

YRSEL HOS ÄLDRE – VANLIG OCH BEHANDLINGSBAR

Multisensorisk svikt och läkemedelsbehandling är vanliga orsaker till yrsel hos äldre. Noggrann anamnes kan spåra orsakerna, och fysisk aktivitet kan vara ett sätt att få bukt med yrseln.



EVA EKVALL HANSSON, leg sjukgymnast, med dr, institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Allmänmedicin, Lunds universitet eva.ekvall-hansson@med.lu.se

PATRIK MIDLÖV, specialist i allmänmedicin, med dr, Vårdcentralen Tåbelund, Eslöv

Yrsel är en av de absolut vanligaste orsakerna till att äldre personer uppsöker sjukvården [1-3] och dessutom en riskfaktor för fall [4, 5]. Man har hittat nedsatt funktion i balansorganet både hos äldre med handledsfraktur och hos äldre med höftledsfraktur [6, 7], vilket talar för att funktionen hos balansorganet kan påverka förekomsten av frakturer. Om den äldre personen använder någon medicin, ökar risken för yrsel [3].

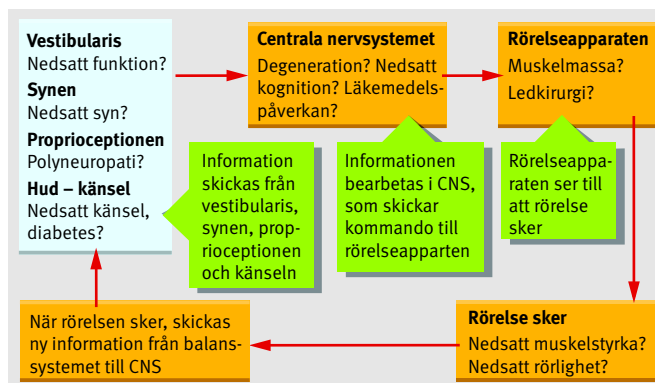
Multisensorisk svikt

Som tidigare nämnts (se artikeln Sinnenas samordning sätts ur spel i detta tema) håller vi balansen med hjälp av vestibularis, synen och proprioceptionen både i nedre extremiteten och i nacken. Informationen från dessa sensoriska system bearbetas sedan i hjärnstammen.

Att åldras innebär att förändringar sker både i de sensoriska organen och i hjärnstammen. Troligen minskar antalet sinnesceller i vestibularis, synen kan vara nedsatt och proprioceptionen påverkad. Delar av rörelseapparaten kan också vara involverade, såsom muskelfunktion och led rörlighet. Hjärnstamsfunktionen kan också vara nedsatt hos äldre personer.

Normalt åldrande i sig är ingen sjuklig process men kan i vissa fall innebära att nedsättningen i funktion hos de sensoriska organen och hos hjärnstammen sammantaget blir symptomgivande (Figur 1). Yrseln är då sällan av rotatorisk art, utan patienter med multisensorisk svikt beskriver sina symptom som att de känner sig ostadiga, det gungar och de tar snedsteg ibland. Karakteristiskt är att symtomen förvärras när patienten rör sig utomhus eller i miljöer med mycket ljud och synintryck, såsom stora varuhus med mycket folk.

Man har tidigare spekulerat i om cervikal spondylos, som är vanligt hos äldre personer, skulle kunna påverka blodflödet till hjärnan via mekaniskt tryck på arteria vertebralis. Det finns ingen studie som har kunnat påvisa någon sådan påver-



Figur 1. Multisensorisk nedsättning i balanssystemet.

kan, däremot studier som visat på att det inte finns något nedsatt flöde i arteria vertebralis hos personer med yrsel och spondylos [8].

Trots att nedsättningen i funktion kan förefalla svårbehandlad, har senare års forskning visat att det är viktigt att aktivera patienter med multisensorisk yrsel och uppmana dem att utmana sitt balanssystem för att därigenom förbättra funktionen och minska känslan av yrsel. Det finns starkt vetenskapligt underlag för behandlingsmetoden »vestibulär rehabilitering« vid multisensorisk yrsel [9-11]. Man vet också att äldre personer som har tendens att falla i hög grad är beroende av somatosensoriska intryck för att hålla balansen, vilket ytterligare förstärker tesen att de somatosensoriska systemen är viktiga att träna [12].

Läkemedel

Med ökad ålder ökar risken för läkemedelsbiverkningar. Det har flera orsaker. Fysiologiska förändringar gör att äldre eliminerar läkemedel långsammare än yngre, inte minst beroende på sänkt njurfunktion.

Äldre har även ökad känslighet för många läkemedels effekter. Detta kan bero på förändringar på receptornivå men även på försämrade reglersystem.

Vidare har äldre generellt fler läkemedel än yngre, och detta ökar naturligtvis risken för att läkemedelsbiverkan ska uppstå.

Om man studerar Fass upptäcker man att yrsel är en biverkan som kan förekomma hos en lång rad läkemedel. Man kan grovt dela in läkemedel som orsakar yrsel i två stora grupper:

- Läkemedel som påverkar hjärta-kärl. Dessa läkemedel kan orsaka t ex blodtrycksfall eller rytmrubbningar. Många olika läkemedel ingår här. Blodtrycksläkemedel såsom ACE-hämmare, betablockerare, kalciumantagonister men också andra läkemedel som parkinsonläkemedel och neuroleptika kan ge yrsel genom att sänka blodtrycket. Neuroleptika kan

SAMMANFATTAT

Yrsel är vanligt hos äldre, men god möjlighet till förbättring finns. En översyn av befintlig medicinering är en bra första åtgärd. **Dix-Hallpikes** manöver är ett enkelt sätt att utesluta eller bekräfta godartad lägesyrsel. **Lugnande besked** om att yrseln inte är farlig men att det

är viktigt att vara fysiskt aktiv och våga utmana sin balans, men på ett säkert sätt, är ett av de enklaste men bästa råd vi kan ge patienter med yrsel. **Vid misstanke om multisensorisk yrsel** är vestibulär rehabilitering lämplig behandling.

»Yrsel är ofta obehagligt och ibland väldigt handikappande för den äldre patienten.«

även orsaka bradykardi [13]. Med tanke på att neuroleptika dessutom påverkar CNS bör man vid all neuroleptikabehandling av äldre väga risken för yrsel (och fall) mot nyttan med behandlingen.

- Läkemedel som påverkar CNS. Till denna grupp hör bl a bensodiazepiner och neuroleptika men också analgetika som tramadol.

Ju fler läkemedel äldre har, desto större är risken för yrsel [14, 15].

Förutom läkemedel kan även olika sjukdomar bidra till yrsel. Ångest, depression, elektrolytrubbningar, diabetes och hypotyreoos är exempel på sjukdomar som kan ge yrsel, inte minst om sjukdomen är dåligt kontrollerad. Läkemedel kan således om de är rätt använda minska risken för yrsel.

Yrsel är en riskfaktor för fall, och bensodiazepiner leder även vid låga doser till ökad risk för exempelvis höftfrakturer [16]. Det har beräknats att kostnaderna inom EU på grund av olyckor med bensodiazepiner som bidragande faktor är ungefär 1,5–2 miljarder euro varje år. Mer än 90 procent av dessa kostnader beror på olyckor med äldre patienter, där höftfrakturer är en mycket vanlig orsak [17].

Yrsel är ofta obehagligt och ibland väldigt handikappande för den äldre patienten. Med risken för fall leder yrsel till stora samhällskostnader. Det finns således all anledning att förebygga yrsel eller att ta bort utlösande faktorer:

- Fråga patienten. Yrsel kan många gånger vara svår att beskriva, och det är inte alltid som patienten tar upp det. Läkaren bör redan innan läkemedel ordinerar fråga om patienten besvärar av yrsel. Vid utvärdering av läkemedel med påverkan på hjärt-kärlsystemet eller CNS bör man fråga om patienten har yrsel, inte bara just vid läkarbesöket utan över

huvud taget sedan läkemedlet sattes in.

- Mät blodtryck vid upprepade tillfällen, såväl liggande och sittande som stående.
- Som vid all behandling ska man värdera risken med nyttan med läkemedelsbehandlingen. Detta bör göras fortlöpande. Vissa läkemedel med stor risk för yrsel, t ex medel- och långverkande bensodiazepiner, är generellt olämpliga för äldre.
- Undanröj utlösande faktor – ibland ett läkemedel, ibland en dåligt reglerad sjukdom, t ex diabetes.

Ta besvären på allvar. Icke-farmakologisk behandling är många gånger framgångsrik mot yrsel, inte minst hos äldre patienter.

Övriga orsaker till yrsel hos äldre

Godartad lägesyrsel (BPPV, benign paroxysmal positionell vertigo) drabbar innerörats otolitorgan (se artikeln Yrsel och illamående – vestibulära orsaker i detta tema). Godartad lägesyrsel förekommer i alla åldrar men är vanligast i 60- och 70-årsåldern [18]. I en studie har vi visat att 39 procent av de äldre patienter som varit hos distriktsläkare för yrsel och fått ICD-10-diagnosen R42 »yrsel« faktiskt hade godartad lägesyrsel, vilket visar att godartad lägesyrsel troligen är underdiagnostiserad hos äldre personer [19]. Med tanke på dels den ökade fallrisken, dels att äldre personer inte alltid beskriver sin yrsel så tydligt, bör man vara frikostig med att undersöka äldre, yra patienter med Dix–Hallpikes manöver, även om anamnesen inte ingett misstanke om godartad lägesyrsel (se artikeln Akut yra patienter).

Tillståndet är också relativt lätt att behandla, antingen med manöverbehandling eller med habitueringsövningar (se artikeln Fysikalisk behandling av yrsel). Ibland förekommer ett resttillstånd efter behandlingen. Patienten kan då känna sig gungig och ostadig. Vanligen drabbar detta äldre patienter och tillståndet behandlas med fördel med vestibulär rehabilitering [20, 21].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Grimby A, Rosenhall U. Health-related quality of life and dizziness in old age. *Gerontology*. 1995;41:286–98.
- Hobeika CP. Equilibrium and balance in the elderly. *Ear Nose Throat J*. 1999;78(8):558–62, 65–6.
- Sloane PD, Blazer D, George LK. Dizziness in a community elderly population. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:101–8.
- Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*. 2003;49(2):93–116.
- Tinetti M, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med*. 2000;132:337–44.
- Kristinsdottir EK, Jarnlo GB, Magnusson M. Asymmetric vestibular function in the elderly might be a significant contribution to hip fractures. *Scand J Rehab Med*. 2000;32:56–60.
- Kristinsdottir EK, Nordell E, Jarnlo GB, Tjäder A, Thorngren KG, Magnusson M. Observation of vestibular asymmetry in a majority of patients over 50 years with fall-related wrist fractures. *Acta Otolaryngol*. 2001;121(4):481–5.
- Bayrak IK, Durmus D, Bayrak AO, Diren B, Canturk F. Effect of cervical spondylosis on vertebral arterial flow and its association with vertigo. *Clin Rheumatol*. 2009;28(1):59–64.
- Hansson EE, Månsson NO, Håkansson A. Effects of specific rehabilitation for dizziness among patients in primary health care. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2004;18(5):558–65.
- Johansson M, Akerlund D, Larsen H, Andersson G. Randomized controlled trial of vestibular rehabilitation combined with cognitive-behavioral therapy for dizziness in older people. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;125(3):151–6.
- Prasansuk S, Siriyananda C, Nakorn AN, Atipas S, Chongvisal S. Balance disorders in the elderly and the benefit of balance exercise. *J Med Assoc Thai*. 2004;87(10):1225–33.
- Alpini D, Kohen-Ratz R, Braun R, Burstin A, Tesio L, Pugnetti L, et al. Falls in the elderly: the development of a risk questionnaire and posturographic findings. *Int Tinnitus J*. 2001;7(2):105–8.
- Mackin P. Cardiac side effects of psychiatric drugs. *Hum psychopharmacol*. 2008;23 Suppl 1:3–14.
- Gazzola JM, Perracini MR, Ganancia MM, Ganancia FF. Functional balance associated factors in the elderly with chronic vestibular disorder. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2006;72(5):683–90.
- von Renteln-Kruse W, Micol W, Oster P, Schlierf G. [Prescription drugs, dizziness and accidental falls in hospital patients over 75 years of age]. *Z Gerontol Geriatr*. 1998;31(4):286–9.
- Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):892–8.
- Panneman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: a Pharmostudy. *Drugs Aging*. 2003;20(11):833–9.
- Hilton M, Pinder D. Benign paroxysmal positional vertigo. *BMJ*. 2003;326(7391):673.
- Hansson EE, Månsson NO, Håkansson A. Benign paroxysmal positional vertigo among elderly patients in primary health care. *Gerontology*. 2005;51(6):386–9.
- Toledo H, Cortes ML, Pane C, Trujillo V. [Semont maneuver and vestibular rehabilitation exercises in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo. A comparative study]. *Neurologia*. 2000;15(4):152–7.
- Vaz Garcia F. [Treatment failures in benign paroxysmal positional vertigo. Role of vestibular rehabilitation]. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 2005;126(4):271–4.