

Benign paroksysmal positionel vertigo som komplikation ved hovedtraume

Trine Velte Honoré¹, Niels West² & Mads Klokke²

KASUISTIK

1) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet
2) Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk Klinik, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2019;181:V09180604

Hovedtraume er den hyppigste årsag til benign paroksysmal positionel vertigo (BPPV) hos patienter under 50 år [1]. Ved svimmelhed efter et hovedtraume er kendskab til ætiologien afgørende for behandlingen. Det er samtidig sjældent den eneste komplikation, hvorfor symptombilledet kan være atypisk og besværliggøre diagnosticeringen. Her omtales diagnostik og behandling af BPPV foretaget med en repositionsstol efter et hovedtraume.

SYGEHISTORIE

En 45-årig mand blev indlagt efter at være blevet overfaldet på gaden med adskillige spark mod hovedet. Han var bevidstløs i 3-5 minutter. Fra første dag klagede han over hovedpine, nedsat kraft i hænderne og anfald af svimmelhed, der kun forekom ved stillingsændringer. Han blev efterfølgende diagnosticeret med traumatisk subaraknoidalblødning og blødning i højre frontallap og venstre cerebellum. Under neurologisk indlæggelse blev svimmelheden ikke yderligere undersøgt.

Patienten blev henvist til Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk Klinik på Rigshospitalet en måned efter traumatet pga. mistanke om perifer facialisparese, tinnitus og hørenedsættelse. Ved konsultationen berettede han, at hans største gener var tinnitus og anfald af svimmelhed, som opstod, når han vendte sig mod venstre i sengen. Anfaldene var kortvarige (½-1 minut) og af rotatorisk type.

Den objektive vestibulære undersøgelse viste ingen spontannystagmus samt normale resultater af covertest, impulstest og hovedrysttest. Hørelsen blev fundet normal og symmetrisk ved rentoneaudiometri. Der var intakte stapediusreflekser (**Figur 1**). Facialisparesen blev ikke vurderet som otogent betinget, men formodedes at skyldes en traumatisk ydre påvirkning. Der blev udført Dix-Hallpike-undersøgelse med patienten liggende på venstre side på et leje, hvilket efter tre sekunder latenstid udløste voldsom svimmelhed og nystagmus, som var svær definerbar. Anfaldet var af 30 sekunders varighed. Dix-Hallpike-undersøgelse på højre side gav negativt resultat.

På mistanke om BPPV blev patienten undersøgt i en TRV-stol (Interacoustics). Ved Dix-Hallpike-undersøgelse på venstre side blev der konstateret en nedadslående, rotatorisk nystagmus, der var trættbar, med hur-

tig fase med uret. Patienten oplevede svimmelhed i denne position. Han fik diagnosticeret venstresidig BPPV af typen posterior canalolithiasis og blev behandlet med Epleys manøvre.

Til kontrol to uger senere var han ikke længere plaget af svimmelhed, og der blev heller ikke fundet objektive tegn på BPPV.

DISKUSSION

Et hovedtraume kan føre til skade på både det centrale og det perifere vestibulære system og kan være en udløsende årsag til BPPV [2]. BPPV er en sygdom i det indre øre, hvor otolitter løsnes primært fra utriculus og lægger sig i en eller flere af de tre buegange. Dette forårsager episoder med positionel vertigo oftest af sekunders til et minuts varighed [2].

Halvdelen af patienterne med BPPV har opnået spontan helbredelse efter tre måneder [2]. Aktiv behandling er dog stadig til stor gavn for de patienter, der ikke opnår hurtig spontan remission. Manuelle repositionsbehandlinger er effektive i ca. 80% af BPPV-tilfældene og anbefales som førstevalgsbehandling til patienterne med BPPV [2-4]. Repositionsstolen kan give supplerende oplysninger til diagnostik og behandling i de tilfælde, hvor en manuel manøvre på et leje ikke er tilstrækkelig [2, 5].

På Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk Klinik på Rigshospitalet, hvor man har specialiseret sig i svære behandlelige svimmelhedstilfælde, findes der to repositionsstole (Epley Omniax Rotator (Vesticon) og TRV-stolen (Interacoustics)). Ved påmonteret videonystagmografi (VNG) kan patienterne roteres 360 grader i to planer i stolene, hvilket muliggør en nøjagtig identifikation af den eller de afficerede buegange [5]. Repositionsstolens rolle i behandling af patienter med posttraumatisk BPPV er ikke tidligere blevet belyst, men stolen vil formentligt kunne bidrage til en mere præcis diagnose i tvivlstilfælde. En manuel lejetest kan kompromitteres af patientfaktorer, lægens erfaring og de kliniske rammer. Ved brug af en repositionsstol med VNG kan disse faktorer til dels elimineres, hvilket er særligt vigtigt i tilfælde med konkurrerende symptomer.

Patienter, der har svimmelhed og har været udsat for et hovedtraume, bør henvises til en speciallæge i

øre-næse-halssygdomme med henblik på diagnostik og behandling, efter at andre akut behandlingskrævende differentialdiagnoser er udelukket. Ved fortsat mistanke om BPPV trods manglende fund ved en klassisk lejetest, bør der henvises til en subspecialiseret enhed i svimmelhed, hvor der er en repositionsstol til rådighed.

SUMMARY

Trine Velte Honoré, Niels West & Mads Klokke:

Benign paroxysmal positional vertigo as a complication of head trauma

Ugeskr Læger 2019;181:V09180604

Head trauma is the most frequent cause of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) in patients younger than 50 years, and finding the aetiology of post-traumatic dizziness can be challenging. This case report presents a 45-year-old male patient suffering from positional dizziness after head trauma. He was diagnosed in a reposition chair, after manual manoeuvres had failed to provide the diagnosis. The role of a reposition chair in diagnosing post-traumatic BPPV has not been demonstrated before, and this case illustrates, how the chair can help to clarify the diagnosis.

KORRESPONDANCE: Trine Velte Honoré. E-mail: trinevelthonore@gmail.com

ANTAGET: 15. januar 2019

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 4. marts 2019

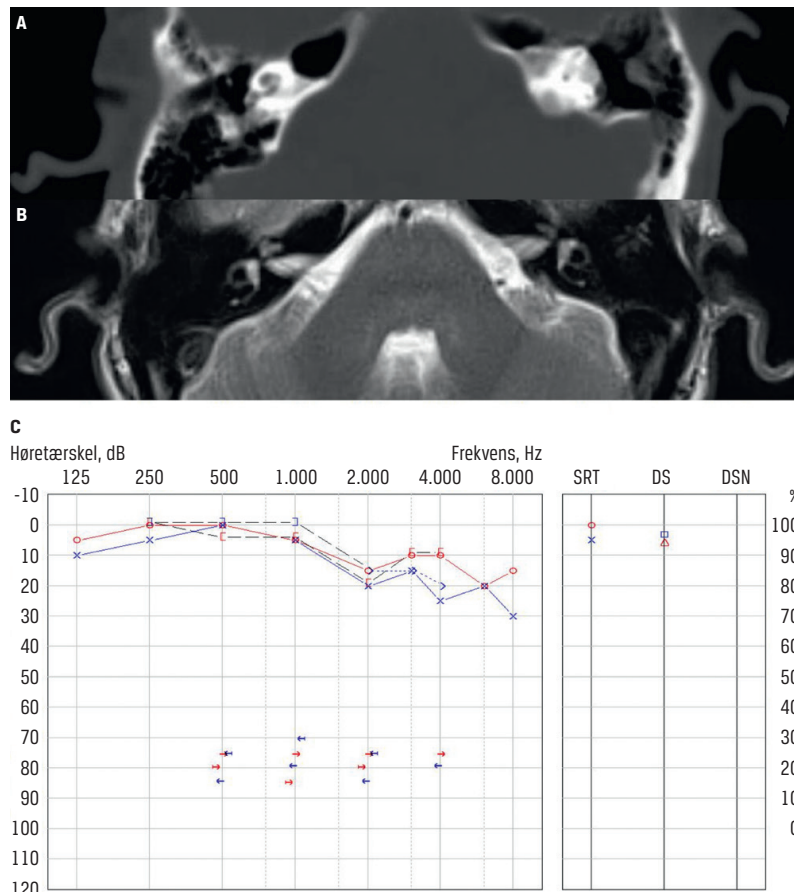
INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Hain TC. Benign paroxysmal positional vertigo, 2017. www.dizziness-and-balance.com/disorders/bppv/bppv.html (29. sep 2018).
- Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;156(suppl 3):S1-S47.
- Hansen S, Karlberg M. Benign paroxysmal positional vertigo – den hyppigste form for otogen vertigo. *Ugeskr Læger* 2007;169:1996-2002.
- Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;107:399-404.
- West N, Hansen S, Moller MN et al. Repositioning chairs in benign paroxysmal positional vertigo: implications and clinical outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273:573-80.

FIGUR 1

CT-billede (A) hhv. MR-skanningsbillede (B) af cerebrum uden tegn på traume i det indre øre. Rentoneaudiometri med gennemsnit af frekvenserne 250-2.000 Hz på 5/7,5 dB og skelneevne 96/98% (højre/venstre) (C). Hørelsen ses at være normal og symmetrisk. Der ses intakte stapediusreflekser.



DS = discrimination score; DSN = discrimination score, noise; SRT = speech reception threshold.