

YRSEL OCH ILLAMÅENDE – VESTIBULÄRA ORSAKER

Godartad lägesyrrel, vestibularisneurit, vestibulär migrän och Ménières sjukdom är de yrselsjukdomar som oftast förekommer. Hos äldre är godartad lägesyrrel den vanligaste formen av yrrel.



MÅNS MAGNUSSON, professor, huset i Lund
överläkare, öron-, näs- och mans.magnusson@med.lu.se
halskliniken, Universitetssjuk-

Även om yrrel kan förekomma vid en mängd olika sjukdomstillstånd och som biverkan till ca 30–40 procent av alla läkemedel (inklusive placebo) så står flertalet av patienter att finna i en mindre grupp diagnoser. Dessa är: godartad lägesyrrel, postural fobisk vertigo, vestibularisneurit, vestibulär migrän, Ménières sjukdom och åldersyrrel [1]. Dessa diagnoser behandlas kort här, medan postural fobisk vertigo och åldersyrrel beskrivs i separata artiklar.

Godartad lägesyrrel

Godartad lägesyrrel, även kallad benign paroxysmal positioneringsvertigo (BPPV) eller »kristallsjuka«, orsakas av att otoliter eller deras nedbrytningsprodukter frigörs från macula utriculi och sedimenterar i någon av bäggångarna (canalolithiasis). Vanligen drabbas bakre bäggången, men symtom från laterala och någon gång främre bäggången förekommer. Otolitresten (kristaller) kan också fastna mot cupula i bäggången och ge upphov till cupulolithiasis, med något annorlunda symtom.

Godartad lägesyrrel är den absolut vanligaste orsaken till plötsligt påkommande yrrel i alla åldrar efter puberteten. Hos äldre utgör godartad lägesyrrel cirka en tredjedel av alla patienter som söker med yrrel [2].

Symtom. Då patienten ändrar huvudläge uppstår med någon till några sekunders latens en yrrel som vanligen varar mindre än en halv till en minut. Emellertid är det få patienter som uthärdar och håller huvudet kvar i detta läge så länge, varför man sällan får en sådan upplysning. Det är vanligt att patienter berättar att yrrel uppkommer då de vänder sig i sängen, borstar tänderna eller böjer nacken för att nå högt placerade föremål. Det förekommer också att patienter beskriver en ostadighet då de går och står, och först på direkt fråga beskriver de att de har yrrel vid lägesändringar [1].

Fynd och undersökning. Då man utför Dix–Hallpikes test (se artikeln Akut yra patienter i detta tema) får patienter med godartad lägesyrrel från bakre bäggången på denna sida yrrel och nystagmus som kommer med någon till några sekunders latens och når största hastighet inom 10–15 sekunder, varefter det hela klingar av. Nystagmus slår med snabb fas mot golvet med ett litet torsionellt inslag, ungefär som en vindrutetorkare. Om patienten riktar blicken åt motsatt sida, dvs upp

mot taket, kan man få en nystagmus som slår mot övre ögonlocket. Vid godartad lägesyrrel i laterala bäggången får patienten nystagmus och yrrel av samma duration när patienten befinner sig i ryggläge och huvudet vänds mot någon av sidorna. Även om endast den ena sidan är drabbad får patienten nystagmus som slår med snabb fas mot golvet i båda sidolägen – benämnt geotrop (mot jorden slående) nystagmus. Nystagmusen kommer att vara något starkare med huvudet vridet åt den »sjuka« sidan. Vid cupulolithiasis i laterala bäggången, som är vanligast, får patienten nystagmus i båda sidolägena som slår med snabb fas mot taket – apogeotrop nystagmus. Denna nystagmus klingar inte av och kan därför te sig som centralnervöst utlöst.

Behandling och prognos. Har man en patient med positivt Dix–Hallpikes test kan man direkt utföra en av de manövrar som för ut otoliterna ur den bakre bäggången, exempelvis Epleys manöver (se artikeln Fysikalisk behandling av yrrel i detta tema). Alternativt kan man instruera patienten att utföra ett träningsprogram (se artikeln Fysikalisk behandling av yrrel) [1]. Träningsprogrammen kan ha effekt även på godartad lägesyrrel från de andra bäggångarna.

Patienten ska uppmanas att åter kontakta sjukvården om besvären består efter två veckor, om de förändras eller om nya symtom tillkommer. Det är inte lege artis att sända hem patienten utan behandlingsinsatser och uppföljning. Inte heller är det acceptabelt att endast ge informationen att symtomen ofta går över på lite sikt. En viss andel av dessa patienter kan fortsätta att ha symtom under många år, vilket kraftfullt inskränker deras liv och innebär ett onödigt och långvarigt lidande. Den längsta sjukhistorien jag mött hade varat i hela 37 år. Dessutom är återfall vanliga. Man kan grovt räkna med att upp till 50 procent får något återfall inom tio år men att de flesta återfall kommer inom ett år efter det första insjuknandet [3].

Ménières sjukdom

Orsaken till Ménières sjukdom är inte klarlagd, även om man

SAMMANFATTAT

De vanligaste yrselsjukdomarna är godartad lägesyrrel, Ménières sjukdom, vestibulär migrän, vestibularisneurit, åldersyrrel och psykogen yrrel i olika former.
Godartad lägesyrrel: yrrel vid lägesändringar men också ostadighetskänsla. Tillståndet ska alltid behandlas.
Ménières sjukdom: yrselattacker, hörselnedsättning och tinnitus. Behandling mot yrrel finns.
Vestibulär migrän: känd migrän sedan tidigare med

både kortare yrselattacker och mer än ett dygns duration. Kan påminna om Ménières sjukdom men utan hörselnedsättning.
Vestibularisneurit: akut yrrel med nystagmus och patologiskt impulstest. Behandlas med steroider.
Även då yrseln inte är ett tecken på ett livshotande tillstånd kan den bli gravt handikappande. Yrselsymtom får därför aldrig negligeras och kan ofta behandlas.

»Man kan ha som regel att en patient som haft Ménières anfall tre eller fler gånger men inte observerats ha hörselnedsättning sannolikt har vestibulär migrän eller annan sjukdom.«

har goda skäl att anta att ökat tryck i eller ökad volym av endolympfan i labyrint och koklea är involverade [1].

Symtom. Sjukdomen beskrivs av den klassiska symtomkombinationen i Ménières triad: yrsel, tinnitus och hörselnedsättning, men också fyllnadskänsla eller tryck i örat är vanligt. Patienten beskriver ofta att »det slår lock för örat«, man hör sämre och ofta kommer en tinnitus eller en ökning av en redan befintlig tinnitus. Om ett hörselprov görs i anslutning till ett anfall finner man ofta en neurogen nedsättning i basregistret. Med en fördröjning av timmar till någon dag kommer sedan ett yrselanfall. Anfallet byggs upp under några minuter och varar vanligen en till fem eller, ovanligare, åtta timmar. Oftast är yrseln värst i början och rummet snurrar runt. Patienten mår oftast illa och kräks och måste lägga sig ned. Har patienten upprepade anfall utvecklas vanligen hörselnedsättning på 60–70 dB. De klassiska anfällen kan varvas med mindre svåra anfall. Vanligt är att patienten efter några anfall utvecklar bestående hörselnedsättning. Man kan ha som regel att en patient som haft Ménières anfall tre eller fler gånger men inte observerats ha hörselnedsättning sannolikt har vestibulär migrän eller annan sjukdom.

Hos de flesta patienter går sjukdomen i perioder. Det finns observationer som säger att yrseln upphör i två tredjedelar av fallen inom cirka fyra månader.

Patienter med Ménières sjukdom kan drabbas av droppattacker (sk Tumarkin-attacker). Patienten förlorar plötsligt tonus i den viktiga posturala muskulaturen och faller till marken utan medvetandeförlust eller andra symtom. Tumarkin-attackerna anses oftast gå över efter cirka ett halvt till ett år, men i vissa fall är de bestående under längre tid. Denna sjukdomsbild är alltid gravt invalidiserande för patienten.

Fynd och undersökning. Om patienten undersöks under en attack ses vanligen spontannystagmus och ibland patologiskt impulstest. Nystagmus kan slå åt både det sjuka (retningsnystagmus) och det friska örat, vilket blir förvirrande för undersökaren. Ofta kommer patienten till undersökning först när de akuta besvären lugnat sig. Då ses inte längre någon spontan nystagmus, men utför man ett sk huvudskakningstest (se artikeln Akut yra patienter i detta tema) får man ofta fram en retningsnystagmus med snabb fas åt det sjuka örat. Det viktiga är att ta reda på om patienten har eller har haft någon hörselnedsättning och i så fall på vilket öra.

Behandling och prognos. Den akuta attacken behandlas med sjösjukemedel, vanligen som stolpiller (tex Torecan, Postafen). På längre sikt kan medicinsk behandling försökas. Diuretika (Esidrex 50 mg · 1, Lasix Retard 60 mg · 1) kan provas, men det saknas kontrollerade studier som visar effekt [5]. Utanför Sverige används ofta betahistidin (Betaserc, Serc), och nya studier antyder att detta medel kan ha effekt om högre doser än tidigare används [6]. Betahistidin är för närvarande licensmedel i Sverige men ändå relativt frekvent använt.

Saltkarens har angetts ha effekt men kan vara svår att upprätthålla [7]. Webbplatser med råd och förenklade kosthåll-

ningsregler för detta fanns tidigare på webbplatsen <<http://www.onh.lu.se>> men kommer snart igen att återfinnas via Lunds universitets webbplats (institutionen för kliniska vetenskaper). Tryckbehandling av mellanörat med en speciell tryckgivare (Meniett) har prövats, liksom att sätta rör genom trumhinnan. På senare år har injektion av kortikosteroid genom trumhinnan prövats, och vissa studier antyder att det har god effekt, men ännu saknas kontrollerade studier. Vid täta anfall kan patientens lidande bli handikappande och situationen bli ohållbar. I dessa fall kan man slå ut balansfunktionen i innerörat antingen kirurgiskt (labyrintektomi, intrakraniell avskärning av vestibularisnerven) eller farmakologiskt med gentamicininstallationer i mellanörat. Det senare har vunnit allt större popularitet efter att man utvecklat behandlingsscheman med dels träning av patienten parallellt med att balansfunktionen slås ut, dels försiktig dosering. Man kan ofta slå ut balansfunktionen och därmed häva yrselanfallen utan att skada hörseln nämnvärt. Man kan däremot aldrig garantera att patienten kommer att få behålla hörseln på ett öra som behandlas. Gentamicinbehandling är den hittills enda behandlingen som validerats i dubbelblindad, kontrollerad studie [8].

Ménières sjukdom kan drabba båda öronen. Risken för detta ökar med tiden, och siffror på upp till 50 procent har rapporterats [4]. Det är dock, åtminstone min erfarenhet, relativt ovanligt med svår och samtidig Ménières sjukdom på båda öronen.

Det finns ett stort antal föreslagna behandlingar vid Ménières sjukdom. Det är emellertid svårt att göra ordentliga kontrollerade studier på ett sjukdomstillstånd med ett så varierande förlopp och som går med spontana remissioner och där dessutom de sjukdomsframkallande mekanismerna är oklara.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns metoder för att kontrollera och häva yrselanfallen, medan det är mer sällan man kan påverka sjukdomens naturligförlopp vad gäller hörseln. Aktiv Ménières sjukdom bör skötas av öronspecialist, men all sjukvårdspersonal bör ha kunskap om denna inte helt ovanliga sjukdom.

Vestibularisneurit

Symtomen vid vestibularisneurit (-neuronit) orsakas av plötslig förlust av funktionen eller nervledningen från ett inneröras balansorgan. Orsaken till detta är inte klarlagd och kan eventuellt vara polyetiologisk. Det föreligger en relativt gott underbyggd misstanke om att det i många fall kan röra sig om reaktivering av herpes simplex-virus. Detta ska jämföras med Ramsay Hunts syndrom, där en herpes zoster oticus slår ut facialisfunktionen men också kan drabba hörsel och balans i det angripna örat.

Symtomen består i relativt plötsligt insjuknande i kraftig rotatorisk yrsel, som håller i sig oavsett lägesändring. Nästan alltid har patienten illamående och kräkningar. Det får inte finnas några samtidiga hörsel- eller neurologiska symtom. Det förekommer att patienten vaknar med besvären.

Fynd och undersökning. Patienten inkommer inte sällan med ambulans till en akutmottagning. Vid undersökningen ser man patienten liggande på ena (friska) sidan, med ihopknipna ögon och med rondskaalen eller illamåendepåse i handen. När man förmår patienten att öppna ögonen ser man en spontannystagmus med snabb fas åt frisk sida. Impulstest (se artikeln Akut yra patienter i detta tema) är patologiskt när det utförs åt det sjuka örat. Patienten ska ha normal och liksidig

»Vid undersökningen ser man patienten liggande på ena (friska) sidan, med ihopknipna ögon och med rondskålen eller illamåendepåse i handen.«

känsl i ansiktet och på extremiteterna, inga neurologiska bortfall eller ens rapportera övergående neurologiska symptom. Patienten ska rapportera normal eller oförändrad hörsel/tinnitus.

Sammanfattningsvis har patienten spontannystagmus och patologiskt impulstest men normal hörsel och neurologiskt status.

Behandling och prognos. Symtomen orsakas av den plötsliga förlusten av funktionen i den ena sidans balansorgan. I cirka hälften av fallen återkommer en betydande funktion i innerörats balansorgan. Dessa patienter får ofta mindre problem. Hos övriga kommer funktionsförlusten över tid att kompenseras av centralnervösa, framför allt lillhjärnsberoende mekanismer. Ofta har dessa patienter en trötthetskänsla under längre tid. Nyckeln till compensationen är rörelseaktivitet, som i sig utlöser yrsel och obehag och därför undviks (se Lunds universitets webbplats). Eftersom aktivitet är nyckeln till tillfrisknande är långvarig sjukskrivning kontraindicerad. Att rekommendera är 3–4 veckors heltidssjukskrivning och en vecka på 50 procent, dvs fyra timmar per dag.

Relativt nyligen har visats att steroidbehandling som sätts in akut kan öka andelen patienter som återfår normal funktion i innerörats balansorgan vid vestibularisneurit [9]. För att ha effekt förefaller det som om behandlingen bör sättas in akut, inom tre dygn från symptomstart (Fakta 1). Vi använder sedan 2004 ett sådant program [10].

Migränyrssel – vestibulär migrän

Migränassocierad yrsel har delvis varit en kontroversiell diagnos utanför de kliniker som ofta ser patienter med yrsel. Enligt gällande definitioner kan en patient knappast ha migrän när inte huvudvärk förekommer (se International Headache Society, IHS).

Migränassocierad yrsel är emellertid ett väl beskrivet fynd [11]. Dels förekommer yrsel i samband med klassiska migränanfall, dels ser vi patienter med yrselsymtom utan samtidig huvudvärk men som svarar väl på profylaktisk behandling av en tänkt migrän. Mekanismerna för det som i dag kallas för vestibulär migrän har föreslagits vara antingen jämförbara med aura före anfall eller ha samma ursprung som huvudvärken.

Symtom. Då yrseln kommer som aura till anfall med huvudvärk är den sällan ett diagnostiskt problem. Då patienterna har yrsel »i stället för huvudvärk« är det svårare. Dessa anfall kan vara alltifrån minutlånga till att ha en duration jämförbar med huvudvärken, dvs mer än 24 timmar. Inte sällan påminner anfällen om Ménières sjukdom. En god regel är att patienter som haft mer än tre anfall av Ménières sjukdom men som inte uppvisat någon hörsselförsämring ska misstänkas ha mi-

FAKTA 1

Steroidbehandling vid vestibularisneurit

- Betapred 8 mg iv vid ankomst
- Prednisolon 50 mg · 1 i fem dagar.

Därefter avtrappande dos:

- 40 mg · 1
- 30 mg · 1
- 20 mg · 1
- 10 mg · 1
- 5 mg · 1

gränassocierad yrsel snarare än en rent vestibulär Ménières sjukdom.

Fynd och undersökning. Mellan anfällen är patienten symptomfri och har normalt neurologiskt status och normal hörsel men kan uppvisa störda ögonföljerörelser vid nystagmografi [11]. Under anfällen kan patienten uppvisa spontannystagmus och olika former av störda ögonrörelser, vilket kan ge misstanke om både centralnervös och vestibulär genes. Emellanåt kan yrseln också vara mer diffus än rotatorisk. Förekommer neurologiska symptom bör man utesluta akut neurologisk åkomma.

Behandling och prognos. Det finns ännu få behandlingsstudier av vestibulär migrän. Lättare medicinering mot huvudvärkssymtom som vid vanlig migrän har begränsat värde, då det inte är detta som besvärar patienten. Triptaner kan provas och då gärna som nässpray, eftersom illamåendet kan påverka upptaget. Det är emellertid en klinisk erfarenhet att triptaner har begränsad effekt medan migränprofylax ofta fungerar väl. Betablockerare och andra profylaktiska medel är därför ofta användbara och kan delvis användas för att diagnostisera sjukdomen ex juvantibus [11].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Magnusson M. Yrselpraktika. Lund: Draco; 2000.
2. Katsarkas A. Dizziness in aging: a retrospective study of 1194 cases. Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;110(3):296-301.
3. Brandt T, Huppert D, Hecht J, Karch C, Strupp M. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6–17 years) of 125 patients. Acta Otolaryngol. 2006;126(2):160-3.
4. Friberg U, Stahle J, Svedberg A. The natural course of Meniere's disease. Acta Otolaryngol Suppl. 1984;406:72-7.
5. Thirlwall AS, Kundu S. Diuretics for Ménière's disease or syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003599.
6. Strupp M, Hupert D, Frenzel C, Wagner J, Hahn A, Jahn K, et al. Long-term prophylactic treatment of attacks of vertigo in Ménière's disease – comparison of a high with a low dosage of beta-histidine in an open trial. Acta Otolaryngol. 2008;128(5):520-4.
7. Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Ménière's disease. Curr Opin Neurol. 2004;17(1):9-16.
8. Diamond C, O'Connell DA, Hornig JD, Liu R. Systematic review of intratympanic gentamicin in Ménière's disease. J Otolaryngol. 2003;32(6):351-61.
9. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, Niklas D, Maag KP, Dieterich M, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. N Engl J Med. 2004;351(4):354-61.
10. Karlberg M, Magnusson M. Svenska Läkarsällskapets Riksstämman 2006. In print 2009.
11. Neuhauser H, Lempert T. Vestibular migraine. Neurol Clin. 2009;27(2):379-91.