

Dokumentegenskaber:	Udkast 2022, version 1.0
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Målgruppe	Sundhedspersoner indenfor specialet
Udarbejdet af	Dansk Selskab for Vestibulologi
Faglig ansvarlig	Casper Grønland og Bjarki Djurhuus, ØNH, Sjællands Universitetshospital
Nøgleord	Neuritis Vestibularis; virus på balancenerven; Akut unilateral perifer vestibulopati

Genveje til indhold

Titel	1
Formål	1
Målgruppe og anvendelsesområde	1
Definition	1
Bagrund	2
Fremgangsmåde	2
Anamnese	2
Objektiv undersøgelse	2
Differentialdiagnostik	3
Supplerende undersøgelser	3
Behandling	3
Komplikationer	4
Opfølgning	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Ansvar og opgavefordeling	4
Akkrediteringsstandarder	4
Referencer og links	4
Bilag	5

Titel

Neuritis vestibularis.

Formål

At fremme diagnostik og behandling af neuritis vestibularis.

Målgruppe og anvendelsesområde

Øre-næse-hals-læger, neurologer og personale, der modtager akutte patienter med svimmelhed.

Definition

Akut indsættende ensidig svækkelse af den perifere vestibulære funktion.

Baggrund

Neuritis vestibularis er en af de hyppigste årsager til perifer vertigo. Data tyder på en årlig incidens på mellem 3,5 og 15,5 tilfælde pr. 100.000 indbyggere (1). Ætiologien af neuritis vestibularis er ukendt. Neuritis vestibularis er den hyppigste årsag til Akut Vestibulært syndrom (AVS) (2-4).

Fremgangsmåde

Diagnosen stilles ud fra anamnese og karakteristiske kliniske fund. Ved AVS vil udfordringen i det akutte forløb ofte bestå i at skelne neuritis vestibularis fra centrale årsager. Her kan **H**oved-**I**mpulstest, **N**ystagmus og **T**est of **S**kew (samlet HINTS) være vejledende.

Anamnese

Klassisk debut med akut indsættende og vedvarende, intens rotatorisk svimmelhed. Tilstanden er ofte ledsaget af kvalme, opkastning og faldtendens mod den involverede side. Hoved- eller kropsbevægelser forværrer symptomerne, og personen vil ofte forsøge at minimere bevægelser ved at ligge helt stille. Personen vil have normal hørelse, ingen tinnitus og ingen fokale neurologiske udfald. Patientens vertigo aftager i løbet af dage og patienten vil ofte have en længere periode (uger) med fortsat ubalance.

Objektiv undersøgelse

Der anbefales otoneurologisk undersøgelse inkl. vurdering af:

- **H**oved-**I**mpuls**T**est (HIT)
- **N**ystagmus type og retning
- **T**est of skew
- Test af hørelsen
- Test for ataksi

De tre førstnævnte undersøgelser indgår i HINTS (4), som er et godt og hurtigt diagnostisk redskab, men med en vis grad af interobservatør variabilitet (5). Start først med at undersøge for spontan- og blikretningsnystagmus. HINTS bør kun anvendes, såfremt patienten har nystagmus (6, 7). Ved neuritis vestibularis bør samtlige nedenstående punkter være opfyldt:

Nystagmus: Horisontal spontan-nystagmus (evt. med en mindre torsionel komponent), som ikke skifter retning ved sideblik. Nystagmus' hurtige fase slår mod det raske øre. Nystagmus intensiveres ved blik mod den hurtige fase og reduceres/forsvinder helt ved blik mod den langsomme fase (Alexanders lov). Nystagmus undertrykkes ved visuel fiksatation. Det anbefales derfor at patienten påføres en brille, som fjerner muligheden for fiksatation og således testes både med og uden mulighed for fiksatation (8).

Hoved-impulstest: Der ses patologisk "catch-up sakkade" hvor patienten ikke kan fastholde blikket på en specifik genstand, typisk undersøgerens næse, under en hurtig passiv hoveddrejning mod den afficerede side (hastighed på minimum 150 grader/sek.) (9).

Skew deviation: Der ses ingen vertikal refiksationssakkade ved alternerende cover-test. En horisontal refiksationssakkade er tilladt, da det er et udtryk for en latent skelen (9).

Test af hørelse ved audiometri, subsiduært stemmegaffelprøver: Hørelsen findes uændret ved neuritis vestibularis. Nyopstået høretab kan både skyldes cerebellart infarkt svt. til anteriore inferiore cerebellar arterie (AICA-infarkt) eller anden påvirkning af indre øre.

Romberg: Positiv Romberg med faldtendens mod den syge side.

Differentialdiagnostik

- BPPV
- Menières sygdom
- Infarkt/iskæmi i hjernestamme eller cerebellum
- Vestibulær migræne
- Labyrinthitis
- Traumer (fraktur i tindingeben eller commotio labyrinthi)
- Vestibularisschwannom
- Multipel sklerose
- Vertebralis-dissektion

Supplerende undersøgelser

Udvidede vestibulære tests, ved tvivl omkring neuritdiagnose:

- Audiometri
- Videonystagmografi (VNG)
- Video Hoved-ImpulsTest (vHIT) eller kalorisk prøve
- Vestibular evoked myogenic potentials (VEMP)
- MR-skanning ved mistanke til AVS med centralt betinget årsag

Behandling

Akut fase (første 1-3 døgn): Sengeleje, svimmelhedsdæmpende- og kvalmestillende medicin (antihistaminer) i så lille omfang som muligt, og maksimalt i de første 3 dage. Opstart af VOR træningsøvelser såfremt patientens tilstand tillader det (se f.eks. www.svimmelhed.dk under ”virus på balancenerven” og under ”genopret”).

Enkelte studier støtter en positiv effekt af kortikosteroider på kalorimetrien (surrogatmål). Der kan eventuelt gives steroid inden for de første 72 timer, men evidensen er sparsom.

Stimulering af den centrale vestibulære kompensation:

Subakut fase (første 2-10 døgn): VOR træningsøvelser (se f.eks. www.svimmelhed.dk) med mobilisering således at patientens hjerne påbegynder central kompensation hurtigst muligt. Udskrivning vejledt af samlet klinisk billede, men patienten har ofte brug for sygemelding i 2-3 uger.

Prognose

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).

Opnåelse af en funktionel normal balance efter neuritis vestibularis tager typisk adskillige uger. 40% af patienter genvinder funktionen, 40% oplever bedring over tid, mens 20% vil opleve varig nedsat funktion.

Komplikationer

BPPV: Der ses en hyppigere forekomst af BPPV hos patienter, som har haft neuritis vestibularis. BPPV behandles jvf. KKR om BPPV.

Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): PPPD kan ses i efterforløbet til neuritis vestibularis, som en vedvarende svimmelhed eller usikkerhed, som forværres ved krævende posturale opgaver eller i visuelt krævende omgivelser (f.eks. supermarkeder) (11). Her kan individuel vestibulær rehabilitering forsøges.

Ansvar og opgavefordeling

Akkrediteringsstandarder

DDKM: 1.2.5, 2.8.1

JCI: VU. 1.8, KP. 2.1

Referencer og links

1. Strupp M, Magnusson M. Acute Unilateral Vestibulopathy. *Neurol Clin.* 2015;33(3):669-85, x.
2. Bisdorff A. Vestibular symptoms and history taking. *Handb Clin Neurol.* 2016;137:83-90.
3. Edlow JA, Gurley KL, Newman-Toker DE. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. *The Journal of emergency medicine.* 2018;54(4):469-83.
4. Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med.* 1998;339(10):680-5.
5. Ohle R, Montpellier RA, Marchadier V, Wharton A, McIsaac S, Anderson M, et al. Can Emergency Physicians Accurately Rule Out a Central Cause of Vertigo Using the HINTS Examination? A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 2020;27(9):887-96.
6. Edlow JA. Diagnosing Patients With Acute-Onset Persistent Dizziness. *Ann Emerg Med.* 2018;71(5):625-31.
7. Saber Tehrani AS, Kattah JC, Kerber KA, Gold DR, Zee DS, Urrutia VC, et al. Diagnosing Stroke in Acute Dizziness and Vertigo: Pitfalls and Pearls. *Stroke.* 2018;49(3):788-95.
8. Kheradmand A, Colpak AI, Zee DS. Eye movements in vestibular disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016;137:103-17.
9. Straumann D. Bedside examination. *Handb Clin Neurol.* 2016;137:91-101.
10. Carmona S, Martínez C, Zalazar G, Moro M, Batuecas-Caletrio A, Luis L, et al. The Diagnostic Accuracy of Truncal Ataxia and HINTS as Cardinal Signs for Acute Vestibular Syndrome. *Front Neurol.* 2016;7:125.
11. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD):

Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society. J Vestib Res. 2017;27(4):191-208.

Bilag