
Akutt vertigo – skjebnesvanger eller harmløs?

DEBATT

CARSTEN TJELL

arendal@otoneuro.no

Carsten Tjell er dr.med., spesialist i øre-nese-hals-sykdommer med otonevrologisk, otokirurgisk og audiologisk profil, og er pensjonert overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Akutt svimmelhet kan være vanskelig å utrede. Her presenteres en enkel og effektiv fremgangsmåte basert på lang klinisk erfaring.

Pasienten med akutt vertigo er en stor utfordring – ikke minst for unge kolleger på vakt. Er det en kamuflert slagpasient eller en «harmløs» øre-nese-hals-pasient? Pasienter med infarkt eller blødning i pons eller cerebellum har et klinisk bilde som ikke avviker fra den vertigotilstanden som ses hos pasienter med akutt perifer vestibulær svikt, som f.eks. vestibularisnevritt. En oversett blødning kan bli fatal. Jeg tillater meg å legge frem et forslag til en diagnostisk algoritme, som kan utføres uten hjelpemidler og uten erfaring med nystagmus. Det er viktig å presisere at den er utarbeidet kun for bruk på akuttpasienter. Denne artikkelen er inspirert av artiklene i Tidsskriftet nr. 14/2019 (1, 2).

Jeg har praktisert algoritmen i ca. 25 år og har ved hjelp av den vurdert et par tusen akutt svimle pasienter. Majoriteten av disse ble vurdert på et av Sveriges store sykehus, Kärnsjukhuset i Skövde. Min og andres kliniske erfaring er at man ved hjelp av disse undersøkelsene kan skille godt mellom sentral og perifer patologi. Algoritmen inneholder tre komponenter: Rombergs test, horisontal okulær følgetest og tragustrykk. Nystagmus er vanskelig å vurdere uten hjelpemidler og trening og er også unødvendig å vurdere i akuttsammenheng.

Rombergs test kan gjøres sittende på sengekanten eller stående. Den siden pasienten faller til er *den syke side*. Man kan prøve flere ganger. Er det vanskelig å avgjøre fallretningen, kan pasienten så godt som alltid si mot

hvilken side hun/han føler seg trukket.

Horisontal okulær følgetest er en test som utføres med pasienten sittende eller liggende. Man lar pasienten følge en penn eller undersøkerens finger, som føres horisontalt relativt langsomt fra side til side i en avstand av ca. 50 cm foran pasientens øyne. Undersøkeren ser etter ataksi, det vil si hakkede øyebevegelser. Testen har fire mulige utfall: Ataksi til samme side som pasienten faller ved Rombergs test, ataksi til motsatt side av fallretning, ataksi bilateralt eller ingen ataksi. Ved en sentral lesjon vil alltid okulær følgetest gi ataksi til samme side som pasienten faller ved Rombergs test (3).

Akutt bortfall av perifer vestibulær funksjon vil gi en motsatt rettet nystagmus, som kan ha variasjoner av horisontale og rotatoriske innslag. Dette kan man helt ignorere i den akutte fasen. Nystagmus vil påvirke de okulære følgebevegelsene til å bli ataktiske i samme retning som nystagmus går. Siden det ikke er nystagmus til den syke siden, vil det heller ikke være ataksi til den syke siden. Det er mye lettere å se ataksi ved okulær følgetest enn å se nystagmusvariasjon uten hjelpemidler. Hvis det samtidig foreligger normale følgebevegelser til den siden pasienten faller, er tilstanden perifer (4).

«Algoritmen inneholder tre komponenter: Rombergs test, horisontal okulær følgetest og tragustrykk»

Ved en lesjon i vestibulariskjernekomplekset i hjernestammen vil man i prinsippet få samme type nystagmus som ved et perifert vestibulært bortfall, det vil si ataksi bort fra fallretningen. Men det vil samtidig foreligge ataksi til samme siden som man faller. Bilateral ataksi er altså uttrykk for en sentral lidelse (3).

I tilfeller uten ataksi bør man øke hastigheten på okulær følgetest til ataksi utløses. Hvis patologisk fokus enten sitter i labyrinten eller infratentorielt, vil en akutt svimmel pasient alltid ha ataksi ved okulær følgetest. Skulle fokus sitte supratentorielt, vil det alltid være andre nevrologiske tegn.

Tragustrykk er manuelt trykk mot tragus slik at øregangen stenges. Man trykker 3–4 ganger. Ved labyrinfistel vil tragustrykk gi en markant trykkstigning i mellomøret som overføres til labyrinten. Pasienten vil da oppleve en kraftig forverring av svimmelheten i noen sekunder. Positivt funn ved tragustrykk vil man også se ved en akutt purulent labyrintitt samt ved den lumske tilstanden labyrintitt sekundært til kolesteatom. Akutt purulent labyrintitt påminner klinisk om en meningitt.

Svakheten ved algoritmen er at ikke alle friske mennesker har en normal horisontal okulær følgetest. Enkelte perifere tilstander, som f.eks. Ménières sykdom i sluttfasen av et anfall, kan avvike fra mønstret. Men ingen sentral lesjon kan ha det perifere mønstret – normal okulær følgetest til siden pasienten faller. Algoritmens styrke er blant annet at den okulære følgetesten i stor grad fanger opp fossa posterior-affeksjon som årsak til akutt svimmelhet.

LITTERATUR

1. Thommesen B. Akutt svimmel – hva skal gjøres? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0510. [CrossRef]
 2. Weisshaar M, Mygland Å, Ljøstad U. Utredning av pasienter med akutt svimmelhet ved en nevrologisk avdeling. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0820. [PubMed][CrossRef]
 3. Goldberg ME, Walker MF. The control of gaze. I: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM, et al, red. Principles of neural science. 5. utg. New York, NY: MCGraw-Hill Companies, 2013: 912–3.
 4. Goldberg ME, Walker MF, Hudspeth AJ. The vestibular system. I: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM et al, red. Principles of neural science. 5. utg. New York, NY: MCGraw-Hill Companies, 2013: 917–34.
-

Publisert: 13. januar 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0671
Mottatt 17.10.2019, første revisjon innsendt 7.11.2019, godkjent 20.11.2019.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.