

AKUT YRA PATIENTER

När man står inför en akut yr patient finns det tre viktiga frågor att ställa: Har patienten en skada i hjärnan eller i örat, centralt eller perifert? Behöver patienten remitteras vidare? Behövs neuroradiologisk undersökning, i så fall vilken?



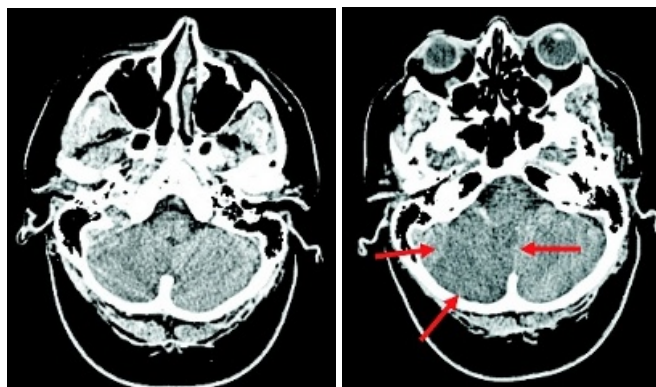
MIKAEL KARLBERG, docent,
överläkare, öron-, näs- och
halskliniken, Universitetssjuk-

husen i Lund och Malmö
mika.el.karlberg@skane.se

Ett fall som kunde slutat illa: En 55-årig kvinna söker akutmottagningen då hon under dagen blivit akut yr. Hon har sedan tidigare migrän och kostbehandlad diabetes mellitus. För sju år sedan hade hon vestibularisneurit och för fem år sedan en lindrig stroke. De senaste två veckorna har hon upplevt högersidig tinnitus och av och till ostadighet. Hon undersöks av jourhavande neurolog, som finner en svag högersläande spontannystagmus, som ökar vid blickriktning åt höger. Rutinnervstatus är i övrigt invändningsfritt. DT hjärna utan kontrastförstärkning är normal. Patienten remitteras till öron-, näs- och halskliniken och läggs in under diagnosen vestibularisneurit. Nästa dag är hennes symtom oförändrade, förutom att huvudvärk tillkommit. Vid den kliniska undersökningen finner man en högersläande nystagmus som förstärks vid blickriktning åt höger men som inte ökar vid undersökning i Frenzelglasögon. Ögonens följareörelser är sackaderade vid rörelser åt höger. Det vestibulära impulstestet är normalt, och detta fynd gör att man misstänker central yrsel och beslutar om förnyad neuroradiologisk undersökning. Eftersom det är helg kan man inte få MR akut utan en ny DT hjärna görs, som nu visar en högersidig cerebellär infarkt med svullnad och begynnande kompression av fjärde ventrikeln (Figur 1). Patienten överförs till neurologavdelning för noggrann övervakning och tillfrisknar utan resttillstånd.

Akut yrsel är ett av de mest skrämmande och ångestframkallande neurologiska symtomen [1], kanske också för den handläggande doktorn eftersom det saknas strikta riktlinjer för handläggningen. Det finns inga svenska undersökningar om yrsel som orsak till besök på akutmottagningar, men aktuella amerikanska studier visar att ca 3 procent av patienter vid akutmottagningar söker på grund av yrsel [2]. Studierna visar också att den procentuella andelen yrspatienter har ökat under de senaste tio åren och att utnyttjandet av DT eller MR har ökat utan att andelen diagnostiserade fall av stroke eller hjärntumörer ökat [3].

Beroende bl a på symtomens svårighetsgrad och de aktuella geografiska avstånden handläggs i Sverige de flesta akut yra patienter antingen av allmänläkare på vårdcentral eller av läkare under utbildning på allmänna akutmottagningar. Det är endast de stora akutsjukhusen som har tillgång till neurolog eller öron-, näs- och halsläkare dygnet runt, och även inom dessa specialiteter finns det få läkare med specialutbildning



Figur 1. DT hjärna från en 55-årig kvinna med akut yrsel och högersläande nystagmus. Den akuta undersökningen är normal (till vänster). Vid förnyad DT efter 24 timmar (till höger) ses en tydlig högersidig lillhjärnsinfarkt med begynnande kompression av fjärde ventrikeln.

inom neurootologi. Detta innebär att de flesta som handlägger dessa patienter har ganska ringa kunskap om sjukdomspanoramat och modern praxis för handläggning. I en aktuell, stor, internationell undersökning bland akutläkare om behovet av kliniska beslutsrutiner vid olika tillstånd bedömdes handläggning av akut yrsel vara näst högst prioriterat efter handläggning av högfebrila spädbarn [4]. Patienter som insjuknat med akut yrsel för första gången bör, eftersom det knappt finns någon livshotande »öronyrsel«, bedömas på en allmän akutmottagning och inte på en öron-, näs- och halsmottagning. Om man då kan diagnostisera och därmed innesluta de vid akut yrsel vanligaste perifera och godartade vestibulära sjukdomarna, som t ex vestibularisneurit och godartad lägesyrsel (benign paroxysmal positionsvertigo, BPPV), behöver man följaktligen inte alltid utesluta de sällsyntare centrala skadorna med resurskrävande undersökningar utan kan spara tekniker som t ex MR för oklara fall [5].

Målet med denna översikt är inte att gå igenom alla tänkbara yrseorsaker som kan få en patient att söka akut (anemi, hypo- och hypertoni, hjärtsjukdomar, öronsjukdomar, CNS-sjukdomar, psykiska sjukdomar, infektioner, medicinbiverkningar m m ad infinitum) utan att ge handfasta råd om handläggningen på en vårdcentral eller akutmottagning. När man står inför en akut yr patient är de tre viktigaste frågorna: Har patienten en skada i hjärnan eller i örat, centralt eller peri-

SAMMANFATTAT

Akut yrsel är oftast godartad. Stroke diagnostiseras hos mindre än 1 procent av patienter som söker akut med yrsel som enda symtom.

De viktigaste diagnoserna är godartad lägesyrsel, vestibularisneurit och cerebellär infarkt.

En patient med akut rotatorisk yrsel, spontannystagmus

och normalt vestibulärt impulstest har en central lesion tills motsatsen är bevisad.

DT hjärna är en dålig undersökning för att utesluta akuta ischemiska skador i bakre skullgropen. Om möjligt bör man i stället göra MR-undersökning med diffusionsvik-tade bilder.

fert? Behöver patienten remitteras för inläggning och övervakning? Behövs neuroradiologisk undersökning och i så fall vilken?

Frågor att ställa till patienten

Beskriv din yrsel. Traditionellt har stor vikt lagts vid att karakterisera patientens upplevelse av sin yrsel. Inom framför allt anglosaxisk litteratur har man, baserat på patientens beskrivning, delat in yrsel i vertigo, presynkope, ostadighet och okarakteristisk yrsel och försökt använda detta som ett hjälpmedel för diagnostiken. Vertigo, en illusion av rörelse, skulle tala för vestibulär eller otogen orsak; presynkope, en känsla av att svimma, skulle tala för kardiovaskulär orsak; ostadighet skulle tala för neurologisk orsak och okarakteristisk yrsel skulle tala för psykogen yrsel.

Tyvärr visar aktuella studier att patienterna har mycket svårt att ge en reproducerbar beskrivning av sin yrsel [6]. Även vid kardiogena orsaker beskrivs yrseln ofta som vertigo [7].

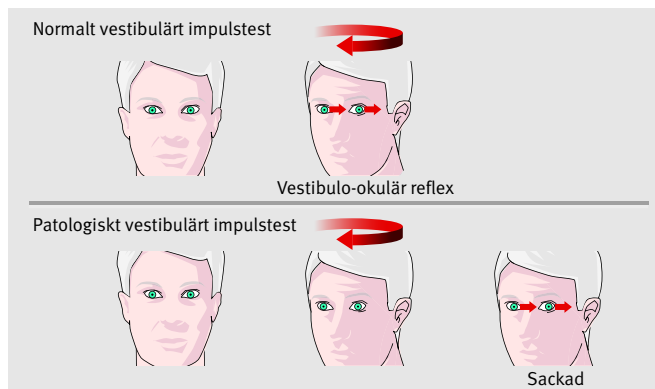
Hur länge har du varit yr? Patienterna har oftast mycket lättare att redogöra för yrselns tidsförlopp än för hur yrseln upplevs [6]. Upprepade spontana yrselepisoder kortare än en minut är oftast ospecifika, men en så stor del som 60 procent av patienter med hjärnstamsstroke har upplevt korta attacker med yrsel under veckorna före stroke. Sekund- till minutlänga yrselepisoder efter lägesändring talar starkt för godartad lägesyrsel. Yrselattackerna vid Ménières sjukdom varar sällan längre än sex timmar. Migränyrsel har ofta en duration på 12–24 timmar och är inte alltid åtföljd av huvudvärk. Kontinuerlig kraftig yrsel som varar flera dagar och långsamt minskar i intensitet är typisk för vestibularisneurit och cerebellär infarkt.

Är du yr just nu? Om patienten svarar ja på denna fråga innebär det att de eventuella avvikande fynd man finner vid den kliniska undersökningen avspeglar orsaken till patientens yrsel. En patient som klagar över pågående kraftig yrsel men som inte har någon spontannystagmus och som klarar Rombergs prov har med största sannolikhet inte någon akut perifer eller central vestibulär störning.

Är det något som utlöser eller förvärrar din yrsel? Den viktigaste anamnestiska uppgiften är om yrseln tydligt utlöses eller förvärras av lägesändringar. Detta talar starkt för godartad lägesyrsel. Insjuknande under natten när man vänder sig i sängen eller på morgonen när man ska stiga ur sängen talar också för godartad lägesyrsel. De flesta yrselsjukdomar förvärras av huvudrörelser, varför den upplysningen knappast hjälper till i diagnostiken. Om yrseln bara uppstår på vissa platser eller i speciella situationer och nästan aldrig i patientens hem är sannolikt en ångestsjukdom orsaken.

Har du ont någonstans? Akut debuterande yrsel kombinerad med smärta är varningstecken på att ett potentiellt allvarligt tillstånd ligger bakom. Yrsel och bröstsmärta kan vara tecken på hjärtinfarkt eller aortadissektion. Akut nacksmärta och yrsel, framför allt efter nacktrauma och även lindrigt sådant, gör att man även hos yngre patienter bör misstänka bakre skallgropsinfarkt sekundärt till vertebralisdissektion. Huvudvärk är vanligare vid stroke i bakre skallgropen än vid andra lokalisationer. Öronsmärta och yrsel kan vara purulent otit med labyrinthit eller, om öronstatus är normalt eller patienten har blåsor på eller i örat, bältros, sk zoster oticus.

Har du hörselnedsättning eller tinnitus? Akut yrsel kombine-



Figur 2. Vestibulärt impulstest för bedömning av den vestibulo-okulära reflexen. Håll patientens huvud mellan dina händer och be patienten att hålla blicken fäst på tex din näsa. Vrid patientens huvud snabbt ca 5–10 grader åt sidan. Upprepa några gånger åt båda sidorna. Om patienten kan hålla kvar blicken fixerad vid målet är testet normalt, den vestibulo-okulära reflexen fungerar, och patienten har ingen säker påverkan på det perifera vestibulära systemet (1:a neuronet). Om patienten inte kan hålla kvar blicken utan är tvungen att göra en återställningssackad är det perifera vestibulära systemet skadat på den sidan. Vid akut yrsel talar detta starkt för perifer vestibulär skada/vestibularisneurit.

rad med ensidig hörselnedsättning och tinnitus talar för att orsaken sitter i örat, tex Ménières sjukdom, men tyvärr kan man aldrig vara 100 procent säker. Eftersom arteria auditiva interna, som försörjer innerörat, är en gren från den främre nedre cerebellära artären (AICA) kan också en infarkt inom denna artärs utbredningsområde ge ensidig akut hörselnedsättning och perifert vestibulärt bortfall [8].

Har du några andra symtom? Fråga efter känselstörningar, förlamningar, dubbelseende, sväljningssvårigheter, svårighet att hitta ord mfl neurologiska fokalsymtom. Hos en patient som, förutom akut yrsel, har andra neurologiska symtom måste stroke eller annan akut neurologisk sjukdom i första hand misstänkas.

Har du andra sjukdomar? Röker du? Tar du några mediciner? Finns det faktorer som ökar sannolikheten för att den akuta yrseln beror på stroke på grund av antingen arterioskleros, emboli eller dissektion? Sådana faktorer kan vara ålder >50 år, rökning, hypertoni, diabetes, lipidrubning, förmaksflimmer, kranskärlssjukdom, perifer kärlsjukdom och aktuell nack- eller skallskada.

En del läkemedel, framför allt antiepileptika och litium, ger ofta yrsel som biverkning. Om patienten nyligen börjat med en ny medicin kanske man kan misstänka att yrseln är en medicinbiverkning, i synnerhet om man inte finner någon annan tänkbar orsak.

Kliniska undersökningar

Det viktigaste kliniska testet för att påvisa en uttalad perifer vestibulär skada är det vestibulära impulstestet (head impulse test eller head thrust test) [9]. Till skillnad från de flesta kliniska test är detta bara 20 år gammalt och därför ännu inte allmänt känt. Testet utnyttjar det faktum att den vestibulo-okulära reflexens främsta uppgift är att underlätta ett skarpt seende när vi går eller springer genom att stabilisera ögonens position vid huvudrörelser. Innerörats bäggångsorgan känner av huvudets rörelse, och med ca 10 ms latens rör sig ögonen åt motsatt håll. Vid en skada i reflexens första neuron, från in-

TABELL I. Typiska kliniska fynd vid central och perifer yrsel.

	Perifert	Centralt
<i>Spontannystagmus</i>	Horisontell/ torsionell	Rent horisontell/ vertikal/torsionell
Ändrar riktning med blickriktningen?	Nej	Ja, ofta
Ökar utan visuell fixation (i Frenzels glasögon)	Ja	Nej
Minskar vid visuell fixation?	Ja	Nej
<i>Utröttbar yrsel?</i>	Ja (lägesyrsel)	Nej
<i>Yr vid lägesändringar?</i>	Ja (lägesyrsel)	Nej
<i>Hörselnedsättning, tinnitus?</i>	Ja (tex vid Ménières sjukdom)	Nej (ibland vid AICA-infarkt!)
<i>Andra neurologiska symtom?</i>	Nej!	Oftast (inte alltid vid lillhjärnsinfarkt)
<i>Kan patienten gå själv?</i>	Ja/sådär	Sämlre
<i>Patologiskt impulstest?</i>	Ja (ofta)	Nej (sällsynt)
<i>Patologiskt Dix–Hallpikes test?</i>	Ja (lägesyrsel)	Nej
<i>Falltendens</i>	I långsam nystagmusfasriktning	I snabb nystagmusfas riktning

nerörat via balansnerven till vestibulariskärnorna i hjärnstammen, kommer inte ögonen att röra sig utan i stället följa med huvudets rörelse. Patienten upptäcker att han eller hon inte tittar på målet och kommer efter ca 100–200 ms att göra en liten återställningssackad som undersökaren kan upptäcka som ett patologiskt vestibulärt impulstest (Figur 2).

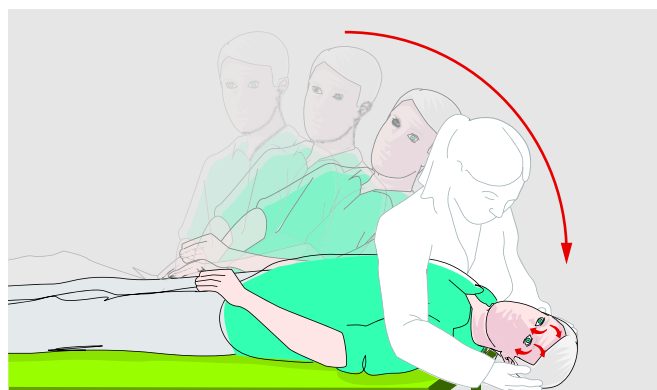
En video som visar ett ensidigt patologiskt impulstest finns på New England Journal of Medicines webbplats [10] <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/24/e26/DC1>>. Efter som det första neuronet i reflexen löper in i hjärnstammen i höjd med vestibulariskärnorna kan en lesion i detta område också ge ett patologiskt impulstest. Det är emellertid mycket sällsynt att en lesion i hjärnstammen inte ger några andra neurologiska symtom eller fynd [11]. Nyligen har en prospektiv studie visat att man med det vestibulära impulstestet med hög sensitivitet och specificitet kan skilja vestibularisneurit från cerebellär infarkt hos patienter med akut yrsel och spontannystagmus [12].

I övrigt är det viktigaste en noggrann bedömning av patientens ögonmotorik. Finns det spontannystagmus? Åt vilket håll slår den? Finns det blickriktningnystagmus? Slår nystagmus bara åt ett håll eller byter den riktning med blickriktningen? Är patientens ögonrörelser konjugerade? Eventuell nystagmus ska också bedömas med hjälp av Frenzelglasögon eller videonystagmoskopi så att patienten inte har möjlighet att fixera blicken. Ökar eller minskar nystagmus då? Positioneringstest för godartad lägesyrsel från bakre och laterala bäggångarna och rutinnervstatus bör alltid göras.

I Tabell I presenteras typiska kliniska skillnader mellan perifer och central yrsel. Om den kliniska undersökningen är helt normal och patienten ändå upplever stort obehag bör patientens psykiska status bedömas. Hospital anxiety and depression scale (HADS) är ett enkelt och väl validerat frågeformulär för bedömning av en patients ångest- och depressionsnivå [13]. Det tar endast några minuter att fylla i och bedöma och kan ge indikation på om en patients yrsel är del i tex en ångestsjukdom.

Godartad lägesyrsel

I samtliga kliniska sammanställningar, vare sig det rör sig om allmänna akutmottagningar eller specialiserade yrsmottagningar, är godartad lägesyrsel (»kristallsjuka«) den vanligaste diagnosen [14]. Sannolikt beror detta på att tillståndet, till skillnad från många andra yrsmjukdomar, så strikt och enkelt kan diagnostiseras med olika positioneringstest. Patienter med lägesyrsel insjuknar ofta nattetid eller på morgonen när de vänder sig i eller stiger upp ur sängen. Godartad lägesyrsel från bakre bäggången ger oftast lite lindrigare sym-



Figur 3. Dix–Hallpikes test för diagnos av godartad lägesyrsel från bakre bäggång. Informera patienten om att testet kan utlösa kraftig yrsel och att det i så fall är ett gott tecken, som talar för att yrseln är godartad och lättbehandlad.

Låt patienten sitta på en brits så att huvudet vid nedläggningen kommer att hanna utanför britsens kant eller lägg en kudde under patientens axlar. Vrid patientens huvud 45 grader mot det öra som ska undersökas. Lågg med en snabb rörelse (max ca 2 sekunder) patienten ned på rygg med huvudet hängande.

Vid ett typiskt positivt test upplever patienten efter några sekunder latens en yrsel som tilltar i intensitet, och ofta ser man en vertikal eller torsionell nystagmus som slår mot patientens panna eller axel på den testade sidan. Efter 10–45 sekunder i det provocerande läget försvinner både yrsel och nystagmus. När patienten reser sig upp till sittande uppstår ofta på nytt övergående yrsel, och om man kan observera nystagmus har den nu en riktning motsatt den som uppstod vid ryggsläget.

Om Dix–Hallpiketestet upprepas 2–3 gånger uträttas och upphör yrsel- och nystagmusväret. Övergående yrsel utan synlig nystagmus vid Dix–Hallpikes test är också att betrakta som ett positivt test. Lägesyrsel från bakre bäggång behandlas med tex Epley-måner (se artikeln Fysikalisk behandling av yrsel i detta tema).

tom, och när patienten väl kommit upp ur sängen utlöses yrseln bara när han eller hon böjer sig bakåt eller framåt [14]. Lägesyrsel från den laterala bäggången ger ofta mer intensiva symtom och är därför vanlig på akutmottagningar. Patienten blir kraftigt yr i både höger och vänster sidoläge. Om patienten ligger absolut stilla försvinner yrseln för att återkomma vid minsta huvudrörelse [15]. Denna typ av yrsel kan förväxlas med vestibularisneurit, och patienten kommer ofta med ambulans (»bakre bäggång går, lateral bäggång kommer på bår«). Lägesyrseidiagnostiken sker med hjälp av olika positioneringstest (Figur 3 och 4). Patienten kan ofta utan risker bo-

tas på några minuter med någon av de olika manövrar [14-16] som utarbetats. Hur man utför manövrarna beskrivs närmare i artikeln Fysikalisk behandling av yrsel i detta tema.

Vestibularisneurit

Vid vestibularisneurit insjuknar patienten i kraftig kontinuerlig yrsel av rotatorisk karaktär. Insjuknandet är oftast inte abrupt utan yrseln sätter in och ökar under loppet av minuter. Patienten blir illamående och kräks och kommer ofta till akutmottagningen med ambulans. Kliniskt finner man horisontell spontannystagmus, ibland med ett torsionellt inslag. Nystagmusintensiteten ökar vid blick i den snabba fasens riktning och minskar vid blick i den långsamma fasens riktning men byter aldrig riktning. Det vestibulära impulstestet är patologiskt vid huvudvridning mot den skadade sidan. Om patienten inte har några andra neurologiska fokalsymtom eller fynd behöver ytterligare undersökningar inte göras [17].

Under det första dygnet ges intravenös vätska och antiemetika i stölpillerform. Antiemetika ska ges under så kort tid som möjligt, eftersom dess sederande effekt förlångsamar den centrala vestibulära kompensationen och fördröjer tillfrisknandet. Så snart allmäntillståndet tillåter ska patienten instrueras i rörelseträning enligt principerna för vestibulär rehabilitering: »Ju yrare du står ut med att vara, desto snabbare blir du frisk.«

En prospektiv, dubbelblindad, placebokontrollerad studie har visat att akutbehandling med höga doser steroider insatt inom tre dygn efter insjuknandet förbättrar återkomsten av den vestibulära funktionen [18]. I Lund ger vi sedan några år dessa patienter 8 mg Betapred intravenöst så snart diagnosen är ställd, följt av peroralt prednisolon 50 mg · 1 under fem dygn med nedtrappning under de följande fem dyggen. I en publicerad uppföljningsstudie har vi funnit att denna behandling minskade behovet av sjukhusvård och ökade andelen patienter som vid uppföljning 3-12 månader senare hade normal vestibulär funktion.

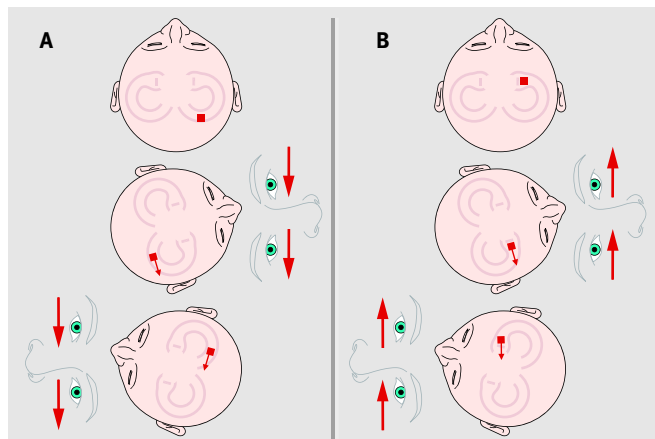
Cerebellär infarkt

Yrsel, illamående och balansstörning är vanliga symtom vid cerebellära infarkter. Insjuknandet är oftast mer abrupt än vid vestibularisneurit. I de flesta fall påvisar den kliniska undersökningen tydliga tecken på ataxi, men ibland kan det vara mycket svårt att skilja cerebellär infarkt från vestibularisneurit [19]. I en stor prospektiv studie av mer än 200 cerebellära infarkter fann man att ca 10 procent av dem kliniskt såg ut som vestibularisneurit: akut yrsel, balansstörning, horisontell spontannystagmus som inte ändras riktning och avsaknad av andra neurologiska symtom eller fynd. Däremot hade alla de cerebellära »pseudoneuriterna« normalt vestibulärt impulstest [20]. Slutsatsen blir att en patient med »vestibularisneurit« och normalt impulstest har en cerebellär infarkt tills motsatsen är bevisad.

Cerebellära infarkter har ofta ett godartat förlopp, men det finns en risk för att infarkten är expansiv och efter 2-3 dygn av tilltagande svullnad påverkar likvorcirkulationen med risk för akut inklämning och död. I en serie med 15 patienter med feldiagnostiserade cerebellära infarkter dog sex, och fem fick kvarstående allvarliga resttillstånd. De flesta av dessa patienter var under 50 år och hade normal akut DT hjärna [21].

När överväga neuroradiologisk undersökning?

Akut DT hjärna utan kontrast är en dålig undersökning för att utesluta ischemiska lesioner i bakre skullgropen [22]. Det enda som en normal DT hjärna med någorlunda säkerhet utesluter är en cerebellär blödning. En normal DT hjärna kan ge



Figur 4. Positioneringstest för diagnostik av godartad lägesyrsel från lateral bäggång. Lagg patienten på rygg med huvudet på en kudde. Vrid patientens huvud ca 90 grader åt sidan. Vid positivt test upplever patienten yrsel, och man ser en horisontell nystagmus som antingen slår mot golvet (geotrop nystagmus) eller mot taket (apogeotrop nystagmus). Låt patienten ligga kvar med huvudet åt sidan och notera hur länge yrsel och nystagmus kvarstår. Vrid därefter patientens huvud åt motsatt håll och notera eventuell yrsel och nystagmus.

Vid lägesyrsel på grund av lösa otoliter (canalolithiasis) slår nystagmus mot golvet (mot kanalen), och yrsel uppstår i både höger och vänster sidoläge men avstannar inom några minuter. Sidan med kraftigast yrsel och nystagmus är den sjuka sidan (A). Denna lägesyrsel kan ofta botas direkt med en positioneringsmanöver (se artikeln Fysikalisk behandling av yrsel i detta tema). Vid lägesyrsel på grund av otoliter som fastnat på bäggångens cupula (cupulolithiasis) slår nystagmus mot taket (mot kupolen), och yrsel uppstår i både höger och vänster sidoläge och fortsätter så länge patienten befinner sig i det provocerande läget (B). Denna typ av lägesyrsel kan behandlas genom att patienten flera gånger i timmen gör horisontella huvudskakningar för att skaka loss otoliterna från cupulan och så mycket som möjligt ligger på den sida som känns bäst att ligga på.

en falsk känsla av trygghet och leda till att man skickar hem eller bristande övervakar en patient med en potentiellt livshotande sjukdom, som i fallbeskrivningen ovan.

Det i dagsläget bästa sättet att påvisa ischemi i bakre skullgropen är med MR med diffusionsviktade bilder, och inte ens denna teknik är 100-procentigt säker [23]. Tyvärr är MR sällan tillgänglig akut. Det görs många akuta DT hjärna patienter med akut yrsel, och man kan misstänka att de flesta av dem faktiskt görs i onödan. Kanske bör vi byta taktik och i stället för att beställa en undersökning som inte kan ge svar på det vi vill veta – om patienten har en potentiellt »farlig« orsak till sin yrsel – göra en undersökning som kan ge ett säkrare svar? Med dagens kunskapsläge måste man misstänka att en patient med akut yrsel, spontannystagmus och normalt vestibulärt impulstest har en central lesion tills motsatsen är bevisad. Dessa patienter bör övervakas noggrant och om möjligt snarast undersökas med MR med diffusionviktade bilder eller med DT hjärna ett till två dygn efter symptomdebuten när en eventuell cerebellär infarkt tydligare har demarkerats.

Vad kan vi göra bättre?

Det finns inga validerade protokoll för omhändertagande av akut yrsel. Resultaten från undersökningar bland anglosaxiska akutläkare liksom erfarenheter från mina informella samtal med både läkare under utbildning och erfarna kolleger gör

Annonsera efter läkare?

En annons
i Läkartidningen
ger automatiskt
en annons på
vår jobbsajt
Karriär&Arbete

Utmanande
saklig

Läkartidningen

TEMA YRSEL

att jag vågar påstå att det finns ett stort behov av att utveckla och validera vår handläggning av dessa patienter.

Ett första förslag för handläggning av akut yra patienter är att redan vid triageringen försöka skilja lägesändringsyrsel från kontinuerlig yrsel, eftersom handläggningen av dem är olika. Vid kontinuerlig yrsel med allmänpåverkan kan akut-sköterskan redan vid den initiala patientbedömningen sätta nål och kontrollera medvetandegrad, ta blodtryck, pulsoxi-metri, EKG och snabbtest för Hb, blodglukos och CRP. Då får man en snabb uppfattning om tecken på eventuell hypo- eller hypertoni, hjärtarytmi eller -infarkt, dålig syresättning, ane-mi, hypo- eller hyperglykemi och infektion eller inflamma-tion. Vidare måste akutkliniker och röntgenkliniker i samar-bete utarbeta tydliga riktlinjer för radiologiska undersök-ningar vid akut yrsel.

Den som vill läsa mer hänvisas i första hand till aktuella översikter [24, 25].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Pollak L, Klein C, Rafael S, Vera K, Rabey JM. Anxiety in the first attack of vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128:829-34.
2. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:765-75.
3. Kerber KA, Meurer WJ, West BT, Fendrick AM. Dizziness presentations in U.S. emergency departments, 1995-2004. *Acad Emerg Med.* 2008;15:744-50.
5. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith MA, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006;37:2484-7.
6. Newman-Toker DE, Cannon LM, Stofferahn ME, Rothman RE, Hsieh YH, Zee DS. Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: a cross-sectional study conducted in an acute care setting. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1329-40.
8. Grad A, Baloh RW. Vertigo of vascular origin. Clinical and electro-nystagmographic features in 84 cases. *Arch Neurol.* 1989;46:281-4.
9. Halmagyi GM, Curthoys IS. A clinical sign of canal paresis. *Ann Neurol.* 1988;45:737-9.
10. Lewis RF, Carey JP. Abnormal eye movements associated with unilateral loss of vestibular function. *N Engl J Med.* 2006;355(24):e26.
12. Newman-Toker DE, Kattah JC, Alvernia JE, Wang DZ. Normal head impulse test differentiates acute cerebellar strokes from vestibular neuritis. *Neurology.* 2008;70:2378-85.
13. Herrman C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42:17-41.
14. Parnes LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). *CMAJ.* 2003;169:681-93.
15. White JA, Coale KD, Catalano PJ, Oas JG. Diagnosis and management of lateral semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;133:278-84.
16. Francesco R, Francesco D, Salvatore G, Gautham K, Rosalia G, Riccardo S. Management of benign paroxysmal positional vertigo of lateral semicircular canal by Gufoni's manoeuvre. *Am J Otolaryngol.* 2009;30:106-11.
17. Baloh RW. Clinical practice. Vestibular neuritis. *N Engl J Med.* 2003;348:1027-32.
18. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, Niklas D, Maag KP, Dieterich M, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med.* 2004;351:354-61.
19. Norrving B, Magnusson M, Holtås S. Isolated acute vertigo in the elderly: vestibular or vascular disease? *Acta Neurol Scand.* 1995;91:43-8.
20. Lee H, Sahn SI, Cho YW, Lee SR, Ahn BH, Park BR, et al. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: frequency and vascular topographical patterns. *Neurology.* 2006;67:1178-83.
21. Savitz SI, Caplan LR, Edlow JA. Pitfalls in the diagnosis of cerebellar infarction. *Acad Emerg Med.* 2007;14:63-8.
24. Halmagyi GM. Diagnosis and management of vertigo. *Clin Med.* 2005;5:159-65.
25. Seemungal BM, Bronstein AM. A practical approach to acute vertigo. *Pract Neurol.* 2008;8:211-21.