders in children. *Int J Audiol* 2008; 47: 578–83.
3. Brandt T. Vertigo – its multisensory syndromes. 2. utg. Berlin: Springer, 2000.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (suppl 1): 9–160.
5. Anoh-Tanon MJ, Bremond-Gignac D, Wiener-Vacher SR. Vertigo is an underestimated symptom of ocular disorders: dizzy children do not always need MRI. *Pediatr Neurol* 2000; 23: 49–53.

Manuskriptet ble mottatt 28.1. 2009 og godkjent 2.2. 2009. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.



Hvordan behandles benign paroksysmal posisjonsvertigo?

I Tidsskriftets nettutgave kan du nå se hvordan man utreder og behandler benign paroksysmal posisjonsvertigo

En vanlig årsak til svimmelhet er benign paroksysmal posisjonsvertigo. Dette er en sykdom i det indre øret som kjenntegnes av kortvarige, kraftige anfall av rotatorisk vertigo og nystagmus som fremprovoseres ved bestemte hodebevegelser (1).

Nettartikkelen er interaktiv, og her visualiseres anatomi, fysiologi, patogenese, utredning og behandling av tilstanden (2).

Benign paroksysmal posisjonsvertigo behandles med reposisjonsmanøvre. Når symptomene utgår fra bakre buegang,

benyttes oftest Epleys manøvre, mens «barbecue-rotasjon» anvendes ved symptomer fra laterale buegang (3). Begge behandlingsteknikkene er demonstrert i videoer i den interaktive artikkelen. Foruten video benyttes 3D-animasjon, lyd og tekst for å forklare fremstillingen.

Den interaktive artikkelen er tilgjengelig fra innholdsfortegnelsen for nr. 7 i nettutgaven, samt fra meny punktet *Interaktiv* i den horisontale menyen på Tidsskriftets nettsider.

Stine Bjerkestrand

stine.bjerkestrand@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Goplen F, Nordahl SHG. Benign paroksysmal posisjonsvertigo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1463–6.
2. Taraldsen T. Benign paroksysmal posisjonsvertigo. www.tidsskriftet.no/bppv
3. Skatvedt O, Mjøen S, Sealy A. En ti år gammel pike med svimmelhet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 634–5.



I en film i Tidsskriftets nettutgave demonstreres «barbecue-rotasjon». Illustrasjonsfoto