
Vertigo

REDAKSJONELT

OTTO INGE MOLVÆR

Otto Inge Molvær (f. 1939) er øyre-nase-hals-spesialist, pensjonert kommandør og professor emeritus fra Universitetet i Bergen. Han har arbeidet eit par decennium med vertigoproblematikk, spesielt relatert til dykking.

Email: otto.molvar@ore.uib.no

5555 Førde

Sundag 12.12. 1999 sto der ein reportasje i Aftenposten om professor Sturla Eik-Nes i Trondheim som var nær familiært, sosialt og fagleg samanbrot på grunn av langvarig vertigo han ikkje fekk adekvat hjelp mot, før han reiste til Karolinska sjukhuset i Sverige og vart frisk på få minutt (1). Han seier til meg at han som har vore med på så mykje etisk kontroversielt nok aldri kjem til himmelen, men å bli kvitt sin vertigo var så overveldande at no veit han korleis det må vere å kome dit. Han presiserer kor øydeleggjande det er å gå kronisk svimmel, og kor himmelsk det er omsider å få effektiv hjelp.

I reportasjen var det nemnt eit balanselaboratorium i Bergen. Dette utløyste eit skred av telefonar, brev og e-post med førespurnader frå pasientar, kolleger (allmennpraktikarar, øyre-nase-hals-spesialistar og nevrologar) og trygdekontor rundt om i landet. Tilstrøyminga sprengde raskt kapasiteten ved Otonevrologisk laboratorium, Øre-nese-hals-poliklinikk, Haukeland Sykehus.

Kollega Krister Brantberg ved Balansmottagningen, Karolinska sjukhuset i Stockholm, fortel at dei også fekk store mengder med førespurnader og tilvisingar frå Noreg etter reportasjen, og dei skal no ta unna svimle nordmenn på helgedugnad, for det meste betalt av pasientane sjølve.

I Levekårsundersøkinga frå 1998 oppgav 10 % å ha vore svimmel eller hatt balanseforstyrring siste tre månader (2). Av desse var 60 % i yrkesfør alder. Om lag 2 % av konsultasjonane i allmennpraksis gjeld svimle pasientar (3). Rikstrygdeverket opplyser at Folketrygda i 1999 erstatta 240 238 tapte arbeidsdagar med 155 millionar kroner i sjukepengar for svimle pasientar med ICPC-diagnosekodane N17 og H82. I tillegg kjem arbeidsgjevarperioden med 16 dagar for kvart sjukmeldingstilfelle.

Alt dette indikerer at tilbodet til svimle pasientar med balanseproblem her i landet ikkje er godt nok.

Det er svært mange tilstandar som kan gjere folk svimle (4). Ein må såleis ha vid horisont når ein vurderer svimle pasientar, for ikkje å oversjå alvorlege tilstandar som kan debutere med vertigo og ubalanse. Til Haukeland Sykehus har det til dømes kome svimle pasientar med så sjeldne tilstandar som prionsjukdom (Creutzfeldt-Jakobs sjukdom) (5), paraneoplastisk cerebellar degenerasjon med utgangspunkt i ovarialkarsinom (6) og cerebellar metastase frå mammakarsinom.

Ein må samstundes ha for auge det gamle ”jungelordtaket” at ”det er dei vanlegaste tilstandane som opptrer hyppigast”. I store materiale over svimle pasientar utgjer benign paroksyttisk posisjonsvertigo hyppigaste diagnosen (4). Dette er ein tilstand med stillingsavhengig vertigo, der otolittmateriale frå macula utriculi har kome på avvegar i labyrinthen, og oftast hamna i bakre bogegang. Diagnosen stiller ein på bakgrunn av sjukesoge og ein enkel og rask klinisk prøve (Dix-Hallpikes prøve): Pasienten blir plassert i den vertigoutløyssande stillinga, samstundes som ein observerer nystagmus. Behandlinga er óg rask og enkel i form av ein partikkelreponeringsmanøver, som går ut på å snu på pasienten slik at det nemnde otolittmaterialet vert tømt attende dit det kom frå. Effekten er god i over 90 % av tilfella i somme materiale (7 – 10). Residiv kan pasienten lære seg å behandle sjølv heime, slik den omtalte professorkollegaen har gjort.

Dersom desse pasientane vart adekvat diagnostiserte og behandla på primærlegnivå, ville ein spare mykje lidning, lange sjukmeldingar, uturvande medisiner, samt tidkrevjande og kostbare undersøkingar som cerebral datatomografi og MR-undersøking.

Mange svimle pasientar får med rette eller urette diagnosen vestibulær nevritt (”virus på balansenerven”). Ein slik virusinfeksjon i n. vestibularis kan gi langvarige plager. Skaden kan bli permanent og kreve sentral kompensering av det perifere utfallet. Pasientane blir ikkje bra av å ”ta det med ro”, eller få langvarig sjukmelding og bli sette på proklorperazin eller antidepressiv. Svimle pasientar med vestibulær nevritt bør ikkje ”ta det med ro”, ha langvarig medikasjon av noko slag eller langvarig full sjukmelding. I visse yrke er det likevel naudsynt med omplassering. Pasientane bør oppmuntrast til størst mogleg aktivitet innafor individuelle toleransegrenser og få så kort, aktiv sjukmelding som råd. Medikasjon utanom moglege antiemetikum i akutfasen er ikkje indisert, og dei bør få instruksjon i og bør få med skriftleg program for vestibulær gjenopptrening. Individuell trening eller gruppetrening leia av kompetent fysioterapeut er eit godt rehabiliteringstiltak.

Ved andre tilstandar enn benign paroksyttisk posisjonsvertigo kan diagnose og behandling vere svært tid- og ressurskrevjande, og ei multidisiplinær tilnærming kan vere turvande (otolog/otokirurg, nevrolog, nevrokirurg, oftalmolog, radiolog, pediater, geriater, psykiater, indremedisinar, immunolog, fysioterapeut). Det burde finnast eit kompetansesenter i otonevrologi som kunne drive forskning, utvikling og undervising, og vere eit forum der kollegaene kan vende seg for å drøfte innfløkte tilfelle. Det ville krevje plass, utstyr og personell, men det ville venteleg spare mykje lidning, og ein skulle ikkje hindre mange langtidssjukmeldingar og uføretrygder før det ville vere nasjonaløkonomisk lønsamt. Helsetilsynets fagråd for høgspesialisert medisin er blitt orientert.

Den aktuelle problematikken er svært kortfatta omtalt i dei fleste lærebøkene medisinstudentane brukar. I Bergen har studentane fått meir inngåande undervising på dette området i over eit decennium.

Allmennpraktikarar frå andre skandinaviske land, som arbeider her i landet, har spurt meg kvifor norske legar er så passive andsynes svimle pasientar. Hovudårsaka er nok manglande opplæring. Interesse for emnet er imidlertid stigande, spesielt blant allmennpraktikarar, øyre-nase-hals-legar og nevrologar. Dagspressa har skrive mykje om temaet, og det er å vone at dette også vil vekke politisk interesse. Oppretting av eit otonevrologisk kompetansesenter kan då bli mogleg, til ”himmelsk” glede for mange pasientar i ei fortvilt stode. Venteleg ville det óg vere økonomisk lønsamt for samfunnet.

LITTERATUR

1. Skogstrøm L. Årelang svimmelhet borte på et kvarter. Aftenposten (morgonutgåva) 12.12.1999: 17.
2. Statistisk sentralbyrå si Internett-side: www.ssb.no.
3. Bentsen BG, Hjortdahl P. Hvorfor søker folk lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2867 – 70.
4. Brandt T. Vertigo – its multisensory syndromes. 2. utg. München: Springer-Verlag, 1999.
5. Romi F, Smivoll AI, Mørk S, Tysnes O-B. D Diffusjonsvektet magnetisk resonanstomografi – nytt i diagnostikken av Creutzfeldt-Jakobs sykdom Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 675 – 7.
6. Storstein A, Vedeler C, Krossnes B, Mørk S. Paraneoplastisk cerebellar degenerasjon. En kasuistikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2947 – 8.
7. Welling BD, Barnes DE. Particle repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope 1994; 104: 946 – 9.
8. Brandt T, Stedtin S, Daroff RB. Therapy for benign paroxysmal positioning vertigo, revisited. Neurology 1994; 44: 796 – 800.
9. Epley JM. Caveats in particle repositioning for treatment of canalithiasis (BPPV). Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery 1997; 8, (nr. 2): 68 – 76.
10. Lempert T, Tiel-Wilk K. A positional maneuver for treatment of horizontal-canal benign positional vertigo. Laryngoscope 1996; 106: 476 – 8.

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juli 2026.