

Perifer vertigo som hjerneslagimitator.

- En behandlingslinje for pasienter med akutt svimmelhet innlagt på Ahus

1.0 Hensikt

Sikre at pasienter som har akutt svimmelhet får adekvat oppfølging/behandling og informasjon i akuttmottaket, ved slagenheten og ØNH-avdelingen på Akershus universitetssykehus.

Sikre at leger og fysioterapeuter i akuttmottaket og på slagenheten, samt ØNH-avdelingen blir tryggere på de kliniske testene som kan skille mellom perifer og sentral årsak til akutt oppstått vertigo ved å implementere den kunnskapsbaserte fagprosedyren 'Svimmelhet - undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet på sykehus' (1).

Behandlingslinjen skal sikre et mer forutsigbart pasientforløp for pasientene med perifer vertigo ved å utarbeide en behandlingslinje med tilhørende flytskjema hvor det er tydelig hvem av faggruppene som gjør hva og når.

2.0 Arbeidsbeskrivelse

- Leder på avdelingsnivå har ansvar for at prosedyren implementeres og følges
- Behandlende lege: lege som først tar imot pasient i akuttmottak, deretter lege med daglig ansvar for utredning og behandling av pasienter på sengeposten pasienten befinner seg på.
- Behandlende fysioterapeut: fysioterapeut med ansvar for fysioterapivurdering/behandling på sengeposten pasienten befinner seg på.
- Behandlende fysioterapeut har ansvar for at fysioterapitiltak er i samsvar med kunnskapsbasert fagprosedyre (1) og gjeldende anbefalinger i vestibulær rehabilitering.
- Behandlende lege har ansvar for at pasienten blir henvist til fysioterapi internt.
- Behandlende lege har ansvar for å henvise til ØNH tilsyn når det er indisert.

3.0 Omfang

Denne behandlingslinjen gjelder for helsepersonell som skal undersøke og behandle pasienter med akutt svimmelhet i akuttmottaket, på slagenheten og på ØNH-avdelingen på Akershus universitetssykehus.

Behandlingslinjen rettes mot voksne pasienter som kommer inn akuttmottaket på Akershus universitetssykehus med:

Akutt vestibulært syndrom (AVS), definert ved akutt oppstått vertigo, som er kontinuerlig og har vart over flere timer ledsaget av kvalme/oppkast og forverring ved hodebevegelse (2).

Episodisk svimmelhet, som er tilbakevendende svimmelhetsanfall som varer i sekunder til timer. Den vanligste årsaken er BPPV, benign paroksysmal posisjonsvertigo (3).

4.0 Bakgrunn

Vanligste årsak til AVS er ufarlige perifere tilstander som gir ensidig vestibulær svekkelse (70%) (4). Vestibularisnevritt, virus på balansenerven, står for 10-20% av tilfellene som blir innlagt på sykehus med AVS (2).

Den nest vanligste årsaken til AVS er ischemisk hjerneslag i bakre kretsløp (PCS), som involverer lillehjerne eller hjernestamme, en sentral opprinnelse. Det antas å dreie seg om 25% +/-15% (5).

Perifer vertigo kan i denne sammenheng kalles en hjerneslagimitator, og man er opptatt å avdekke med gode og sikre metoder om AVS er forårsaket av sentral eller perifer årsak siden disse to årsakene krever helt forskjellige behandlingsforløp. Mens behandlingsforløp for hjerneslag er tydelig definert (6) er behandlingsforløpet i større grad variabelt og tilfeldig ved perifer årsak.

For å skille mellom sentral og perifer årsak til AVS brukes HINTS, et klinisk testbatteri bestående av tre undersøkelser: hodeimpulstest (HIT), undersøkelse av nystagmus og skew deviation.

Testene har vist seg å være mer sensitive for å påvise hjerneslag som årsak til AVS, enn MR innen 48 timer etter symptomdebut. En forutsetning for testbatteriets høye sensitivitet, er at testeren er trent i både utførelse og tolkning av testene (7).

4.1 Anvendelse

Behandlingslinjen med tilhørende algoritme (vedlegg I) er ment som en veileder for helsepersonell i møte med pasienter med AVS.

4.2 Handling

Pasientene bør undersøkes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet for å oppdage eller utelukke alvorlig sykdom. De objektive funnene kan være tydeligere tidlig i forløpet (1).

4.2.1

I mottak:

I akuttmottaket undersøkes pasienter med AVS, av nevrolog/LIS lege som gjør nevrologisk undersøkelse inkl. HINTS testene (med Frenzels brille eller videobrille) i tråd med fagprosedyren *'Svimmelhet - undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet på sykehus'* (vedlegg II) og konfererer med vakthavende overlege (bakvakt).

Ved mistanke om hjerneslag går pasienten inn i hjerneslagforløp.

Ved mistanke om vestibularisnevritt eller annen perifer tilstand med ledsagende øre- eller hørselssymptomer (eksempelvis bortfall av-, nedsatt hørsel eller tinnitus) ber vakthavende nevrolog om ØNH-lege tilsyn for vurdering og evt. ansvarsovertagelse. Tilsyn skal så langt det lar seg gjøre skje på vakttid.

Ved bekreftet perifer diagnose som vestibularisnevritt, er det ikke nødvendig med supplerende bildediagnostikk. Ved behov for innleggelse overføres pasienten til ØNH sengepost og det igangsettes tidlig behandling med prednisolon, 1mg/kg, etter individuell vurdering. Det gis informasjon og henvises fysioterapeut for tidlig vestibulær rehabilitering.

Ved episodisk vertigo som utløses i bestemte stillinger, mistenkes benign paroksysmal posisjonsvertigo (BPPV/ krystallsyke). Da testes pasienten for posisjonsnystagmus, nystagmus som opptrer ved bestemte hodebevegelser eller stillingsendringer. Ved positiv test behandles pasienten med reposisjonsmanøver (1) og henvises fysioterapeut. Presisering: ved funn av spontannystagmus dreier det seg ikke om episodisk vertigo, og man skal ikke mistenke BPPV.

4.2.2 I sengepost

Pasienter med uavklart årsak, legges inn på slagenheten (evt. generell nevrologisk sengepost) og henvises fysioterapeut med kompetanse på svimmelhet. Videre forløp bestemmes av nevrolog i samarbeid med fysioterapeut. Ved ledsagende øre- eller hørselssymptomer henvises ØNH tilsyn.

Pasienter med mistanke om perifer årsak (med- eller uten hørselssymptomer), som har behov for innleggelse, legges inn på ØNH sengepost og henvises fysioterapeut med kompetanse på svimmelhet.

4.2.3 Utskrivelse

Pasienter med vestibularisnevritt har fått informasjon, blitt instruert i vestibulær rehabilitering av fysioterapeut og fortsetter med rehabilitering hjemme.

Pasienter med BPPV har fått informasjon, blitt behandlet med reposisjonsmanøver i mottak og instruert i hjemmeøvelser.

Pasienter med behov for videre oppfølging henvises til kontroll ved svimmelhetspoliklinikken ved Ahus eller henvises ut til behandler med kompetanse på svimmelhet i primærhelsetjenesten (vedlegg III).

VEDLEGG:

- I: Flytskjema/behandlingsalgoritme
- II: Fagprosedyren; 'Svimmelhet - undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet på sykehus'
- III: Oversikt over behandlere med kompetanse på svimmelhet i primærhelsetjenesten

Referanseliste

1. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/svimmelhet-undersokelse-av-pasienter-med-akutt-svimmelhet-pa-sykehus> [hentet 13.02.19]
2. Kattah JC. Use of HINTS in the Acute vestibular syndrome. An Overview. *Stroke and Vascular Neurology*; 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/svn-2018-000160>
3. Ljøstad U, Eldøen G, Goplen FK, Aamodt AH, Mygland Å. Utredning ved akutt svimmelhet. *Tidsskr Nor Legeforen* (2019). DOI: 10.4045/tidsskr.18.0958
4. Celebisoy N, Acute vestibular syndrome: clinical head impulse test versus video head impulse test. *Journal of Neurology* (2018) 265 (Suppl 1):S44–S47. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8804-0>
5. Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE (2011) Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome
6. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [hentet 13.02.19].
7. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, *et al.* 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.)