

# FYSIKALISK BEHANDLING AV YRSEL

Yrsel är ett komplext symtom – men oftast inte svårt att behandla. Med balans-  
träning eller manöverbehandling (ibland  
som egenvård hemma) kan patienten få  
hjälp. Fysisk aktivitet är en grundbult.



**EVA EKVALL HANSSON**, leg sjukgymnast, med dr  
**ANDERS HÅKANSSON**, professor i allmänmedicin; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm  
anders.hakansson@med.lu.se

båda institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Allmänmedicin, Lunds universitet

Yrsel är ett besvärligt symtom för patienten. Även läkaren kan uppleva det som besvärligt, eftersom yrsel är ett diffust begrepp och därmed svårt att diagnostisera och eftersom kunskapen om de behandlingsmöjligheter som finns inte spridit sig i den kliniska vardagen.

I dag vet man att många av de sjukdomar som ger yrsel är behandlingsbara, och även om grundorsaken till yrseln inte går att behandla är symtomen ändå ofta påverkbara. Behandling av godartad lägesyrsel (BPPV, benign paroxysmal positionell vertigo) tar endast några minuter i anspråk och lämpar sig väl att genomföra inom primärvården, både på läkarmottagning och hos sjukgymnasten. De enkla råden att vara fysiskt aktiv och våga provocera fram symtomen hjälper sannolikt många patienter. De patienter som inte blir bra med egenvård kan ha god nytta av vestibulär rehabilitering, som innebär specifik träning av balanssinnet och praktiseras av många sjukgymnaster.

Nedan följer en beskrivning av vestibulär rehabilitering och manöverbehandling för godartad lägesyrsel.

## Vestibulär rehabilitering

Träningsprogram med vestibulär rehabilitering utvecklades redan på 1940-talet av Cawthorne och Cooksey [1, 2] och avsåg då träning av patienter med perifer skada. Senare års forskning har breddat användandet och visat på effekt även vid andra diagnoser [3] (Fakta 1).

Vid behandling med vestibulär rehabilitering utgår man från de sensoriska komponenter som ingår i balanssystemet. Man använder därför ögonrörelser för att påverka den vestibulo-okulära reflexen eller blundar helt för att synen inte ska kunna hjälpa till med att hålla balansen. Man gör det svårt för proprioceptionen genom att använda mjuka underlag såsom olika former av balansdynor. Man låter patienten träna barfota för att det sensoriska inflödet från skorna inte ska kunna hjälpa till med balansen, och man försvårar för vestibularis

## FAKTA 1.

### Vetenskaplig evidens [3] för vestibulär rehabilitering som behandling

*Starkt vetenskapligt underlag*  
Vestibulär hypofunktion  
Ménières sjukdom  
Multisensorisk svikt

*Måttligt starkt vetenskapligt underlag*

Efter vestibulär kirurgi

*Otillräckligt vetenskapligt underlag<sup>1</sup>*

Fobisk postural yrsel

Migränrelaterad yrsel  
Neurologiska orsaker till yrsel  
Ostadighet efter godartad lägesyrsel  
Yrsel vid WAD (whiplash associated disorder)

<sup>1</sup> Resultaten av de studier som finns är så pass lovande att man ändå kan rekommendera vestibulär rehabilitering som behandling vid dessa tillstånd.

genom att använda huvud- och bålrorelser. På detta sätt faciliteras rearrangering och rekrytering av kontrollkapacitet i det vestibulära systemet [4].

Balanssystemet ska hela tiden utsättas för övningar som är så svåra att de nästan inte går att utföra. Stor vikt behöver därför läggas vid säkerhet, så att patienten inte ramlar och slår sig. Övningarna ska sedan gradvis försvåras efter hand som patienten blir bättre. Försämring i form av ökade symtom av yrsel och eventuellt illamående är vanligt vid träningsstart. Försiktig start är därför att rekommendera.

Vestibulär rehabilitering har visat sig ha bäst effekt när träningen är individuellt anpassad till varje patient och utformad av sjukgymnast med specialutbildning inom området [5, 6]. Det går även att utföra träningen i form av hemövningar eller som gruppträning, men man bör då ta hänsyn till säkerhetsaspekterna, och man får då räkna med en något längre rehabiliteringsperiod. Fakta 2 visar exempel på övningar som kan ingå i vestibulär rehabilitering, utformad för patienter med multisensorisk svikt.

## Behandling av yrsel som beror på multisensorisk svikt

Multisensorisk svikt är den mer beskrivande och troligen mer adekvata diagnosen för den yrsel som drabbar äldre personer. Eftersom tillståndet karakteriseras av nedsatt funktion i ett eller flera sensoriska organ, är det svårt att komma åt grundorsaken till yrseln. Däremot har det visat sig möjligt att behandla symtomen (yrsel och ostadighet) med behandlingsmetoden vestibulär rehabilitering [7, 8].

Enbart råd om att vara fysiskt aktiv och att våga provocera fram de obehagliga symtom som yrsel och ostadighet innebär är troligen mycket värdefullt.

Yrsel provoceras ofta fram av huvudrörelser, varför det är viktigt att patienten med multisensorisk svikt vågar röra på huvudet och inte rör huvudet och bålen som ett paket. Det sämsta råd man kan ge dessa patienter är att vila! Eftersom äldre personer använder synen i högre utsträckning än yngre för att hålla balansen [9], bör träningen anpassas efter detta. Därför använder man oftare övningar där patienten blundar

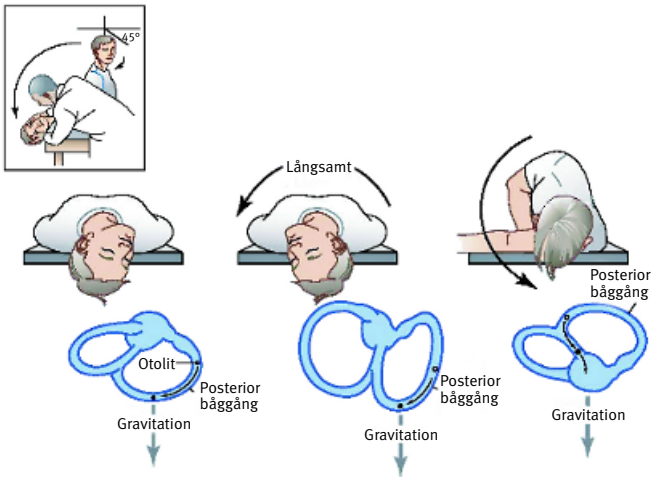
## SAMMANFATTAT

**Yrsel** är ett komplext problem, som ofta kan behandlas med relativt enkla åtgärder.

**Råd om** fysisk aktivitet kan ofta vara en god grund för behandling.

**Godartad lägesyrsel** är relativt enkelt att diagnostisera och behandla.

**Vestibulär rehabilitering** hjälper många patienter med yrsel.

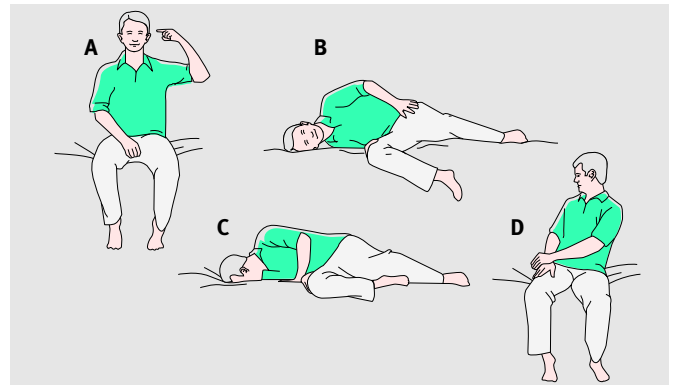


**Figur 1.** Epleys manöver för behandling av godartad lägesyrrel från höger bakre båggång. Första delen av Epleys manöver är Dix–Hallpikes manöver. Låt patienten ligga kvar i det yrselprovocerande läget cirka 3 minuter efter det att yrseln upphört. Vrid sedan patientens huvud 90 grader åt motsatt sida. Håll hela tiden nacken extenderad. Låt patienten ligga i detta läge cirka 1–3 minuter. Låt sedan patienten utan att lyfta på huvudet ligga över på sidan. Vrid huvudet tills näsan pekar snett ned mot golvet. Ofta känner patienten vid denna vridning på nytt övergående yrsel. Låt patienten ligga i detta läge cirka 3 minuter. Böj in patientens huvud mot bröstkorgen och sätt patienten upp. Det närmaste dygnet bör patienten undvika att böja huvudet bakåt och att ligga på den behandlade sidan. Patienten bör följas upp efter 1–2 veckor.

när man behandlar multisensorisk svikt än när man behandlar vestibulär hypofunktion.

**Behandling av godartad lägesyrrel**

När diagnosen godartad lägesyrrel väl har ställts med hjälp av Dix–Hallpikes manöver (se artikeln Akut yra patienter i detta tema) finns det några olika behandlingsmöjligheter att välja mellan. Teorin är att man genom att utföra någon av de repositioneringsmanövrer som finns beskrivna [10, 11] transporterar de lösa otolitkristallerna runt båggången och ut från



**Figur 2.** Gufonis manöver för behandling av godartad lägesyrrel av canalolithiasis-typ från vänster laterala båggång. Patienten sitter på en brits. Lagg patienten ned på den sida som vid testning har gett minst intensiv yrsel och nystagmus. Låt patienten ligga kvar minst 2 minuter tills yrsel och nystagmus klingat av. Vrid patientens nacke så att näsan pekar rakt ned. Låt patienten ligga i detta läge minst 2 minuter. Sätt patienten upp. Patienten ska det närmaste dygnet ligga så mycket som möjligt på den sida som gett minst yrsel och nystagmus (i detta fall höger sida). Eventuellt kan man, efter att ha låtit patienten vila sittande i cirka 30 minuter, på nytt testa patienten och vid kvarvarande yrsel och nystagmus upprepa behandlingen.

båggången. Patienten känner då oftast en omedelbar symptomfrihet. Figur 1 visar hur Epleys manöver utförs; Epleys manöver är behandlingen då den bakre båggången är drabbad, vilket är det vanligaste. Gufonis manöver (Figur 2) kan användas i de fall då den laterala båggången är drabbad. På vår institutions webbplats finns en film som demonstrerar både Dix–Hallpikes manöver och Epleys manöver: <[http://www.med.lu.se/klinvetmalmo/forskning/allmaenmedicin\\_och\\_samhaellsmedicin/allmaen\\_samhaellsmedicin/forskning/yrsel](http://www.med.lu.se/klinvetmalmo/forskning/allmaenmedicin_och_samhaellsmedicin/allmaen_samhaellsmedicin/forskning/yrsel)>.

Habitueringsövningar är ett annat behandlingsalternativ och syftar också till att få ut de lösa otoliterna från båggången ge-

**FAKTA 2.**

**Exempel på övningar som kan ingå i program med vestibulär rehabilitering, lämpligt för patienter med multisensorisk svikt**

*Övningar i gående*

Gå fram- och baklänges på ett lutande plan och samtidigt vrida på huvudet från sida till sida.  
Gå fram- och baklänges på plan mark och samtidigt vrida på huvudet från sida till sida.

*Övningar i stående*

Stå på skumgummidyne eller annan balansdyne. Vrida på huvudet från sida till sida. Blunda om det är möjligt. Stå på en tjock sportmatta,

gå på stället och vrid på huvudet från sida till sida. Blunda om det är möjligt. Stå på en studsatta och gunga i knäna. Vrid på huvudet från sida till sida, blunda om möjligt.

*Övningar i sittande*

Res sig och sätta sig från en stol och samtidigt vrida på huvudet från sida till sida. Blunda om det är möjligt. Man kan försvåra genom att ha en skumgummidyne under fötterna. Sitt på en Bobath-boll med fötterna på en skumgummidyne. Studsa lite lätt, vrid på huvudet från sida till sida, blunda om möjligt.



**Figur 3.** Exempel på habitueringsövning. Patienten ska få följande instruktion: Sitt på sängkanten och lägg dig sedan snabbt ned på den sida som utlöser mest yrsel. Ligg kvar tills yrseln klingat av och ytterligare ungefär 30 sekunder. Lagg dig sedan på den andra sidan i en snabb rörelse. Om du blir yr, ligg kvar ungefär 30 sekunder efter det att yrseln klingat av. Upprepa hela rörelsen tills du inte blir yr längre. Upprepa varje dag under 2 veckor.

## »... ofta förbättras av enkla åtgärder som att patienten är fysiskt aktiv och vågar framkalla symtomen, t ex genom att röra på huvudet.«

nom att den rörelse som provocerar fram yrsel görs [12, 13]. Patienten behandlar då sig själv upprepade gånger, och tillfrisknandet brukar ta ungefär 1 vecka. Figur 3 visar en schematisk bild med exempel på habitueringsovning. Även habitueringsovningar demonstreras på film på vår institutions webbplats (se ovan).

Behandling med någon repositioneringsmanöver ger ofta patienten omedelbar symtomfrihet. När patienten behandlar sig själv kan det ta någon vecka innan yrseln är helt borta. Om patienten inte är rädd för att framkalla yrsel och vågar röra sig normalt, är självläkningstiden 6 till 12 veckor. I de fall när patienten är rädd för att framkalla yrsel och rör sig försiktigt, t ex lägger sig ned sakta i sängen, kan tillfrisknandet avsevärt förlängas. Eftersom behandlingen med antingen repositioneringsmanöver eller habitueringsovningar avsevärt påskyndar tillfrisknandet, rekommenderar vi starkt att man behandlar tillståndet; detta är särskilt viktigt hos äldre där risken för fall är stor.

En del patienter har svårt att tolerera behandlingen. I de fall när patienten besväras svårt av illamående kan man medicinera med åksjukemedel före behandling med repositioneringsmanöver. En del patienter kan ha rörelseinskränkningar, som gör det svårt för dem att böja huvudet bakåt eller att utföra habitueringsovningarna. Genom att ta reda på vilken rörelse som patienten blir mest yr av och sedan använda den rörelsen som habitueringsovning går det ofta att framgångsrikt behandla även patienter med rörelseinskränkningar [14].

En del patienter med godartad lägesyrsel känner ostadighet och nedsatt balans efter det att tillståndet behandlats. Dessa symtom kan behandlas med vestibulär rehabilitering [15].

### Fler behandlingsbara yrseldiagnoser

Som tidigare nämnts är råd om fysisk aktivitet och vestibulär

rehabilitering grundpelare i behandling av flera diagnoser (Fakta 1). Vestibulär hypofunktion, som vid vestibularisneurit, är den diagnos som vestibulär rehabilitering ursprungligen utvecklades för. Vid Ménières sjukdom har vestibulär rehabilitering visat sig kunna reducera symtom och förbättra balansen [16, 17]. Vid neurologiska orsaker till yrsel, t ex stroke eller MS, har vestibulär rehabilitering visat sig kunna minska symtom, minska handikapp och förbättra balansen [18, 19].

Kognitiv beteendeterapi har visat sig kunna lindra symtomen hos patienter med fobisk postural yrsel [20].

Hos patienter med yrsel i samband med WAD (whiplash associated disorder) kan balansen förbättras och självskattad handikapp på grund av yrsel kan minska med vestibulär rehabilitering [21]. Minskat handikapp, förbättrad balans och förbättringar i posturografi har setts hos patienter med migränrelaterad yrsel som fått träna vestibulär rehabilitering [22].

Fysikalisk behandling riktad mot de undersökningsfynd i form av muskelstramhet och smärta som patienter med cervikal yrsel ofta har kan lindra symtomen [23, 24].

### Slutsats

Trots sin komplexitet är yrsel ett symtom som ofta förbättras av enkla åtgärder som att patienten är fysiskt aktiv och vågar framkalla symtomen, t ex genom att röra på huvudet. Råd angående fysisk aktivitet får anses som grunden i behandlingen. Långvarig medicinering med åksjuketabletter bör undvikas, eftersom dessa dämpar balansorganet och förlängsamar tillfrisknandet.

När diagnosen är ställd finns det behandlingsstrategier att tillgå. Godartad lägesyrsel går relativt lätt att behandla med manöverbehandling, som oftast ger omedelbar symtomlindring. Vestibularisneurit, multisensorisk svikt, Ménières sjukdom med flera andra yrseldiagnoser kan med fördel behandlas med vestibulär rehabilitering, och dessa patienter har ofta god nytta av kontakt med sjukgymnast, som kan tillgodose denna behandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- Cawthorne T. The physiological basis for head exercises. *J Chartered Soc Physiother.* 1945;30:106-7.
- Cooksey I. Rehabilitation in vestibular injuries. *Proc R Soc Med.* 1946;39:273-8.
- Hansson EE. Vestibular rehabilitation – for whom and how? A systematic review. *Advances in Physiotherapy.* 2007;9(3):106-16.
- Dieterich M. Easy, inexpensive, and effective: vestibular exercises for balance control. *Ann Intern Med.* 2004;141(8):641-3.
- Badke MB, Shea TA, Miedaner JA, Grove CR. Outcomes after rehabilitation for adults with balance dysfunction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(2):227-33.
- Telian SA, Shepard NT. Update on vestibular rehabilitation therapy. *Otolaryngol Clin North Am.* 1996;29(2):359-71.
- Hansson EE, Månsson NO, Håkansson A. Effects of specific rehabilitation for dizziness among patients in primary health care. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2004;18(5):558-65.
- Ledin T, Kronhed AC, Möller C, Möller M, Ödkvist LM, Olsson B. Effects of balance training in elderly evaluated by clinical tests and dynamic posturography. *J Vestib Res.* 1990-1991;1:129-38.
- Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;107(3):399-404.
- Semont A, Freyss G, Vitte E. Curing the BPPV with a liberatory maneuver. *Adv Otorhinolaryngol.* 1988;42:290-3.
- Brandt T, Daroff R. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol.* 1980;106:484-5.
- Lempert T, Gresty M, Bronstein A. Benign positional vertigo: recognition and treatment. *BMJ.* 1995;311:489-91.
- Hansson EE, Månsson NO. Treatment for benign paroxysmal positional vertigo – a case study. *Advances in Physiotherapy.* 2005;7(4):183-6.
- Vaz Garcia F. [Treatment failures in benign paroxysmal positional vertigo. Role of vestibular rehabilitation]. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2005;126(4):271-4.
- Yardley L, Kirby S. Evaluation of booklet-based self-management of symptoms in Meniere disease: a randomized controlled trial. *Psychosom Med.* 2006;68(5):762-9.
- Brown KE, Whitney SL, Marchetti GF, Wrisley DM, Furman JM. Physical therapy for central vestibular dysfunction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;87(1):76-81.
- Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, Rivano-Fischer M, Magnusson M. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. *J Neurol.* 2006;253(4):500-6.
- Hansson EE, Månsson NO, Ringsberg K, Håkansson A. Dizziness among patients with whiplash associated disorder – a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2006;38:387-90.
- Gottshall K, Moore R, Hoffer M. Vestibular rehabilitation for migraine-associated dizziness. *Int Tinnitus J.* 2005;11(1):81-4.
- Karlberg M, Magnusson M, Malmström EM, Melander A, Moritz U. Postural and symptomatic improvement after physiotherapy in patients with dizziness of suspected cervical origin. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996;77(9):874-82.