

Kasuistik

Idiopatisk bilateral vestibulopati

Maria Surlemont Noyé Kongsvad & Jesper Roed Sørensen

Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling F, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V11240814. doi: 10.61409/V11240814

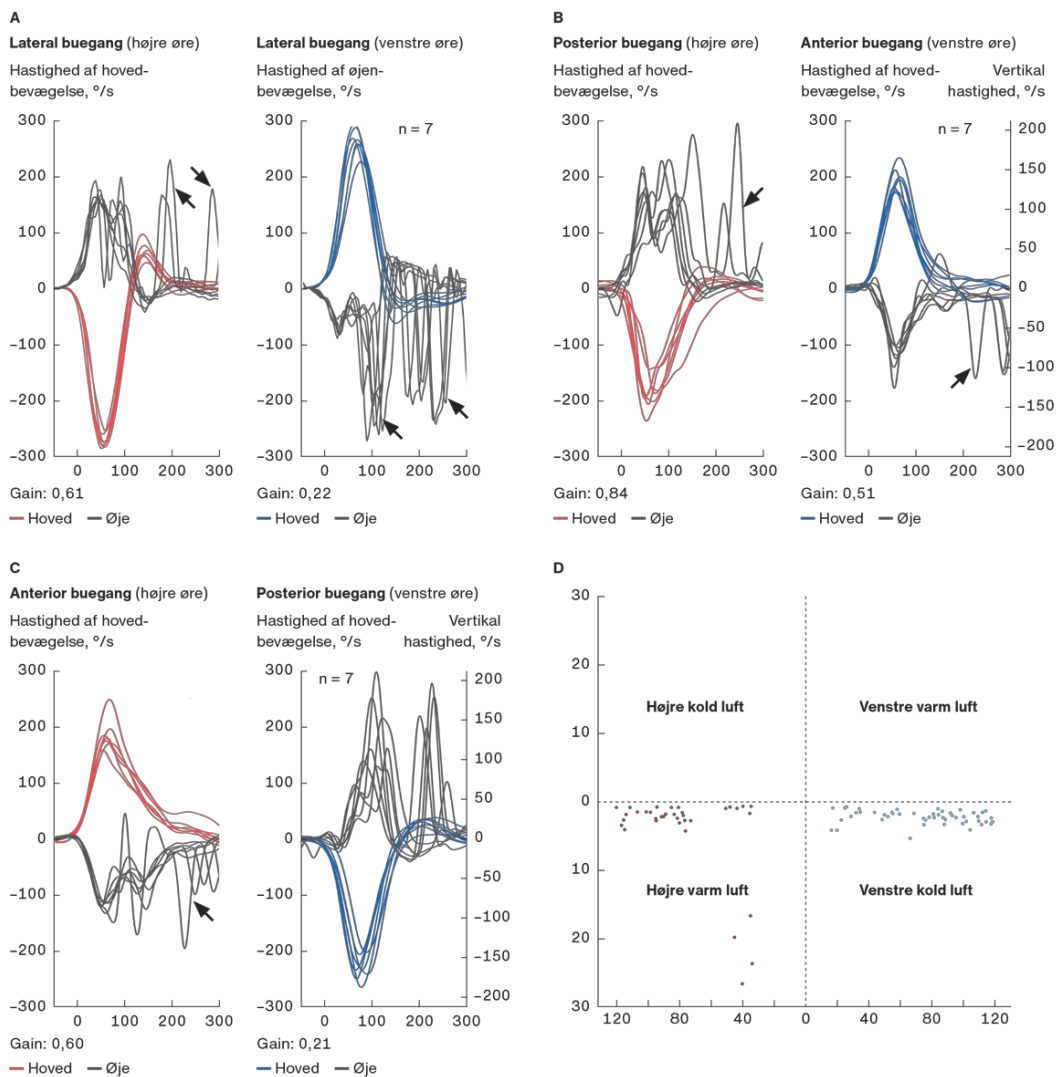
Det akutte vestibulære syndrom er en hyppig tilstand, som ofte ses på landets akutafdelinger og forårsages af f.eks. virus på balancenerven. En ensidig pludselig påvirkning i det vestibulære system resulterer i akut svimmelhed, nystagmus og ubalance ofte ledsaget af kvalme. Dobbeltsidig affektion (bilateral vestibulopati) er derimod en sjælden tilstand og noget vanskeligere at diagnosticere, da symptomerne er mere uspecifikke og ofte udvikles gradvist over tid [1]. Vi præsenterer her en patientcase med sekventiel bilateral vestibulopati.

Sygehistorie

En 52-årig mand blev pludselig svimmel. Det var ledsaget af »flimmer« for begge øjne, dobbeltsyn og retrobulbære smerter samt i perioder frontal hovedpine og kvalme. Patienten var konstant plaget af dårlig balance og støttede sig til genstande under gang. Patienten blev først set i et neurologisk kræftpakkeforløb uden fund af neurologisk lidelse eller cancer, og MR-skanning af cerebrum inkl. cerebellum var normal. En samtidig øjenundersøgelse var også normal. Ved praktiserende øre-næse-hals-læge uger senere så man ensidigt udfald i det vestibulære system med en nedsat vestibulo-okulær refleks (VOR) ved video-head-impuls test (V-HIT) og faldtendens til den syge side (positiv Rombergs test), men her fravær af nystagmus og diagnosticerede venstresidig neuritis vestibularis ude af sit akutte forløb. Svimmelheden aftog siden uden behandling. Seks måneder efter debut tilkom forringelse af gangfunktion med balancebesvær ved hurtige stillingsskift, en betydelig forværring i dårligt belyste områder og ved ujævne underlag samt specielt i vand. Patienten blev igen set hos praktiserende øre-næse-hals-læge, som viderehenviste til udredning og behandling ved hospital grundet tiltagende tab af funktionsniveau.

Her genfandt man en tydelig usikker balance samt lidt bredsporet gang. Der var ingen spontan nystagmus, men undersøgelse af VOR med V-HIT (**Figur 1 A-C**) viste nedsat gain, dvs. forholdet mellem hastigheden af hhv. øjenbevægelser og hovedbevægelser, i fem af seks buegange i ligevægtsorganerne.

FIGUR 1 Vestibulo-okulær refleks (VOR) er en blikstabiliserende refleks, som gør, at blikket kan fastholdes skarpt under hovedbevægelser. Gain refererer til forholdet mellem hhv. hastigheden af øjenbevægelser og hovedbevægelser. Det testes ved video-head-impuls test (V-HIT). **A-C.** De farvede kurver repræsenterer hovedbevægelser, og de sorte kurver repræsenterer modsatrettede øjenbevægelser. Disse kurver bør være til stede ved fuld funktion af den vestibulo-okulære refleksbue. Ved tolkning af V-HIT er der fire mulige udfald for buegange hhv.: 1) normal funktion med normal gainværdi og ingen patologiske sakkader, 2) patologisk funktion med lav gain og patologiske sakkader, 3) potentiel påvirket/atypisk funktion ved lav gain og ingen patologiske sakkader og 4) potentielt påvirket/atypisk funktion ved normal gain og patologiske sakkader. Ved nedsat VOR, hvor øjenbevægelsen ikke er lige så hurtig i modsat retning som hovedbevægelsen, kan ses korrektion af øjnene med såkaldte »catch-up sakkader«, markeret med sorte pile. Sakkader kan være coverte, hvor de forekommer under hoveddrejning og er udtryk for, at patienten har lært at kompensere, og kan ikke ses med det blotte øje. Overte sakkader forekommer først efter endt hoveddrejning og er derfor synlige med det blotte øje. Begge typer indikerer nedsat VOR-funktion. Gainværdier: < 0,80 er patologiske for de laterale buegange (A). Gainværdier: < 0,70 er patologiske for de anteriore- og posteriore buegange (B og C). **D.** En kalorisk test måler og sammenligner den enkelte patients laterale buegange ved stimuli med koldt og varmt mod trommehinden. Ved normal funktionen vil der være udpræget nystagmus ved disse påvirkninger, enten væk fra stimuli (koldt) eller mod stimuli (varmt). Ved ensidig nedsat funktion vil det forventes, at der kan udløses nedsat eller manglende respons på den syge side. Ved bilateral nedsat funktion, som i vores tilfælde, vil man se nedsat eller helt manglende respons på begge sider. Ved normal funktion ville man se udslag på kurven som indikation for nystagmus.



Der var kun bevaret funktion af VOR for højre posteriore buegang. Supplerende kalorisk prøve (Figur 1 D) med kold og varm luft udløste hverken svimmelhed eller nystagmus som udtryk for udsøgt funktion af de to laterale buegange.

Patienten blev henvist til specialiseret vestibulær genoptræning med dynamisk VOR-træning samt anbefalet styrketræning af underekstremiteter, stavgangsstave som støtte ved udfordrende underlag og lidt lys tændt om natten.

Der blev ikke fundet en oplagt årsag til tilstanden, idet der ikke tidligere var givet kemoterapi eller ototoksisk medicin. Patienten havde en velbehandlet hypothyreose, hvorfor autoimmunitet ikke helt kunne udelukkes. Hørelsen var normal i forløbet. Aktuelt er patienten afskediget fra job grundet manglende mobilitet, er socialt svært udfordret og kører hverken cykel eller bil grundet balanceproblemer.

Diskussion

Patienten opfylder Bárány-kriterierne for bilateral vestibulopati. Kriterierne indbefatter: fravær af symptomer i hvile, men manglende balance enten stående eller under gang samt mindst én af følgende: 1) bevægelsesudløst slørret syn eller oscillopsi under gang eller hurtige bevægelser, 2) forværring i mørke eller ved ujævne underlag. Der skal også være reduceret eller manglende VOR bilateralt og til sidst ikke anden bedre forklaring på symptomer og fund [1].

Årsagen til den atypiske præsentation af bilateral vestibulopati med akut udtalt svimmelhed var, at balanceorganerne blev sekventielt ramt. Tilstanden har haft alvorlige konsekvenser for patienten i form af tab af arbejdsevne og evne til at indgå i sociale sammenhænge. Årsagen er fortsat ukendt, men ofte er det forårsaget af skader i indre øre fra medicin (gentamicin eller kemoterapi), infektionssygdomme, hovedtraumer, autoimmune tilstande, menières sygdom, vestibularis schwannom eller som en genetisk årsag [2].

Behandlingen er alene fysioterapi med fokus på vestibulær rehabilitering, hvor der tillæres kompensation for fraværet af VOR. Det kan være ud fra Cawthorne-Cooksey-øvelser [3]. Dertil hjælp til energiforvaltning, da tilstanden udløser træthed pga. den konstante kompensation og dertil behov for fysiske hjælpemidler som stok, stavgangsstave eller balancebælte [4]. Der forskes i indopererede vestibulære implantater med lovende resultater, men behandlingen betragtes fortsat som eksperimentel [5]. Ovenstående case viser konsekvenserne af en ofte overset tilstand, som specielt er underdiagnosticeret hos ældre mennesker.

Korrespondance *Jesper Roed Sørensen*. E-mail: jesper.roed.sorensen@rsyd.dk

Antaget 25. juni 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 13. oktober 2025

Interessekonflikter ingen. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V11240814

doi 10.61409/V11240814

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Idiopathic bilateral vestibulopathy

We present in this case a patient with a case history compatible with bilateral vestibulopathy, as well as the subjective symptoms the patient might face with this condition. Included in the case is the diagnostic work-up with caloric testing and video head impulse testing in combination with suggestions for rehabilitative strategies. Further, causes for the disease, rehabilitation, and future treatment options, including vestibular implants, are discussed. Lastly, the case is reflected in the Barany society guides for vestibular diagnosis.

REFERENCER

1. Strupp M, Kim JS, Murofushi T, et al. Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria Consensus document of the Classification Committee of the Bárány Society. J Vestib Res. 2017;27(4):177-89. <https://doi.org/10.3233/VES-170619>
2. Moyaert J, Dobbels B, Peetermans O, et al. Etiologies and hearing status in bilateral vestibulopathy: a retrospective study of 315 patients. Front Neurol. 2023;14:1271012. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1271012>
3. Eleftheriadou A, Skalidi N, Velegrakis GA. Vestibular rehabilitation strategies and factors that affect the outcome. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269(11):2309-16. <https://doi.org/10.1007/s00405-012-2019-2>
4. Kingma H, Hougaard DD, van de Berg R. Subconscious vibrotactile stimulation improves mobility and balance in patients with bilateral vestibulopathy: adherence over 2 years. Front Neurol. 2024;15:1491195. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1491195>
5. Ayiotis AI, Schoo DP, Brillet CF, et al. Patient-reported outcomes after vestibular implantation for bilateral vestibular hypofunction. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2024;150(3):240-8. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.4475>