

SVIMMELHET hos eldre

GerIT undervisning 05.03.19

Astrid Hall

LIS, Bærum sykehus

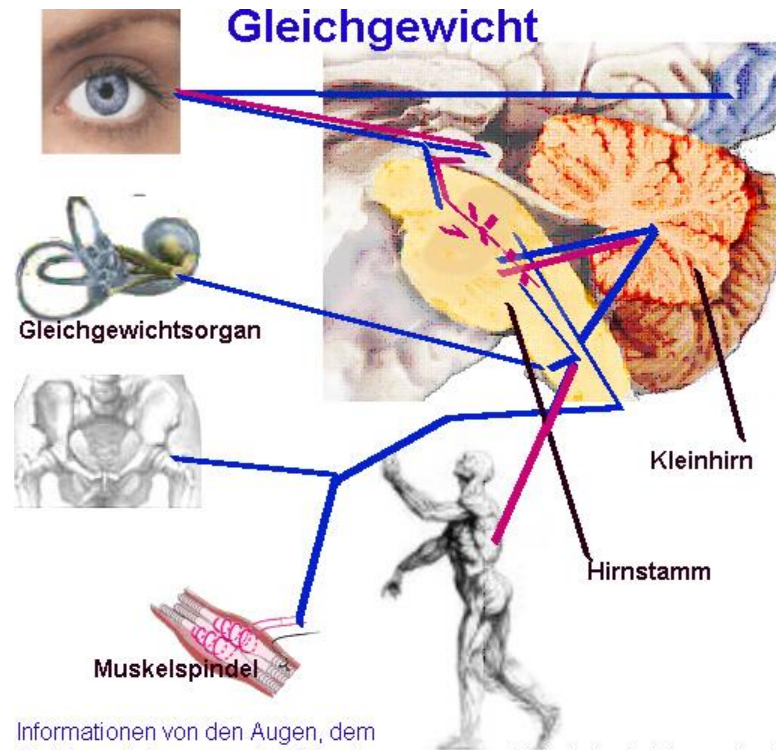
SVIMMELHET

Definisjon

- Følelsen av at kroppen eller omgivelsene er i bevegelse uten at bevegelse finner sted.
- Følelsen av forstyrret rom-/retningsfølelse
- «Subjektivt, udefinerbart symptom som får hjertet til å synke i brystet på legen»?



Sensorisk mismatch mellom syn, balanseapparatet i ledd og muskler, likevektsorganet i øret og hjernestamme og lillehjernen



Informationen von den Augen, dem Gleichgewichtsorgan, den Gelenkrezeptoren und Muskelspindeln werden im Hirnstamm verschaltet. Der Hirnstamm erhält zusätzliche Informationen vom Kleinhirn (Koordinationszentrum für automatisierte Bewegungen) und der Hirnrinde für beabsichtigte Bewegungen. Auf dieser Grundlage werden dann Augen- und Muskelbewegungen gesteuert.

SVIMMELHET

Forekomst

- Svimmelhet og ubalanse er den vanligste plagen i vår eldre befolkning
- 20-30% over 65 år har svimmelhet (avhengig av definisjonen av svimmelhet og populasjonen som er sett på) og dette tallet øker med alder.
- Angitt 30-60% over 75 år.
- HUBRO i 2000: 30% av alle kvinner og 20% av alle menn over 65 år, økt til 40% og 30% hos alle over 75 år
- Hovedårsak til ca 2 % av alle henvendelser i allmennpraksis, tilleggsårsak hos veldig mange fler.
- Vanligste årsaken til fall (som fører til økt sykkelighet og redusert livskvalitet).

I sykehus

- Perifer vestibulær dysfunksjon 40%
 - BPPV 16%, (2 av 10 m.svimmelhet)
 - Vestibularis nevritt 4%,
 - Migrene 1%
 - Annen vestibulær 10%
- Sentral årsak 10% (-20% eldre)
- Psykosomatikk 15%
- Annet 25%
 - nærsyncope (14%)
 - Ustøhet , multifaktoriell årsak , hyperventilering
- Ukjent årsak 10%

Svimmelhetsårsaker

Hos yngre

- Vestibularisnevritt
- BPPV
- Nakkemyalgi/ tensjonshodepine og angst
- Mb Menière
- Prodromsymptom til migreneanfall
- Cervikogen svimmelhet

Hos eldre

- Som over (for eksempel BPPV øker med alder!)
- Ortostatisme ifm medikamentbruk
- Nærsynkope/ med eller uten medikament
- Organisk sentral svimmelhet (TIA, slag, hematom, tumor i bakre skallegrop)
- Hypoglykemi ifm medikamentell diabetes beh.
- Multiorgan svikt/ risikofaktorer

Eldre har redusert evne til å kompensere for problemer med postural kontroll

- Svekket sansemotorisk: Sentralnervesystem aldring: degenerasjon sannsynlig også i vestibularis apparatet, perifere nerver, hudsensibilitet og propriocetion
- Redusert styrke: muskelmassen avtar, ledd svekkes, endret holdning, frykt for å falle
- Nedsatt perifer sensibilitet
- Økt reaksjonstid
- Smerter
- Kognitiv svikt: mer ukritisk atferd, redusert koordinasjon og balanse.
- Depresjon er også vanlig hos eldre, og kan medføre svimmelhet og frykt for å falle. (God utredning og informasjon til pasienten er viktig for å dempe sykdomsangst)

Deles gjerne inn i fire grupper

- Vertigo
- Presynkope
- Ubalanse
- Andre årsaker, e.g. angst

Vertigo i ØNH-praksis

Handler i stor grad om å ha gode kunnskaper om noen få, otogene vertigosyndromer

- Benign parokysmal posisjonsvertigo
- Vestibularisnevritt
- Menières sykdom
- Labyrintitt

Andre viktige årsaker til svimmelhet

- Ortostatisk svimmelhet
- Migrene
- CNS-årsaker (TIA/slag, MS, tumor cerebri)

Viktig å avdekke ev. alvorlig tilgrunnliggende sykdom, samt å bedre pasientens symptomer så langt dette lar seg gjøre

Utredning

Anamnesen: VIKTIGST!! Hvorfor kommer pasienten? HOVEDPROBLEMET.

-Debut; akutt eller kronisk

-Type svimmelhet; sitter den i hodet eller bena (ustøhet)

-Tidsforløp, hvor lenge varer den?

Sekunder- minutter: BPPV, basillaris insuff, ortostatisme.

Minutter til få timer: Meniere, migrene, TIA.

Timer/dager: labyrintitt eller vestibularisnevritt og vaskulære hendelser som hjerneslag.

-Utløsende faktorer (kommer den i oppreist stilling, ved hodebevegelser, nylig viral sykdom)

-Samtidig forekomst av hørselstap, hodepine, øreverk, nakkesmerter eller andre ledsagende symptomer

Klinisk us

Supplerende undersøkelser

- ØNH lege:** klar mistanke indre øre sykdommer, om ikke blir bra, hørsel påvirkning, invalidiserende plager
- Nevrolog:** nevrologiske utfall/ invalidiserende svimmelhet
- Cardiolog:** mistanke presyncope/ syncope
- Ultralyd halskar:** om klar mistanke insult/stenoselyder, subclavian steal
(ved uspesifikk svimmelhet lite indisert)
- Fysioterapeut** med balanse og svimmelhetserfaring

4 kardinaltegn ved otogen svimmelhet

Vertigookvartetten



Kvalme

Nystagmus

Vertigo

Falltendens

Vertigo- opplevelse av bevegelse

- Via vestibularis kjernen til hjernebarken

Nystagmus skyldes *vestibulo-okulær refleks* ved assymetrisk stimulering av kjernene

- rask fase mot aktiv side

Kvalme og brekninger

- vestibularis kjerne til brekningsenter i hjernestamme

Falltendens

- vestibularis kjerne til muskulatur

Benign paroksysmal posisjonsvertigo

- Diagnosen stilles ved å påvise karakteristisk POSISJONSNYSTAGMUS
 - Hallpikes manøver
 - Hoderotasjon i 30 grader elevert ryggleie
 - Bow-lean test
- Supplerende undersøkelser vanligvis ikke nødvendig
 - Kan ikke bekrefte/avkrefte diagnosen
 - Påvirker ikke behandlingen

Viktig med korrekt diagnose, for BPPV er lett å behandle!

Hallpikes manøver

Tester fremre og bakre bueganger



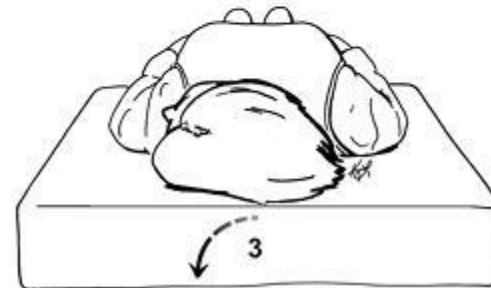
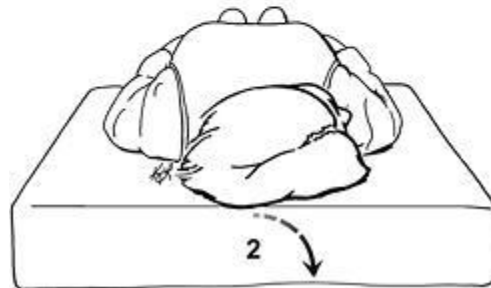
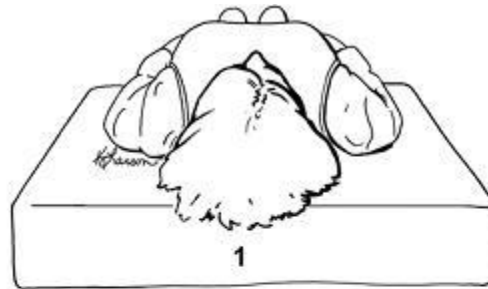
(A)



(B)

Hoderotasjonstest

Tester horisontale bueganger



Vestibularisnevritt

I akuttfasen:

- Spontannystagmus mot frisk side
- Positiv hodeimpulstest mot syk side
- Falltendens mot syk side

OBS kan være hjerneslag (særlig lillehjerneinfarkt)!

- Bekreft vestibulært utfall (kalorisk, vHIT, VEMP)
- Avkreft hørselstap (audiometri)
- Avkreft hjerneslag (MR) ved HINTS eller cerebrovaskulære risikofaktorer

Hode-impulstest

- Man sitter ansikt til ansikt
- Undersøker beveger pasientens hode fra side til side mens pasienten fokuserer på ditt (f.eks.) høyre øye hele tiden.
- Gjør plutselig en rask bevegelse fra høyre over til venstre eller omvendt
- Positiv test: Ser at øynene henger så vidt litt igjen før de raskt retter seg opp (ved test mot syk side).
- Hvis positiv-> vestibularisnevritt
- Lettest å se i startfasen (i mottak)

HINTS

- **H**ead **I**mpulse
- **N**ystagmus
- **T**est **S**kew

Mistenk sentral patologi hvis...

- Hodeimpulstest er negativ
- Nystagmus endrer retning ved sideblikk
- Vertikale innstillingsbevegelser ved cover-uncover-test av øynene

Menières sykdom

Kliniske funn varierer og er usikre

Diagnostiske kriterier:

- Minst 2 karakteristiske, spontane vertigoanfall av minst 20 min. varighet
- Karakteristisk hørselstap (basstap) dokumentert ved audiometri
- Tinnitus / trykk i øret
- Spontannystagmus mot syk eller frisk side
(Avkreft vestibularisschwannom (MR) eller andre årsaker)

Ytterligere supplerende undersøkelser er oftest unødvendig)

Labyrintitt

- Spontannystagmus
 - mot sykt øre (irritasjonsnystagmus)
 - mot friskt øre (destruksjonsnystagmus)
- Nevrogent hørselstap og/eller
- Otomikroskopi
 - Otitt
 - Vesikler i øregang v/herpes zoster oticus
- Se etter HINTS

Nærsynkope/Lightheadedness

- Skyldes forhold som nedsetter hjernesirkulasjon, vanligst når man reiser seg: ortostatisme.
- Ved vasodilatasjon f.eks. pga
 - høy temperatur
 - hyperventilering
 - oppfetsing
 - alkoholbruk
 - medisinbruk som f.eks. blodtrykksmedisiner, diuretika og noen typer antidepressiva
- Anemi, hypoglykemi etc.
- Sjeldnere, men viktig å fange opp mer alvorlige årsaker som hjerneslag eller hjertesykdom.

Varselsignaler for farlig sentral svimmelhetsmistanke

*Neurologiske utfall

-dobbeltsyn, dysartri, ataksi, dysmetri, ptose, miose, «sentral» nystagmus, lammelser, nummenhet

*Sentral nystagmus:

-spontan

-ikke trettbar

-skifter retning/side

-ren vertikal/ren torsjonell

*Akutt døvhets uten kjent migrene

*Normal hode-impulstest og spontan nystagmus

Cerebellare/hjernestamme infarkt

- 1,5 % av alle infarkter (250 i Norge per år)
- Kun svimmel; under en prosent har slag??
- DOG OBS! personer med cerebrovaskulære risikofaktorer
- ”Bakre gebet affisert”. Vertebrbasilar gebetet, forsyner lillehjerne , hjernestamme og indre øret
- En studie som fulgte opp en gruppe innlagt med kun vertigo viste tre ganger økt risiko for slag neste fire år på gruppebasis, men klart assosiert med risikofaktorer; Hvis ingen RF 1,9 % slag på 4 år, hvis 1-2 RF 7% slag risiko, over tre RF 12 % risiko (Ref. Ching. Stroke 2011)

Hjernslag forts.

- Ofte ataxi /dysmetri, men aot vanskelig å skille fra nevritt
 - Bakre gebet (ACIP=A. cerebelli Inferior Posterior infarkter) særlig *kan* gi isolert vertigo (78%), brekninger (61%), falltendens/ustøhet (75%) og nystagmus uten andre lillehjerneutfall men kan også gi typiske hjernerveutfall samme side, kryssende utfall i ekstremiteter, Horner, Wallenberg syndrom osv
 - Negativ hodeimpulstest kan skille ut(?!)
 - MR caput!!
- Maks ødem på 2.-3. døgn, hernieringfare (store nedre –ACIP)
- God prognose om kommer seg bra av det akutte

- **CT** utelukker blødning, kan evt. vise begynnende ødem/sammenklemt 4.ventrikkel
- **MR** er nødvendig for avklaring om virkelig mistenker noe sentralt

Vurderes særlig når:

- Akutt debut svimmelhet
- Spontan nystagmus
- Negativ hodeimpulstest
- Nevrologiske utfall

Ubalanse, årsaker

Følelse av instabilitet i underekstremitetene og i trunkus.

- Neuromuskulære årsaker. (Nevropati, cerebellumaffeksjon, diabetes)
- Parkinson og parkinsonliknende sykdommer
- Skjelett-lidelser (cervikal spondylose)

Andre årsaker til svimmelhet

- Angst / depresjon (ca 15% av årsaken bak all svimmelhet)

Ofte vage uspesifikke beskrivelser angående debut og måten svimmelheten fremtrer. Har ofte lang varighet. Uvirkelighetsfølelse, hyperventilering...

- Cervikal svimmelhet
- Oculær svimmelhet for eksempel etter synskorreksjon som katarakt-kirurgi.
- Medisiner som påvirker CNS

Behandling

- Fjerne utløsende årsak om mulig
- Berolige
- Manøver ved BPPV
- Fysioterapi: Habitueringsøvelser , balanse trening (Trening av muskelstyrke og balanse har veldokumentert effekt ved balanseproblemer hos eldre.
- Ergoterapi: Forebygging av fall inkluderer bruk av personlige hjelpemidler som rullator, krykker og hoftebeskytter. Det er også viktig å fjerne «fallfeller» i hjemmet og montere sikringsutstyr, f.eks. sklisiske matter og håndtak på utsatte steder
- Medikamentell? Hovedsakelig medisinsanering!! Evt. medisinbehandling kun få dager!!! Forsinker restituering av vestibularis apparatet.
 - Antihistaminer :Marzine 50mg inntil x3, Postafen
 - Antipsykotika??:(Stemetil skal helst unngåes, mye bivirkning)
- ”Jo mer svimmel du orker være jo fortere kan bli frisk”
- (Nyere prostetic devices: Vibrotactile feedback)

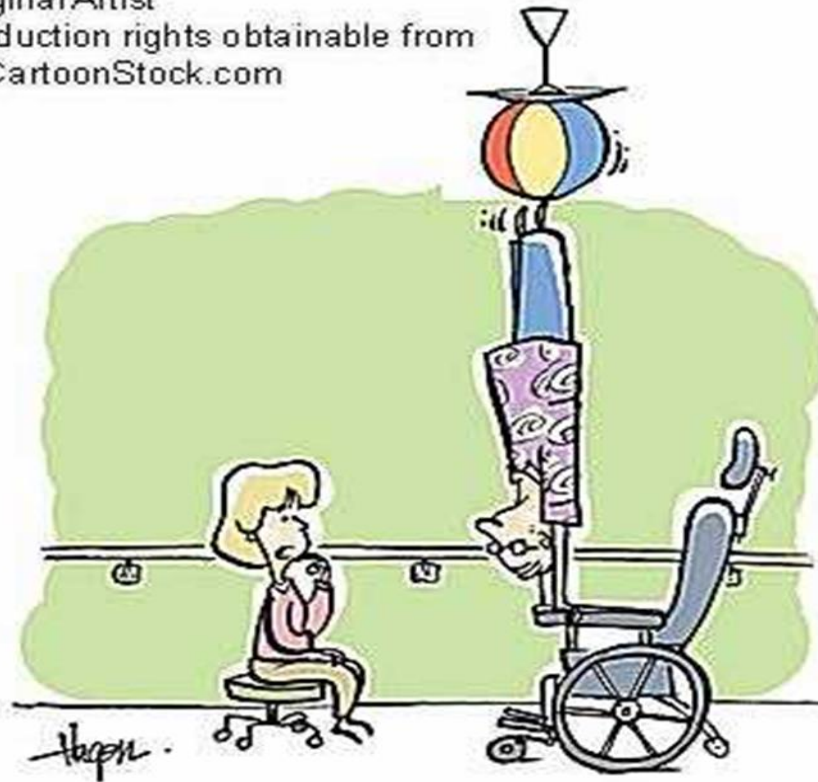
Henvises til den nasjonale nettsiden:



The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/Ferdige/svimmelhet-unde>. The page header includes the logo for Helsebiblioteket.no and a login link for Oslo Universitetssykehus HF (OUS). A search bar contains the text "Søk i fagprosedyrer". The main content area features the title "Svimmelhet - undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet på sykehus" and a breadcrumb trail: "Helsebiblioteket.no > Fagprosedyrer > Ferdige > Svimmelhet - undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet på sykehus". Below the title are five filter buttons: "Hensikt og omfang", "Fremgangsmåte", "Referanser", "Utarbeidelse", and "Referanser". To the right of these buttons are social media icons for Facebook, Twitter, Email, and Print. The page also displays metadata: "Utgitt av: Oslo universitetssykehus", "Helsepersonell prosedyren gjelder for: Fysioterapeuter og leger", "Versjon: 1.0", "Pasienter prosedyren gjelder for: Pasienter med akutt oppstått svimmelhet i sykehus", and "Siste litteratursøk: 15.03.2016". The section "Hensikt og omfang" is highlighted, with the text: "Hensikten med prosedyren er at pasientene får en adekvat og kunnskapsbasert undersøkelse, uavhengig av hvilken avdeling de legges inn ved. Målgruppen for prosedyren er fysioterapeuter og leger som undersøker pasienter med akutt svimmelhet. Prosedyren omhandler pasienter med akutt oppstått svimmelhet."

Takk for oppmerksomheten 😊

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



I THINK MY WORK HERE IS DONE.