

Vom Morbus Menière bis zum phobischen Schwankschwindel:

Schwindelattacken sorgfältig anamnestisch hinterfragen

Bei der Diagnostik und Therapie von Patienten, die über Schwindel klagen, ist Fingerspitzengefühl gefragt. Bevor aufwendige apparative Verfahren oder gar eine Bildgebung angeordnet werden, sollte versucht werden, durch eine sorgfältige Erhebung der Anamnese und eine umfassende klinische Untersuchung zum Ziel zu kommen.

Eine 79-jährige Patientin klagt über Schwankschwindel und Verschwommensehen beim Gehen. Sie gibt zudem eine Gang- und Standunsicherheit an. Schwindel und Sehstörung sind von der Blickrichtung unabhängig und zeigen keine tageszeitlichen Schwankungen. Die eingehende Anamnese bringt die Ursache zutage: Die Beschwerden traten erstmals zwei Wochen nach einer Herz-Operation auf, der sich die Patientin drei Monate zuvor unterziehen musste. Der Schwankschwindel entpuppt sich als bilaterale Vestibulopathie, es handelt sich um eine Reaktion auf die Behandlung mit Gentamycin nach der Herzoperation.

Vestibulotoxische Reaktion auf Gentamycin

»Es ist außerordentlich wichtig, schon frühzeitig an die Möglichkeit einer solchen vestibulotoxischen Reaktion auf Gentamycin zu denken, da die Störung nicht reversibel ist«, betonte Prof. Dr. Christoph Helmchen aus Lübeck bei einem interaktiven fallbezogenen Repetitorium zum Thema Schwindel anlässlich des »Update Neurologie und Psychiatrie 2014« am 3. Dezember 2014 in Düsseldorf.

Gentamycin wird nach Prof. Helmchen in schweren Fällen auch bei der Behandlung des Morbus Menière eingesetzt. Dabei wird die vestibulotoxische Wirkung genutzt, um das Gleichgewichtsorgan praktisch auszuschalten. »Dies sollte mit der gebotenen Vorsicht geschehen«, betonte der Mediziner. So ist es wichtig, die schwerer betrof-

fene Seite zu identifizieren und Gentamycin sollte dann nur einseitig intratympanal appliziert werden.

Das Fallbeispiel der älteren Dame verdeutlicht nach Prof. Helmchen, dass die Diagnostik des Symptoms Schwindel maßgeblich auf der Anamnese fußt. So ist zu hinterfragen, wie sich die Symptomatik genau darstellt, ob es Auslöser für die Schwindel-episoden gibt, wann diese konkret auftreten und ob möglicherweise ein Zusammenhang mit bestimmten Bewegungen oder Lagerungen besteht.

Auch seltene Schwindelursachen bedenken

Das zeigt auch ein zweites Fallbeispiel, das Priv.-Doz. Dr. Mark Obermann aus

Essen präsentierte. Er berichtete von einem 32-jährigen Patienten mit rezidivierenden Episoden von Drehschwindel, Hörverlust und Tinnitus, häufig einhergehend mit Übelkeit und Erbrechen. Auffällig war nach Dr. Obermann das Persistieren der Hörminderung im Intervall für zum Teil mehrere Wochen sowie eine rezidivierende Entzündung beider Augen. Die Trias einer interstitiellen Keratitis, Schwerhörigkeit und Schwindel muss nach Angaben des Mediziners stets an ein Cogan-I-Syndrom denken lassen.

Das okulovestibuloauditorische Syndrom basiert auf einer autoimmun-vaskulitischen Genese und verläuft schubförmig-remittierend. Betroffen sind meist junge Erwachsene, behandelt wird die Erkrankung mit Kortison und Immunsuppressiva.

Organische und psychische Ursachen differenzieren

Allerdings ist das Cogan-I-Syndrom selten und kann daher eine diagnostische Herausforderung darstellen. Doch auch die häufigen Schwindelformen sind oft schwierig richtig zuzuordnen. Das gilt nach Dr. Obermann insbesondere für somatoforme Störungen wie den phobischen Schwankschwindel. Hinweisend auf eine psychische Ursache der Beschwerden ist eine fluktuierende Schwindelsymptomatik, ein diffuser Schwank- oder Benommenheitsschwindel

	Organisch	Psychisch
peripher-vestibulär	<ul style="list-style-type: none"> – Im Sitzen und Liegen kein oder kaum Schwindel – Exazerbiert in Dunkelheit und auf unebenem Boden – Oszillipsien oder verschwommen Sehen nur in Bewegung – Positiver Kopfpuls-Test 	<ul style="list-style-type: none"> – Schwindelsymptomatik fluktuiert – Diffuser Schwank- oder Benommenheitsschwindel – Leeregefühl im Kopf, Gefühl zu kippen oder den Boden unter den Füßen zu verlieren – Exazerbation häufig in bestimmten Situationen (Brücken, Autofahren, Kaufhäuser, große Plätze, etc.) – Vermeidungsverhalten und Angst – Psychosoziale Belastungssituation – Besserung nach Ablenkung, Sport und Alkohol
zentral-vestibulär	<ul style="list-style-type: none"> – Augenbewegungsstörungen (Blickrichtungs-, »Upbeat«- oder »Downbeat«-Nystagmus) – Faziale Parese, Dysarthrie – »Skew-Deviation« – Andere fokal-neurologische Symptome 	

Abb. 1: Bereits anamnestisch organische und psychische Ursachen der Schwindelanfälle differenzieren (mod. nach Obermann M [2014]: Schwindel-Fälle 2014)

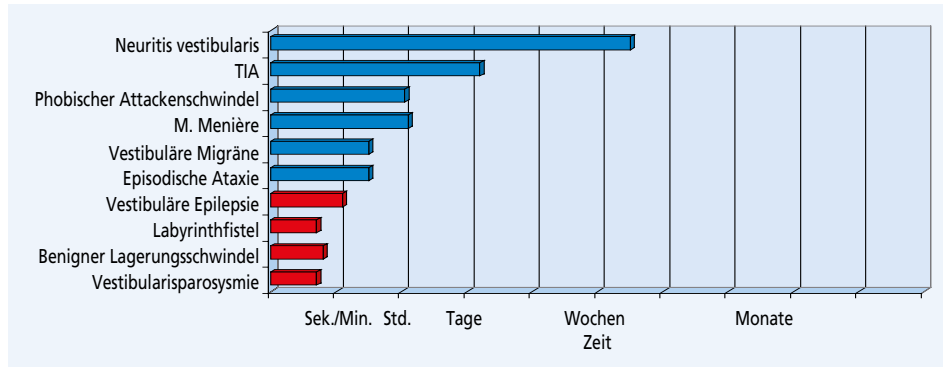


Abb. 2: Die Dauer der Schwindelepisoden ist diagnostisch wegweisend. TIA = transitorische ischämische Attacke (mod. nach Helmchen C [2014]: »Schwindel – ein interaktives fallbezogenes Repertorium«)

oder Angaben des Patienten, ein Leeregefühl im Kopf zu verspüren, das Gefühl zu kippen, oder den Boden unter den Füßen zu verlieren (Abb. 1).

Auch die Exazerbation der Symptomatik in bestimmten Situationen wie etwa auf Brücken oder beim Autofahren sowie allgemein in psychosozialen Belastungssituationen sollte an eine psychische Genese denken lassen. »Das gilt ebenso, wenn der Patient ein Vermeidungsverhalten zeigt oder Angst angibt«, so Dr. Obermann. Die Störung ist keineswegs selten: »Bei 30 bis sogar 50 Prozent der Patienten mit chronischem Schwindel gibt es eine somatoforme Ursache«, erklärte der Mediziner. Zu differenzieren ist ein primärer und sekundärer somatoformer Schwindel beispielsweise im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Komorbidität wie etwa einer Angsterkrankung oder einer depressiven Störung.

Lagerungsschwindel wird oft verkannt

Wie wichtig eine sorgfältige Anamnese ist, zeigt nach Prof. Helmchen auch das Beispiel des Lagerungsschwindels, der ebenfalls oft verkannt wird. Denn wenn die Patienten am späten Vormittag oder gar nachmittags in die Praxis kommen, lässt sich der Lagerungsschwindel meist nicht mehr fassen. »Die anamnestische Angabe von lagerungsabhängigen Drehschwindelattacken, die Sekunden dauern, ist daher bis zum Beweis des Gegenteils hinweisend auf einen Lagerungsschwindel«, erläuterte der Neurologe. Die Patienten sollten ent-

sprechend zu Befreiungsmanövern instruiert werden.

Allerdings wird das Krankheitsbild nach Prof. Helmchen noch unterschätzt. Während die apparative Diagnostik weit verbreitet ist, wird nur bei 28% der Patienten eine einfache Lagerungsprobe vorgenommen. Noch bedenklicher ist aus Sicht des Mediziners, dass sogar nur 8% der Patienten mit einem anamnestischen Lagerungsschwindel hinsichtlich eines effektiven Befreiungsmanövers geschult werden.

Dauer der Schwindelattacken ist diagnostisch wegweisend

Klagt der Patient über rezidivierend auftretende Drehschwindelattacken, die zum Teil über Stunden anhalten, ohne dass ein Auslöser erkennbar ist, so ist an einen Morbus Menière zu denken, vor allem, wenn weitere Symptome wie Hörstörungen oder ein Tinnitus hinzukommen. Das Beispiel verdeutlicht nach Prof. Helmchen ebenfalls die hohe Bedeutung der Anamnese. Schon das Erfragen der Zeitdauer der Schwindelattacken gibt dabei wichtige Hinweise auf die richtige Diagnose (Abb. 2).

Diagnostisch ist die Erkrankung mittels der Kalorik abzuklären und insbesondere gegen die vestibuläre Migräne abzugrenzen. So reagieren 67% der Patienten mit Morbus Menière in der Kalorik pathologisch, nur 37% dagegen im quantitativen Kopfpuls-test (qKIT). Bei der vestibulären Migräne zeigen hingegen nur 22% der Patienten eine

pathologische Kalorik und nur 9% einen pathologischen qKIT. Bei der Therapie ist die intratympanale Gentamycin-Injektion nach Prof. Helmchen den schweren Fällen vorbehalten. In leichteren Fällen kann eine Behandlung mit salzreicher Diät, Paukenröhrchen und auch Betahistin versucht werden.

Medikamentöse Alternativen

Neben den im Symposium genannten Mitteln bestehen weitere medikamentöse Alternativen. So kommt etwa das Präparat Vertigoheel® in Betracht, das nicht zentral-dämpfend wirkt und für das in klinischen Studien generell eine gute klinische Wirksamkeit bei der Behandlung von verschiedenen Schwindelformen belegt wurde (1–5). In einer doppelblinden, randomisiert-kontrollierten klinischen Studie mit insgesamt 119 Teilnehmern erwies sich das natürliche Arzneimittel als vergleichbar wirksam wie Betahistin (6). Für das Präparat spricht zudem dessen gute Verträglichkeit. Es handelt sich um ein natürliches Multi-Komponenten-Arzneimittel basierend auf den vier natürlichen Inhaltsstoffen Anamirta cocculus, Conium maculatum, Ambergrisea und Petroleum rectificatum mit unterschiedlicher Charakteristik und Indikation.

Literatur

1. Klopp R et al. (2005): Microvasc Res 69 (1–2), 10–16
2. Issing W et al. (2005): J Altern Complement Med 11 (1), 155
3. Schneider B et al. (2005): Arzneim-Forsch/Drug Res 55 (1), 23–29
4. Seeger-Schellerhoff E (2009): Europ J Integ Med 1 (4), 180
5. Seeger-Schellerhoff E (2009): Eur J Integ Med 1 (4), 231
6. Weiser M. et al. (1998): Arch Otolaryngol Head Neck Surg 124, 879–885

Impressum

© omnimed® Verlagsgesellschaft mbH
Borsteler Chaussee 85–99a, Haus 16,
22453 Hamburg

Redaktion: Christine Vetter, Köln

Mit freundlicher Unterstützung von
Heel, Baden-Baden

aus **forum** 1/2015