

## Yrsel – handläggning av patienter med yrsel på Akutmottagningen NÄL

---

### Bakgrund

Patienter med yrsel kan ha olika bakomliggande orsaker.

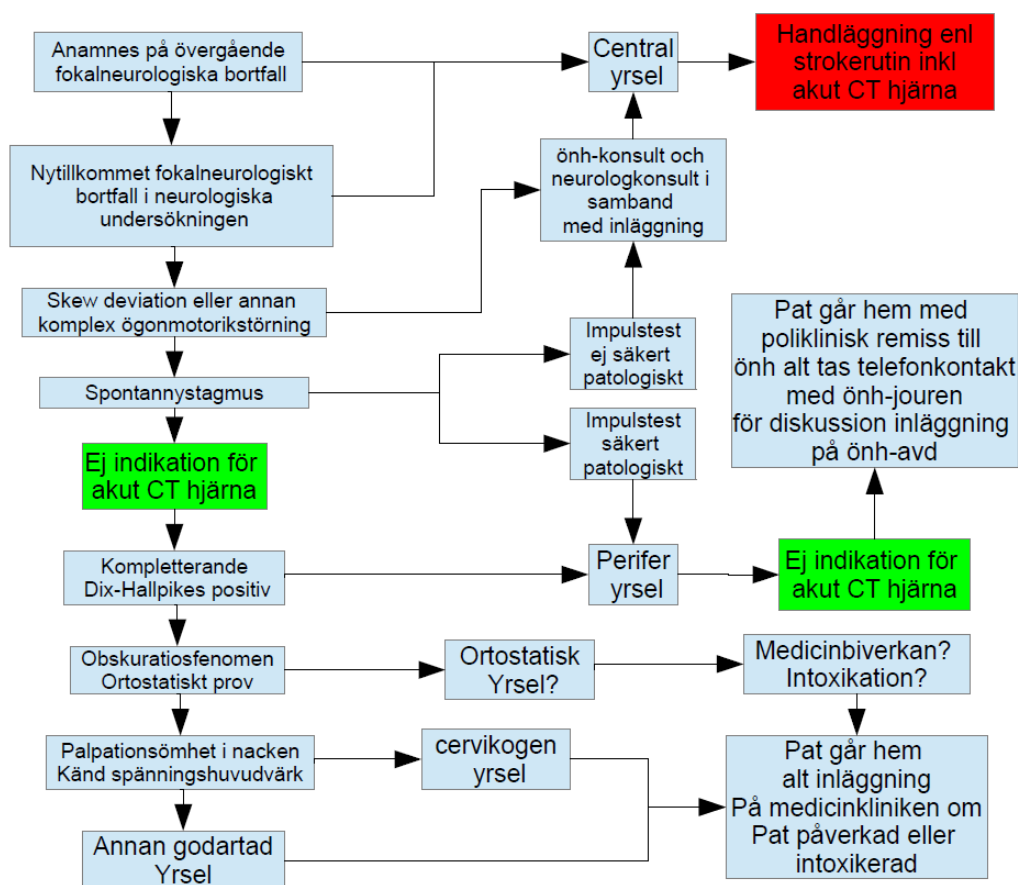
### Sammanfattning/syfte

Detta dokument med nedanstående flödesschema är tänkt som stöd vid handläggning av patienter med yrsel. I första hand bör det strävas efter att utesluta farlig sjukdom som kräver akut handläggning. Slutgiltig diagnos kan ibland vara svårt att ställa på akutmottagningen. Ibland får undersökaren nöja sig för stunden med att konstatera att det rör sig om en godartad yrsel, och planera för fortsatt utredning polikliniskt, via specialistklinik eller primärvården beroende på misstanke.

## YRSEL PÅ AKUTEN

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Anamnes</b> med fokus på <b>debut</b> och <b>förlopp</b> av de aktuella besvären. Glöm inte att efterfråga: Syncope, arytmikänsla, bröstsmärta? Huvudvärk, nackvärk, övergående neurologiskt bortfall? Feber, infektionssymptom? Öronvärk, rinnande öra? Tänk på att akut debuterande <b>yrsel kombinerad med smärta</b> är varningstecken på att ett potentiellt allvarligt tillstånd ligger bakom!</li> </ul>
<b>Rutinstatus</b> där du inte får glömma auskultation av hjärta/lungor, blodtryck, EKG, rutinnervstatus. Eventuellt inspektion öron.
<b>Rutinprover</b> ; anemi, infektion, grav elektrolytrubbning?
Har patienten <b>misstänkt labyrinthit</b> (öronvärk, rinnande öra, feber, nystagmus)? Akut kontakt med ÖNH-jour!

### Flödesschema övrig yrselhandläggning:



## Åtgärder

Börja som sedvanligt med att ta anamnes, där det särskilt ska förhöras om debut och förlopp. Vid urakut symptomdebut (t ex som vid strokeinsjuknande) kan patienten ofta ange vad hen gjorde när symptomen började. Vid vestibularisneurit är det typiska förloppet ett successivt insjuknande med ökande yrsel under minuter till timmar. Benign lägesyrsel beskrivs typiskt med debut då patienten vridit sig i sängen i samband med uppvaknande, då fått en svår yrselattack som är snabbt avklingande.

Om den initiala rutinneurologiska undersökningen inte påvisat något fokalneurologiskt bortfall kan hjälp tas av flödesschemat för att värdera kompletterande otoneurologiska undersökningar. Genom att värdera **HINTS** (Head-impulse, eller impulstest; Nystagmus, Test of Skew) fås hög träffsäkerhet i den kliniska undersökningen – bättre än MR för att utesluta cerebellär infarkt under de första 48 timmarna efter insjuknande! Testerna tar bara några minuter att genomföra. Nedan följer en mer detaljerad förklaring av HINTS:

**Head-Impulse** (impulstest) = Vestibulo-okulär-reflex (VOR): Patienten fokuserar på undersökarens näsa, vrid patientens huvud utifrån och mot medellinjen, snabbt och utan förvarning. Om ögonen gör en ”overshoot” med behov av liten inställelse-saccad är det ett patologiskt test, *åt det håll patientens huvud vrids!* Detta talar stark för perifer yrsel. Undantag finns dock, se Test of Skew nedan. Tips! På Youtube finns filmer där det visas hur impulstestet utförs.

**Nystagmus:** Någon typ av frenzelutrustning underlättar bedömningen. Framförallt videofrenzel underlättar undersökningen betydligt. Denna utrustning finns på öronrummet (R:35). En spontannystagmus kan bero både på perifer och central yrsel. Centrala tecken som bör leda till vidare handläggning avseende cerebellär skada eller skada i hjärnstammen är strikt vertikal nystagmus, sidoväxlande nystagmus (blickriktningsnystagmus), strikt rotatorisk nystagmus eller annan komplex nystagmus som inte är medfödd. Perifer nystagmus är typiskt horisontell med rotatorisk komponent. Den minskar då patienten får fokusera på något, så kallad visuell suppression (ökar således t ex i frenzel).

**Test of Skew:** Patienten fokuserar på undersökarens finger, håll för patientens ena öga under några sekunder och därefter tas handen bort. Notera om det tidigare övertäckta ögat gör en vertikal inställelseörelse. Detta är alltid patologiskt och talar för central genes till yrsel. Även här kan Youtube vara till hjälp. Glöm inte att testa båda ögonen.  
Obs! 1) En inställelse i horisontalled talar för latent skelning och representerar inte patologi vid detta test!  
Obs! 2) En patient med patologiskt impulstest men även patologisk Test of Skew ska utredas avseende central yrsel i första hand!

**Dix–Hallpikes test** ger diagnos av godartad lägesyrsel från bakre båggång: Låt patienten sitta på en brits så att huvudet vid nedläggningen kommer att hamna utanför britsens kant eller lägg en kudde under patientens axlar. Vrid patientens huvud 45 grader mot det öra som ska undersökas. Lägg med en snabb rörelse (max ca 2 sekunder) patienten ned på rygg med huvudet hängande. Vid ett typiskt positivt test upplever patienten efter några sekunders latens en yrsel som tilltar i intensitet, och ofta ses 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 nystagmus kan observeras har den nu en riktning motsatt den som uppstod vid rygggläget. Om Dix–Hallpiketestet upprepas 2–3 gånger uttröttas och upphör yrsel- och nystagmussvaret. Övergående yrsel utan synlig nystagmus vid Dix–Hallpikes test är också att betrakta som ett positivt test.