

Dokumentegenskaber:	Udkast 2016 ver.1
Gældende for	Vestibulogi
Udarbejdet af	Dansk Selskab for Vestibulogi under DSOHH
Opdateringsdato	19.03.16
Faglig ansvarlig	Jens Højbjerg Wancher
Nøgleord	Neuritis vestibularis

1. Titel

Neuritis vestibularis.

2. Formål

Diagnostik og behandling af neuritis vestibularis.

3. Definition

Pludselig svækkelse af den perifere vestibulære funktion på den ene side.

4. Baggrund

Neuritis vestibularis er den anden mest almindelige årsag af perifer vertigo efter BPPV. Data tyder på en årlig incidens på omkring 3,5 tilfælde per 100.000 indbyggere. Ætiologien af neuritis vestibularis er ukendt.

5. Fremgangsmåde

Diagnosen stilles ud fra anamnesen, karakteristiske kliniske fund, og hvor en patologisk impulstest bekræfter et perifert fokus.

a. Anamnese

Den typiske debut, er en akut opståen eller over timer med vedvarende, intens rotatorisk svimmelhed. Den er ofte ledsaget af kvalme, med opkastning og tendens til at falde mod den involverede side. Hoved- eller kropsbevægelser forværrer symptomerne, og personen vil ofte forsøge at minimere bevægelser ved at ligge helt stille. Personen vil beskrive en normal hørelse, ingen tinnitus eller andre neurologiske udfald. Mens de

første vertigosymptomer aftager i løbet af en periode på dage, vil patienterne ofte have en længere periode med fortsat ubalance.

b. Kliniske fund

De vestibulære symptomer og tegn forekommer i fravær af nogen væsentlig høreforringelse.

- Nystagmus. Karakteristisk spontannystagmus, der er både horisontal og rotatorisk, med hurtig fase mod det raske øre, mindskes med øjenfiksering og øges ved blikretning mod nystagmus hurtige fase
- Postural ubalance (positiv Romberg), patienten falder i retning af ramte øre
- Positiv impuls test. Impulstesten mod det berørte øre vil ofte vise en catch-up sakkade som indikerer en perifer vestibulær svækkelse
- Normal hørelse og ingen neurologiske udfald

c. Differentialdiagnoser

- Infarkt/Iskæmi i hjernestamme eller cerebellum
- Multipel sklerose
- vertebralis-dissektion
- Labyrinthitis
- Menières disease
- Migræne svimmelhed
- Benign paroxysmal positionel vertigo (BPPV)
- Traumer: Frakturer i tindingebenet eller commotio labyrinthi
- Vestibularisschwannom

d. Objektiv undersøgelse

- Otoneurologisk undersøgelse inkl. gennemgang af kranienerver og undersøgelse for nystagmus bag Bartels briller/VNG briller
- HINTS: Head-Impulse test, Nystagmus, Test-of-Skew
- Rentone audiometri

e. Supplerende undersøgelser

- Udvidet vestibulære test, ved klinisk tvivl:
- VNG
- Video head impulse test (vHIT) eller kalorisk prøve
- Vestibular evoked myogenic potentials (VEMPs)
- Magnetisk resonans skanning (MR) kan være indiceret ved et af følgende symptomer/tegn:
 - o Nyligt indsættende hovedpine
 - o Centrale neurologiske symptomer eller tegn
 - o Akut døvhed
 - o Normal impulstest

f. Behandling

Symptomatisk behandling

Akut fase (1-3 døgn): Sengeleje, svimmelhedsdæmpende- og kvalmestillende medicin (» antihistaminer) i så lille udstrækning som muligt, maksimalt 3 dage. Træningsøvelser hvis muligt (se fx » www.svimmelhed.dk).

Enkelte studier støtter en positiv effekt af kortikosteroider på kalorimetrien (surrogatmål). Samlet set er der i øjeblikket ikke tilstrækkelig dokumentation fra disse forsøg til at støtte administrationen af kortikosteroider til patienter med neuritis vestibularis.

Stimulering af den centrale vestibulære kompensation

Subakut fase (2-10 døgn): Træningsøvelser (se fx » www.svimmelhed.dk)

med mobilisering således patienten bliver svimmel, hvilke giver hurtigere habituering. Udskrivning vejledt af samlet klinisk billede, men patient har ofte brug for sygemelding i 2-3 uger.

g. Komplikationer

Benign paroxysmal positionel vertigo (BPPV) har en hyppigere forekomst hos patienter, som har haft neuritis vestibularis, og det kan forekomme med varierende intervaller efter det akutte stadie. Benign paroxysmal positionel vertigo behandles jvf. KKR om BPPV.

h. Opfølgning

Opnåelse af en funktionel normal balance efter neuritis vestibularis tager typisk flere uger. Bedring fra en perifer vestibulær læsion skyldes en kombination af genoprettelse af den perifere labyrintfunktion og gradvis tilpasning af hjernen til ubalancen i den vestibulære funktion (central kompensation). Op til 20% af patienterne oplever fortsatte symptomer såsom postural ubalance ved gang og især ved hurtige hovedbevægelser, trods normalisering af kalorisk prøve.

6. Referencer

Goddard JC, Fayad JN. Vestibular Neuritis. *Otolaryngol Clin N Am.* 2011; 44: 361–365.

Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 11: 5.

Kaski D, Seemungal BM. The bedside assessment of vertigo. *Clin Med.* 2010; 10: 402–5.

Neuhauser H. Epidemiology of vertigo. *Curr Opin Neurol.* 2007; 20: 40–6.

7. Forfattere

Morten Friis, Roland Welinder, Steen Telmer.