



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Persisterende postural-perseptuell svimmelhet

KLINISK OVERSIKT

GUTTORM ELDØEN

guttorm.eldoen@helse-mr.no

Nevrologisk avdeling

Molde sjukehus

Han har bidratt med idé, litteratursøk, utarbeiding og ferdigstilling av artikkelen.

Guttorm Eldøen er spesialist i øre-nese-halssykdommer og i nevrologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Pfizer.

UNN LJØSTAD

Nevrologisk avdeling

Sørlandet sykehus

og

Klinisk institutt 1

Universitetet i Bergen

Hun har bidratt med litteratursøk, utarbeiding og ferdigstilling av artikkelen.

Unn Ljøstad er spesialist i nevrologi, overlege og professor II.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FREDERIK KRAGERUD GOPLEN

Nasjonal kompetansetjeneste for vestibulære sykdommer

Øre-nese-halsavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

og

Klinisk institutt 1

Universitetet i Bergen

Han har bidratt med litteratursøk, utarbeiding og ferdigstilling av artikkelen.

Frederik Kragerud Goplen er dr.med., spesialist i øre-nese-halssykdommer og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE HEGE AAMODT

Nevrologisk avdeling

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med litteratursøk, utarbeiding og ferdigstilling av artikkelen.

Anne Hege Aamodt er dr.med. og spesialist i nevrologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ÅSE MYGLAND

Nevrologisk avdeling

Sørlandet sykehus
og
Klinisk institutt 1
Universitetet i Bergen
og
Seksjon for voksenhabilitering
Sørlandet sykehus

Hun har bidratt med litteratursøk, utarbeiding og ferdigstilling av artikkelen.
Åse Myglund er spesialist i nevrologi, overlege og professor II.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Langvarige svimmelhetsplager kan skyldes uhensiktsmessige kompensatoriske strategier etter en episode med akutt svimmelhet. Vanlige symptomer er svimmelhet i oppreist stilling som forverres av synsinntrykk og passive bevegelser. I den nye sykdomsklassifikasjonen til Verdens helseorganisasjon, ICD-11, har tilstanden fått navnet persisterende postural-perseptuell svimmelhet. Det er viktig å gjenkjenne denne tilstanden for å unngå unødig utredning og for å sette i gang riktig behandling.

Langvarig svimmelhet av funksjonell karakter har vært kjent i mange år under ulike betegnelser, bl.a. fobisk postural vertigo, visuell vertigo og kronisk funksjonell svimmelhet. Etter initiativ fra Bárány Society har disse termene nylig fått samlebetegnelsen «persistent postural-perceptual dizziness» og fått egne diagnostiske kriterier (1). Tilstanden kjennetegnes av svimmelhet som forverres i oppreist stilling og ved komplekse synsinntrykk, og en følelse av å falle uten påviselig ustøhet eller andre unormale nevrologiske funn. Symptomene debuterer ofte etter en episode med akutt svimmelhet av annen årsak, for eksempel vestibularisnevritt, og skyldes sannsynligvis uhensiktsmessige kompensatoriske strategier (2). De fleste pasientene har god effekt av informasjon og rehabiliterende øvelser (3), og det er viktig å være oppmerksom på tilstanden for å unngå langvarig lidelse og unødvendig radiologisk utredning.

Basert på litteratursøk og egne erfaringer vil vi gi en kort innføring i patofysiologi, diagnostikk og behandling av denne tilstanden, som vi foreslår å kalle «persisterende postural-perseptuell svimmelhet» (PPPS) på norsk.

En typisk kasuistikk

En kvinne i 40-årene utviklet i løpet av noen timer svimmelhet med ledsagende trykk i hodet og problemer med å forstå hva som ble sagt til henne. Hun ble innlagt på sykehus og fikk diagnosen vestibularisnevritt. Etter forbigående bedring ble hun verre, med balanseproblemer, synsproblemer, kvalme, utmattelse og kognitive vansker. Hun ble kvalm når hun så på ting som var i bevegelse eller når hun selv var i bevegelse og så på ting. Hun ble undersøkt av øre-nese-hals-lege og nevrolog, som ikke fant noe unormalt.

Etter vel et halvt år med sykmelding ble hun undersøkt av en ny nevrolog. Hun beskrev da at hun følte det som om noen satte en støvsuger under beina hennes og sugde ut all kraft. I sykmeldingsperioden hadde hun opplevd å få lite informasjon og forståelse fra legen og hun lurte på om slike symptomer var vanlige ved betennelse på balansenerven. Nevrologen stilte diagnosen kronisk funksjonell svimmelhet og startet vestibulær rehabilitering.

Etter en måned følte hun seg mye bedre og beveget seg stødigere og raskere, men hun var fortsatt delvis sykmeldt og slet med hjernetåke, utmattelse, tankestopp og glemskhet. Etter en stund på jobb måtte hun hjem for å sove. På grunn av egen bekymring for kognitiv funksjon ble hun henvist til

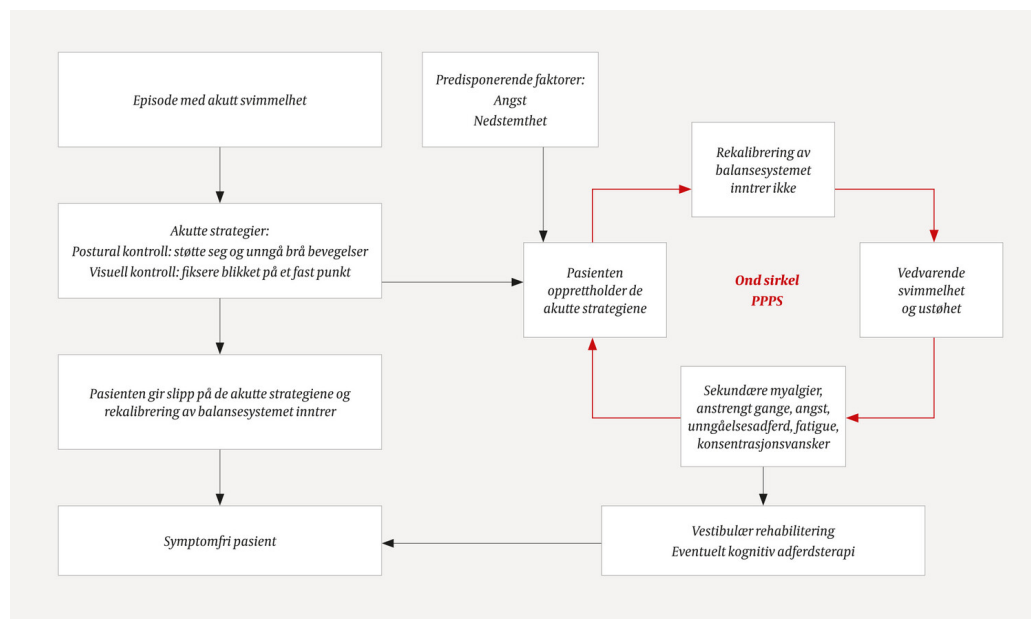
nevropsykolog, som fant alt i orden. Etter ytterligere noen måneder kunne hun begynne i full jobb.

Patofysiologi

Balanseapparatet vårt består av sanseinntrykk fra øynene, det proprioceptive systemet og vestibularisapparatet som tolkes og koordineres i sentralnervesystemet, særlig i hjernestammen og cerebellum. Når vi går, beveger hodet, og/eller ser på noe som beveger seg, virker vestibulookulære og spinale reflekser sammen og bidrar til at vi holder balansen. En skade eller påvirkning i dette komplekse samspillet gir oftest forbigående balanseproblemer fordi kompensatoriske mekanismer og endret vektning av de ulike sanseinntrykkene inntreffer og demper funksjonssvikten (4). Ved unilateral vestibulær svikt vektet for eksempel impulser fra syn og proprioepsjon tyngre. Sentrale strukturer i vestibulære kjerner og cerebellum blir samtidig mer følsomme for impulser fra det friske vestibularisapparatet på motsatt side (5).

Den normale reaksjonen ved akutt svimmelhet er å aktivere strategier for bevegelseskontroll ved å støtte seg eller bruke øynene til å fokusere på faste punkter.

De patofysiologiske prosessene som ligger til grunn for persisterende postural-perseptuell svimmelhet er ikke fullstendig kjent, men tilstanden har trolig sammenheng med økt oppmerksomhet på postural og visuell kontroll etter at de akutte symptomene har avtatt. Hvis pasienten fortsetter med å støtte seg eller bruke øynene til å fokusere på faste punkter ved bevegelse, kan det hindre rekalkibrering av balanseapparatet og sette i gang en ond sirkel med forsiktig anstrengt gange, myalgier, angst og unngåelsesadferd. Somatosensorisk informasjon om kroppsposisjonen kan bli forsterket og forvrengt og medføre svimmelhet. Mange blir også slitne og får konsentrasjonsvansker fordi de bruker energi på det som før gikk automatisk (figur 1) (2,6).



Figur 1 Tenkte mekanismer ved normal og maladaptiv fysiologisk reaksjon på akutt svimmelhet, bearbejdet etter Popkirov og medarbejdere (6). PPPS = persisterende postural-perseptuell svimmelhet.

Diagnostikk

Diagnosen persisterende postural-perseptuell svimmelhet stilles på bakgrunn av en typisk sykehistorie ramme 1) (1). Svimmelheten, som pasienten kan beskrive på forskjellige måter, blir verre ved oppreist stilling, aktiv eller passiv bevegelse av kroppen eller i omgivelser med komplekse eller bevegelige synsinntrykk som for eksempel kjøpesentre. Pasienten forteller ofte om en utløsende akutt episode med svimmelhet. Hos en fjerdedel

er dette enten vestibularisnevritt, benign paroksysmal posisjonsvertigo (BPPV) eller vestibulær migrene (1). Symptomene kan også oppstå etter lette hodetraumer og angstanfall (2). Pasienten føler seg ustø, men den kliniske nevrologiske undersøkelsen er oftest normal. Noen har vestibulære funn, som patologisk hodeimpulstest, ensidig spontannystagmus, posisjonell nystagmus, patologisk kalorisk prøve, sakkader ved øyeundersøkelse, fall eller dreining mot syk side i stående eller marsjerende stilling med lukkede øyne (Unterbergers/Fukadas test) (7), på grunn av utløsende eller komorbid lidelse.

Ramme 1 Diagnostiske kriterier for persisterende postural-perseptuell svimmelhet. Alle må være oppfylt (1).

1. Svimmelhet, ustøhet eller (ikke-roterende) vertigo de fleste dager i minst tre måneder:
 - a. Symptomene varer i lengre perioder (timer), men kan variere i intensitet
 - b. Symptomene trenger ikke å være til stede kontinuerlig gjennom hele dagen
 2. Vedvarende symptomer oppstår uten spesifikk provokasjon, men forverres av tre faktorer:
 - a. Oppreist stilling
 - b. Aktiv eller passiv bevegelse uten hensyn til retning eller posisjon
 - c. Eksponering for bevegelige visuelle stimuli eller komplekse visuelle mønstre
 3. Tilstanden er utløst av en episode med svimmelhet, ustøhet eller balanseproblemer inkludert akutte, episodiske eller kroniske vestibulære syndromer, andre nevrologiske eller medisinske sykdommer og psykiske stressfaktorer
 - a. Når utløsende årsak er akutt eller en episodisk tilstand, konsolideres symptomene etter hvert som nevnt under punkt 1
 - b. Når den utløsende årsak er et kronisk syndrom, kan symptomene komme langsomt og gradvis vokse
 4. Symptomene fører til markert ubehag og redusert funksjon
 5. Symptomene er ikke bedre forklart under en annen diagnose
-

DIFFERENSIALDIAGNOSER OG KOMORBIDITET

Aktuelle differensialdiagnoser er andre vestibulære syndromer (bilateral vestibulopati, mal de débarquement-syndrom, benign paroksysmal posisjonsvertigo, Ménières sykdom), nevrologiske sykdommer (migrene, cerebellar degenerasjon, parkinsonisme, cerebral småkarssykdom, ortostatisk tremor), bivirkning av medikamenter, ortostatisk hypotensjon, vestibularisschwannom, hjertesykdom, cerebral småkarssykdom, mangelsykdommer (bl.a. vitamin B₁₂ eller jernmangel) og angstlidelse (8).

Behandling

Vår erfaring er at følgende punkter er sentrale:

Respekt. Det er viktig å anerkjenne pasientens plager og funksjonssvikt som reelle.

Refleksjon. Snakk med pasienten om plagene, hvordan de påvirker hverdagen og hvilke tanker pasienten har gjort seg om underliggende årsak og om framtiden.

Reattribusjon og rehabilitering. Navngi tilstanden og forklar pasienten at den er velkjent, vanlig og potensielt behandlingsbar. Forklar bakgrunnen (figur 1) og understrek at persisterende postural-perseptuell svimmelhet ikke er en eksklusjonsdiagnose, men at det finnes diagnostiske kriterier. Tilstanden må ikke forveksles med sosial angst, men kan forsterkes av psykologiske mekanismer (9).

Det er godt dokumentert at vestibulær rehabilitering har effekt ved vestibulær skade eller dysfunksjon (3,10), men responsen kan variere avhengig av etiologi (11).

Vestibulær rehabilitering er en øvelsesbasert behandling som består av øye-, hode- og kroppsbevegelser designet for å stimulere og optimalisere vestibulær kompensering. Målet er å redusere opplevelsen av svimmelhet og ubalanse ved å reetablere effektiv og automatisk øye-hode-koordinasjon, redusere angst og selvovervåkning, øke kondisjonsnivået, skape trygghet og lære å leve med svimmelhet. Behandlingen passer for alle som kan gjennomføre et daglig treningsprogram med lav intensitet i 6–12 uker. Mange pasienter kan gjøre dette på egenhånd. Andre trenger oppfølging av fysioterapeut.

Øvelsene man bruker for å fremme tilheling begynner forsiktig og økes langsomt. Øvelsene består av hodebevegelser (bøying bakover og framover, fra skulder til skulder og dreining til sidene, med åpne og lukkede øyne, i ro og mens man beveger kroppen), øyebevegelser (holde øynene fiksert i forskjellige retninger mens man beveger kroppen), kroppsruiling fra side til side i liggende stilling, hodebøyning mot gulvet i sittende stilling, det å reise seg fra liggende til stående stilling, stå med samlede ben, stå på ett ben, stå med hæl inntil tå og å gå i sirkel på ujamt underlag, kombinert med hode- og øyefiksasjonsøvelser (12).

Noen pasienter kan ha glede av kognitiv adferdsterapi i tillegg til vestibulær rehabilitering (3).

Verken kvalmestillende medikamenter, medikamenter mot reisesyke eller betahistin har plass i vestibulær rehabilitering, men kan derimot føre til at kompenseringen tar lengre tid. Slike medikamenter bør kun brukes en kort periode i akuttfasen ved vestibularisnevritt for å lindre symptomer samt øke fysisk aktivitet (13).

Pasienten har samtykket til at artikkelen blir publisert.

LITTERATUR

1. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res* 2017; 27: 191–208. [PubMed][CrossRef]
2. Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract Neurol* 2018; 18: 5–13. [PubMed][CrossRef]
3. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: An evidence-based clinical practice guideline: From The American Physical Therapy Association Neurology Section. *J Neurol Phys Ther* 2016; 40: 124–55. [PubMed][CrossRef]
4. Tjernström F, Zur O, Jahn K. Current concepts and future approaches to vestibular rehabilitation. *J Neurol* 2016; 263 (suppl 1): 65–70. [PubMed][CrossRef]
5. Hikosaka O, Maeda M. Cervical effects on abducens motoneurons and their interaction with vestibulo-ocular reflex. *Exp Brain Res* 1973; 18: 512–30. [PubMed][CrossRef]
6. Popkirov S, Stone J, Holle-Lee D. Treatment of persistent postural-perceptual dizziness (PPPD) and related disorders. *Curr Treat Options Neurol* 2018; 20: 50. [PubMed][CrossRef]
7. Zwergal A, Kirsch V, Gerb J et al. Neurootologie: Grenzfälle zwischen Ohr und Gehirn. *Nervenarzt* 2018; 89: 1106–14. [PubMed][CrossRef]
8. Staab JP, Rohe DE, Eggers SD et al. Anxious, introverted personality traits in patients with chronic subjective dizziness. *J Psychosom Res* 2014; 76: 80–3. [PubMed][CrossRef]
9. Guerraz M, Yardley L, Bertholon P et al. Visual vertigo: symptom assessment, spatial orientation and postural control. *Brain* 2001; 124: 1646–56. [PubMed][CrossRef]
10. Hillier S, McDonnell M. Is vestibular rehabilitation effective in improving dizziness and function after unilateral peripheral vestibular hypofunction? An abridged version of a Cochrane Review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2016; 52: 541–56. [PubMed]
11. Bittar RS, Pedalini ME, Lorenzi MC et al. Treating vertigo with vestibular rehabilitation: results in 155 patients. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2002; 123: 61–5. [PubMed]

12. Bronstein AM, Lempert T, Seemungal BM. Chronic dizziness: a practical approach. *Pract Neurol* 2010; 10: 129–39. [PubMed][CrossRef]
 13. Jafarzadeh S, Pourbakht A, Bahrami E et al. Effect of early vestibular rehabilitation on vertigo and unsteadiness in patients with acute and sub-acute head trauma. *Iran J Otorhinolaryngol* 2018; 30: 85–90. [PubMed]
-

Publisert: 27. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0962

Mottatt 12.12.2018, første revisjon innsendt 24.2.2019, godkjent 19.3.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2023.