

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Giltig från: 2025-07-16

Innehållsansvar: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Giltig till: 2027-07-16

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Vestibularisneurit – diagnos och behandling

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

Vestibularisneurit innebär ett akut ensidigt bortfall av den perifera delen av vestibularisnerven. Riktlinjen syftar till att utgöra ett hjälpmedel i diagnostiken av vestibularisneurit som i många fall är svårt att skilja från infarkt i lillhjärna eller hjärnstam.

Förutsättningar

Ansvar

Akut yrsel handläggs primärt av medicinjour, se bland annat riktlinje; akut debuterad yrsel. Vid behov, remiss dagtid till ÖNH-kliniken för bedömning och eventuellt övertag.

Avgränsningar

Dokumentet är avsett för läkare som handlägger patienter med akut debuterad yrsel.

Arbetsbeskrivning

Vid vestibularisneurit insjuknar patienten relativt akut med kraftig yrsel av rotatorisk karaktär. Varje form av huvudvridning förvärrar symtomen, varför patienten gärna ligger alldeles stilla. Patienten upplever ett kraftigt illamående ofta kombinerat med kräkningar. Sjukdomen är inte associerad med någon form av hörselpåverkan eller andra neurologiska manifestationer.

Status:
HINTS

Head Impulse test: Ett positivt impulstest beror i de flesta fallen på en perifer skada av vestibularisnerven. Patienten fixerar blicken, t ex på undersökarens näsa. Snabba plötsliga vridningar av huvudet (cirka 30 grader) genomförs. Vid vridning åt den friska sidan klarar patienten med hjälp av den vestibulo-ockulära reflexen att hålla blicken fortsatt fixerad. Vid vridning åt den sjuka sidan är mekanismen utslagen och man ser då en återställningssackad av ögonen för att åter nå fixpunkten. Med fördel kan patienten som komplement undersökas med v-HIT. Undersökningen finns på ÖNH-mottagningen dagtid och har en hög sensitivitet men kräver att patienten kan medverka och sitta upp i undersökningsstol under testet.

Nystagmus: Man finner en horisontellt slående (med visst rotatoriskt inslag) destruktionsnystagmus, grad I-III. Nystagmusen definieras av den snabba fasens riktning. Nystagmusen slår bort från det sjuka örat och ökar om man tittar i den snabba fasens riktning och minskar när man tittar åt det långsamma hållet. Kontrollera med blickriktning ca 30 grader åt båda hållen. Nystagmusen byter aldrig håll, ökar i Frenzelbrillor på grund av avsaknad av visuell suppression och minskar om patienten fixerar blicken. Nystagmusen ökar också genast efter huvudskakning (headshake-test), som också kan väcka en nystagmus i ett senare skede, även sedan spontannystagmusen har upphört.

Test of Skew: Kallas också cross-cover test. Patienten fixerar blicken på undersökarens näsa. Ett öga i taget täcks över. Hastigt byter man till att täcka över det andra ögat och samtidigt studerar man eventuell inställningsrörelse i det tidigare övertäckta ögat. Ingen inställningsrörelse= normal. Inställningsrörelse i vertikalled, talar för central genes.

Ett positivt impulstest, en horisontellt slående destruktionsnystagmus och ett normalt cross-cover test utan andra neurologiska manifestationer tolkas som en vestibularisneurit.

Differentialdiagnoser:

Central genes: Den viktigaste differentialdiagnosen och tillstånden kan ibland vara mycket svåra att skilja åt. De centrala orsaker som oftast kan likna vestibularisneurit är lillhjärnsinfarkt och hjärnstamsinfarkt. CT i tidigt skede kan hitta blödning men inte infarkt, men har en låg sensitivitet för att diagnosticera förändringar i hjärnstammen. Insjuknande i kombination med annan samtidig neurologi talar naturligtvis för central genes. Normalt impulstest eller inställningsrörelse

i vertikalled vid cross-cover test talar också för central orsak. I ovanliga fall kan även ett positivt impulstest vara centralt orsakat.

Nystagmus förekommer även vid central genes och kan yttra sig på en rad olika sätt.

Några exempel på nystagmus som talar för central genes:

- Blickriktningsnystagmus, dvs nystagmusen byter håll vid blickriktning åt olika håll (hö,vä). Måste skiljas från fysiologisk ändlägesnystagmus.
- Nystagmusen minskar inte vid fixering och ökar inte i Frenzelbrillor.
- Vertikalt slående nystagmus.
- Horisontell nystagmus i sittande och vertikalt slående i liggande.
- Side-pocket nystagmus (snett nedåtsläende nystagmus).

Andra differentialdiagnoser till vestibularisneurit är t ex; Ménière, BPPV, migränryrsel, akustikusneurinom, labyrinthit, och laesio auris interna.

Behandling:

Antiemetika: Kan ges i den akuta fasen men fördröjer den centrala kompensationen, ex Inj. Primperan 10 mg eller S. Proklorperazin 25 mg.

Kortison: Studier visar att kortison insatt inom 48 h ger en snabbare och bättre utläkning av vestibularisnerven.

Doseringsförslag: T. Prednisolon 60 mg x1 i fem dagar, därefter nedtrappning med tio mg per dag. Behandlingstid tio dagar. Vid kräkningar kan första dosen ges iv, inj. Betapred 8 mg. För relativa kontraindikationer, v g se FASS

Vestibulär rehabilitering: Alla patienter förbättras långsamt spontant, pga central kompensation. Yngre patienter kompenserar snabbare. Ordentlig rehabilitering är av största vikt för att minimera restbesvär på sikt. Patienten skall uppmuntras till mobilisering till yrselgräns så fort som möjligt. Patienten förses med träningsprogram (Balansträning av Carsten Tjell) som finns på ÖNH-mott, öronavdelningen samt längst ner i riktlinjen om akut debuterad yrsel. Eventuellt kan patienten remitteras till intresserad sjukgymnast för vestibulär rehabilitering.

Uppföljning:

Hos ca 50% av patienterna läker nerven ut fullständigt. Tidig kortisonbehandling ger ökad utläkning och bra vestibulär rehabilitering ger mindre restsymtom. Eventuella restbesvär kännetecknas ofta av en

ostadighets yrsel som märks framförallt vid snabba huvudvridningar. Det är vanligt med en oro som extra pålagring på yrselbesvären.

Klara okomplicerade fall kräver ingen ytterligare uppföljning eller utredning.

Uppföljning, utvärdering och revision

Den läkare som utfärdat riktlinjen samt processchefen på ÖNH-kliniken är ansvariga för uppföljning och revidering av dokumentet.

Käll- och litteraturförteckning

Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE.

[HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging.Stroke. 2009 Nov;40\(11\):3504-10](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9726-2054514065-22

Version: 6.0

Giltig från: 2025-07-16

Giltig till: 2027-07-16