



Navn

Fødselsdato

Del 1 ANAMNESE

Symptomdebut

Når? (dato)

Svimmelhet/vertigo

Evt. hørselstap

Omstendigheter ved debut av svimmelhet

Hodetraume

Luftveisinfeksjon/influensa

Nakkesleng

Ekstra påkjenninger/stress

Svimmelhetens karakter

Rotatorisk

Nautisk

Presynkope

Panikkfølelse

Ustøhet

Annet

Tidsforløp

Kontinuerlig

Anfallsvis

Perioder

Hvis anfall/perioder, varighet:

Sekunder

Timer

Minutter

Dager

Ledsagende symptomer

Kvalme

Brekninger

Hørselstap

Øresus

Hodepine

Synstap

Beskriv:

Utløsende faktorer

Hodebevegelser

Lyder

Trykk/Valsalva

Påkjenninger

Synsintrykk

Annet

Del 2 KLINISK UNDERSØKELSE

Øre-nese-halsstatus

Normal

Patologi

Beskriv:

Hjernenervestatus

(kryss hvis normal)

Facialis

Øyemotilitet (III, IV, VI)

Trigeminus

IX, X, XI, XII

Patologi:

Koordinasjon

(kryss hvis normal)

Gange på linje

Skjerpet Romberg

Okulær følgetest

Patologi:

Romberg

Finger-neseprøve

Diadokokinesi

Nystagmusprøver (se veiledning på baksiden)

Spontannystagmus

Ingen

Høyre

Venstre

Grad I

Grad II

Grad III

Hoderisting 10 sek - nystagmus?

Ingen

Høyre

Venstre

Blikkretningsnystagmus

Ingen

Ved lett sideblikk

I ytterposisjon

Dix-Hallpike mot høyre

Vertigo?

Nystagmusretning: _____

Latenstid: ____ sek

Varighet: ____ sek

Dix-Hallpike mot venstre

Vertigo?

Nystagmusretning: _____

Latenstid: ____ sek

Varighet: ____ sek

Hodeimpulstest

Normal

Patologisk høyre

Patologisk venstre

Lege (firetegnskode)

Veiledning til utfylling av skjemaet

Symptomdebut

Angi om mulig dato (eller måned/år) for debut av svimmelhet og evt. hørselstap. Ved otogen vertigo er symptomdebut oftest akutt og distinkt. Svimmelhet som varer i mer enn tre måneder er ofte tegn på komplikasjoner og dårligere prognose. Tiltak med tanke på rehabilitering bør vurderes. Omstendigheter omkring symptomdebut kan gi verdifull diagnostisk informasjon.

Svimmelhetens karakter

Svimmelhetens karakter gir verdifull informasjon sammenholdt med resten av anamnesen. *Rotatorisk vertigo* er en tydelig fornemmelse av at en selv eller omgivelsene roterer som i en karusell. Følelsen er ofte ledsaget av nystagmus og er karakteristisk for sykdommer i det indre øret, balansenerven eller vestibulære forbindelser i hjernen. *Nautisk vertigo* er ukarakteristisk, men kan likevel være otogen. *Fravær av vertigo* (bevegelsesillusjon) taler sterkt imot aktiv vestibulær sykdom. *Presynkope* med trang til å sette seg raskt ned, tilsier blodtrykksfall eller ortostatisme. Årsakene er mange, men har å gjøre med manglende blodtilførsel til hjernen. *Ren ustøhet* uten svimmelhet/vertigo har sjelden vestibulær årsak. De fleste nevrologiske og en rekke ortopediske tilstander kan gi ustøhet. *Panikkfølelse* med svetting, hjertebank og eventuelt hyperventilasjon utelukker ikke tilgrunnliggende vestibulær sykdom, som noen ganger kan ligge langt tilbake i tid.

Tidsforløp

Kontinuerlig svimmelhet varierer lite i intensitet og inkluderer diagnoser som vestibularisnevritt eller akutt labyrintitt, der vertigo er til stede uavbrutt i minst 24 timer. Svimmelheten kan forverres ved hodebevegelser, men er tilstede i betydelig grad også i ro. *Anfallsvis svimmelhet* er typisk for BPPV (anfall som varer i sekunder), Menières sykdom (anfall som varer fra 20 minutter til flere timer), migrene og fobisk postural vertigo.

Ledsagende symptomer

Ledsagende symptomer er en viktig nøkkel til diagnosen. Hørselstap og øresus angis med side (H/V) og er avgjørende for diagnosene Menières sykdom, akutt labyrintitt og perilymfatisk fistel. Kvalme og oppkast er typisk ved otogen vertigo, men ses også ved migrene og enkelte vaskulære lesjoner i hjernestamme og lillehjerne. Hodepine, synstap (flimmerskotom/fortifikasjonsmønster) og lys-/lydskyhet er typisk for migrene. Andre symptomer kan være f.eks. nevrologiske utfall eller angstsymptomer (hjertebank, dyspne, svetting).

Utløsende faktorer

Det er her spørsmål om faktorer som gjentatte ganger har utløst anfall av vertigo eller en betydelig forverrelse av svimmelhet. Ved BPPV utløses kraftige, kortvarige vertigoanfall av bestemte hodebevegelser. Ved perilymfatisk fistel eller dehiscens av buegangene i det indre øret, kan vertigo noen ganger utløses av bestemte lyder eller av trykk, f.eks. ved bruk av bukpressen. Ved langvarig svimmelhet av forskjellige årsaker, og spesielt ved fobisk postural vertigo, kan svimmelheten være situasjonsbestemt og utløses av sosiale situasjoner og situasjoner som det er vanskelig å trekke seg ut av, f.eks. i kø på et supermarked.

Gange på linje ("tå-hælgang", "tandem-gange") er gange på linje med hæl mot tå.

Rombergs prøve er undersøkelse av balanse i stående stilling med bena samlet med åpne versus lukkede øyne. Testen er positiv dersom pasienten klarer å stå med åpne øyne, men faller med øynene lukkede.

Skjerpet Romberg utføres med føttene på linje (tå mot hæl) og kan brukes til å demonstrere falltendens til den paretiske siden ved en vestibulær lidelse.

Okulær følgetest er en undersøkelse av evnen til å følge et objekt i bevegelse med jevne, ikke hakkede, øyebvegelser og er en undersøkelse bl.a. av lillehjernefunksjon. Den utføres enkelt med en finger som beveges fra side til side foran pasientens øyne.

Spontannystagmus er til stede når pasienten sitter i ro uten at det foregår noen stimulering av balanseapparatet. Spontannystagmus vil ofte hemmes ved blikkfiksasjon, og Bartels' brille el.l. må benyttes.

Hoderistingstest utføres dersom det ikke er spontannystagmus. Pasientens hode dreies med hurtige, små bevegelser fra side til side (ivrig "nei-nei"-bevegelse, frekvens ca 2 Hz) i 10-20 sekunder.

Blikkretningsnystagmus (gaze evoked/ gaze paretic nystagmus) opptrer ved sideblikk og er rettet samme vei som blikkretningen. Den forekommer ved sentralnervøse sykdommer, alkohol eller medikamentintox. Noen få nystagmuslag er normalt når øyet er i ytterposisjon.

Dix-Hallpikes manøver utføres på benk. Pasienten legger seg ned med hodet dreid 45 grader til siden. Hver side testes for seg. Karakteristisk vertigo og nystagmus er avgjørende for å stille diagnosen benign paroksysmal posisjonsvertigo.

Hodeimpulstest kan påvise ensidig vestibulær skade. Den utføres enklest ved at undersøkeren sitter foran pasienten og beveger dennes hode fra side til side med små, men raske bevegelser. Pasienten klarer ikke å holde blikket fiksert på undersøkeren når hodet dreies hurtig mot det syke øret.