

Sluta bestråla yra hjärnor i onödan!

När det gäller akut yrsel har det visats att kliniken kan överträffa tekniken, och därmed kan onödiga datortomografiska undersökningar av hjärnan undvikas.

Att plötsligt bli yr är ett av de mest skrämmande symtom man kan drabbas av [1], och därför söker patienter med yrsel ofta akut. I USA är yrsel huvudorsak till cirka 3 procent av besöken på akutmottagningar [2]. Jämförbara svenska siffror saknas.

Akut vestibulärt syndrom karakteriseras av snabbt insättande kontinuerlig yrsel, illamående, kräkningar och balanssvårigheter utan andra uppenbara neurologiska eller auditiva symtom. I de flesta fall är orsaken plötsligt ensidigt bortfall av funktionen i de delar av innerörats balansorgan som innerveras av den övre grenen av balansnerven och kallas då vestibularisneurit [3]. Ibland kan stroke i bakre skallgropen ge akut vestibulärt syndrom, som kliniskt kan vara mycket svårt att skilja från vestibularisneurit.

Små observationsstudier har visat att i äldre populationer, särskilt i dem med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, kan bakre skallgropsstroke vara orsak till mellan 30 och 75 procent av alla fall av akut vestibulärt syndrom [4-6].

Osäkerhet och avsaknad av riktlinjer för handläggning av akut yrsel gör att det från akutmottagningar ofta beställs en akut DT hjärna. Det

diagnostiska utbytet av en sådan undersökning har ifrågasatts, och nu finns det också underlag för att sluta beställa akut DT hjärna vid yrsel.

Chalela och medarbetare visar i en prospektiv, blindad studie [7] att akut DT hjärna identifierar endast 16 procent av fallen av ischemisk stroke. Känsligheten är sannolikt ännu lägre för bakre skallgropsstroke. Argumentet för att trots detta beställa akut DT hjärna vid yrsel är att utsluta hjärnblödning, framför allt blödning i lillhjärnan.

Hur ofta kan då en hjärnblödning förväxlas med en »farlig« yrselsjukdom? I en aktuell studie av Kerber och medarbetare [8] identifierades retrospektivt 595 patienter med hjärnblödning. Man valde ut patienter med yrsel som huvudsakligt symtom och lindriga tecken på stroke (National Institutes of Health Stroke Scale <2) och identifierade bara 13 fall (2,2 procent). I endast ett av dessa fall var yrsel det enda angivna symtomet, men patienten uppvisade samtidigt en tydlig dysmetri vid den kliniska undersökningen. Övriga 12 patienter hade samtidigt, förutom yrsel antingen konfusion, dysartri, medvetandeförlust, huvudvärk eller halvsvaghet.

Risken med att beställa en undersökning som inte säkert kan besvara frågan om patienten har en »farlig« orsak till sin yrsel är att ett falskt normalt svar kan leda till bristande övervakning och felaktig handläggning. Idealt vore naturligtvis att göra akut MR med diffusionsviktade bilder på alla patienter med akut vestibulärt syndrom, men detta är alltför resurskrävande och oftast inte tillgängligt. Dessutom kan också en akut MR vara falskt nega-

tiv vid bakre skallgropsstroke [6].

Förtvivla dock icke! Det har visats att kliniken överträffar tekniken. Med hjälp av tre kliniska ögonmotortest, sammanfattade i minnesregeln HINTS (head impulse, nystagmus, test skew), kan man med hög säkerhet och bättre än vid akut MR med diffusionviktade bilder skilja ofarlig, perifer yrsel från potentiellt farlig bakre skallgropsstroke vid akut vestibulärt syndrom [6].

Vid akut vestibulärt syndrom på grund av vestibularisneurit har patienten i typfallet horisontell-torsionell nystagmus med snabb fas riktad mot den friska sidan och ett patologiskt vestibulärt impulstest (head impulse test) vid passiva huvudvridningar mot den sjuka sidan. Detta är ett tecken på att den vestibulo-okulära reflexen som stabiliserar blicken vid huvudrörelser är skadad.

Om en patient med akut vestibulärt syndrom har normalt vestibulärt impulstest talar detta för att det inte är vestibularisneurit utan inget misstanke om en cerebellär infarkt. Om patientens spontan nystagmus är rent vertikal

eller rent torsionell, eller byter riktning med blickriktningen, talar detta också mot vestibularisneurit och för bakre skallgropsinfarkt.

»Skew deviation« är beteckningen för den vertikala, dyskonjugerade, blickfelställning som ibland ses vid hjärnstamsskador. Den testas med ett »cover test«, där man låter patienten fixera till exempel undersökarens finger med blicken och alternerande täcker för det ena respektive det andra ögat. Om man ser att ögonen gör vertikala re-fixationer när man byter öga som täcks för talar detta för att skew deviation föreligger och att hjärnstamsstroke är orsaken.

Så hoppa tekniken, återgå till praktiken och sluta bestråla yra hjärnor i onödan!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

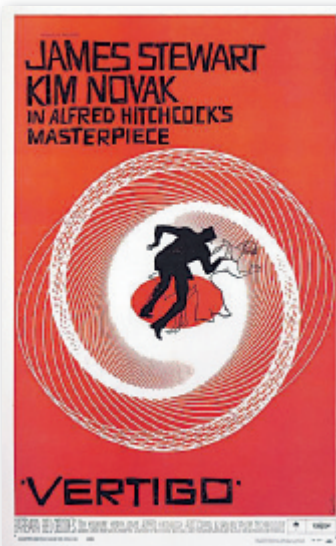
- Norrving B, Magnusson M, Holtås S. Isolated acute vertigo in the elderly, vestibular or vascular disease? Acta Neurol Scand. 1995;91:43-8.
- Cnyrim CD, Newman-Toker D, Karch C, Brandt T, Strupp M. Bedside differentiation of vestibular neuritis from central »vestibular pseudoneuritis«. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008;79:458-60.
- Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke. 2009;40:3504-10.
- Chalela JA, Kidwell CS, Nentwich LM, Luby M, Butman JA, Demchuk AM, et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. Lancet. 2007;369:293-8.
- Kerber KA, Burke JF, Brown DL, Meurer WJ, Smith MA, Lisabeth LD, et al. Does intracerebral haemorrhage mimic benign dizziness presentations? A population based study. Emerg Med J. Epub 18 Jan 2011.



MIKAEL KARLBERG, docent, överläkare mikael.karlberg@skane.se



MÅNS MAGNUSSON, professor, överläkare; båda vid ÖNH-kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund



Att plötsligt bli yr är skrämmande.

Foto: IBL Bildbyrå/Copyright © Everett Collection.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se