

Schwindel und Gleichgewichtsstörungen als interdisziplinäre Herausforderung

Stefan Hegemann, Michael Rufer, Dominik Straumann

Jedes Schwindelsyndrom hat zentral-vestibuläre (Neurologie), peripher-vestibuläre (Otologie) und psychogene (Psychiatrie) Facetten. Im Folgenden soll an typischen Beispielen gezeigt werden, dass die klassische Trennung zwischen neurologischem, otologischem und psychogenem Schwindel obsolet ist.

Nur «neurologisch»?

Findet der Kliniker Zeichen einer zentralen vestibulären Störung, heisst das noch lange nicht, dass die peripher-vestibuläre Funktion intakt ist (siehe Fallbeispiele 1 bis 3 auf den Innenseiten). Erstens können zentrale und periphere vestibuläre Störungen bei bestimmten degenerativen Krankheiten gleichzeitig auftreten,

zweitens können periphere vestibuläre Störungen eine zentrale Pathologie vortäuschen und drittens können Läsionen, die anatomisch im zentralen Nervensystem lokalisiert sind, gleichzeitig afferente peripher-vestibuläre Fasern an der Wurzeintrittszone betreffen.

Nur «otologisch»?

Neben den oben beschriebenen Symptomkombinationen können sich Symptomkomplexe verschiedener Fachdisziplinen gegenseitig beeinflussen. Wie das Fallbeispiel 4 zeigt (s. Innenseite), können peripher-vestibuläre Störungen neurologische und/oder psychiatrische Symptome nach sich ziehen.

Fortsetzung auf Seite 4

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sind, besonders wenn die Gefahr einer Chronifizierung besteht, eine multidisziplinäre Herausforderung.

Den Patienten, deren Angehörigen, den Physiotherapeuten und den Ärzten erspart man viel Leid, Mühe und Kosten, wenn das multidisziplinäre Problem so früh wie möglich interdisziplinär angegangen wird.

Die klassische Trennung zwischen neurologischem, otologischem und psychogenem Schwindel ist obsolet, denn jedes Schwindelsyndrom hat neurologische, otologische und psychogene Facetten.

Die Autoren

Inhalt

Schwerpunktthema Schwindel	
Fallberichte: neurologisch, otologisch, psychogen?	2
Triage in der Praxis	3
Pharmanews	4

Die Autoren dieser Ausgabe:

Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen am Universitätsspital Zürich

Dr. Stefan Hegemann, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie

Dr. Michael Rufer, Psychiatrische Poliklinik

Prof. Dr. Dominik Straumann,

Neurologische Klinik und Poliklinik

Nur «neurologisch»?

Fallbeispiel 1

Bei einer 60-jährigen Patientin mit massiver Stand- und Gangataxie liess sich ein leichtes zerebelläres okulomotorisches Syndrom nachweisen (Downbeat-Nystagmus bei Lateralblick und Abwärtsblick, sakkadierte Folgebewegungen, diskrete Sakkadendysmetrien). Klinisch und apparativ zeigte sich zusätzlich ein subtotaler peripher-vestibulärer Ausfall, der in Kombination mit der leichten zerebellären Beeinträchtigung die eindrückliche Symptomatik erklärt.

Es handelte sich um ein sog. CABV-Syndrom (cerebellar ataxia with bilateral vestibulopathy), wobei die zerebelläre Degeneration die vestibulären Kerne und dort wahrscheinlich die eintretenden vestibulären Afferenzen mit einbezog.

Fallbeispiel 2

Ein 35-jähriger Mann litt seit zwei Tagen an diffusem Schwindel, der bei Kopfpositionsänderungen in der Sagittalebene während 1-2 Minuten in vertikalen Drehschwindel umschlug. In den Hallpike-Positionen fand sich beidseits ein ca. 60 Sekunden andauernder Downbeat-Nystagmus, der «zerebellär» anmutete, da keine torsionelle Komponente sichtbar war.

Bei diesem Patienten bestand ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) bei Canalolithiasis beider anterioren Bogengänge; er wurde mit einer langsamen 360 Grad-Drehstuhl-Rotation nach vorne geheilt.

Fallbeispiel 3

Ein 56-jähriger Raucher mit plötzlich aufgetretenen Dauerdrehschwindel, Übelkeit und Spontan-Nystagmus zeigte klinisch lediglich einen Spontan-Nystagmus nach rechts und einen pathologischen Kopfpulstest nach links.

Ursache war ein ischämischer Bezirk an der Wurzeintrittszone des N. vestibularis links, welche normalerweise von der A. cerebelli anterior inferior versorgt wird. Man spricht bei dieser Konstellation auch von einer «Pseudoneuritis vestibularis».

Nur «otologisch»?

Fallbeispiel 4

Eine 40-jährige Patientin mit bekannter Migräne hatte über mehrere Wochen zwei Episoden eines BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) bei Canalolithiasis eines posterioren Bogenganges erlebt. Die erste Episode war spontan abgeklungen, die zweite durch ein Lagerungsmanöver beendet worden. Während der zweiten Episode traten zusätzlich Schmerzen im Nacken hinzu, und es kam vermehrt zu Migräneattacken, welche auch nach der Reposition persistierten. Seither bestanden eine leichte Unsicherheit im Stehen und Gehen und ein leichter Schwankschwindel. Die Beschwerden nahmen allmählich zu und traten insbesondere in Menschenmengen und Kaufhäusern auf, weshalb die Patientin solche Situationen mied. Weitere Abklärungen (Kalorik, neurologische

und augenärztliche Untersuchung, zerebrales MRI) waren unauffällig. Ein Orthopäde stellte die Diagnose eines Halswirbelsäulenschwindels und verordnete Physiotherapie. Seither bekam die Patientin regelmässig Massagen, welche die Verspannungen für einige Tage besserten.

Dieses Beispiel zeigt die interdisziplinäre Problematik von Gleichgewichtsstörungen und das Problem ihrer Diagnostik, wenn mit den Scheuklappen eines Fachgebietes untersucht wird.

BPLS tritt bei Migränepatienten gehäuft auf. Eine reaktive Ruhigstellung des Kopfes führte zur Verspannung der Halswirbelsäule und Schmerzen. Die Fehldiagnose eines HWS-bedingten Schwindels war nur eine Frage der Zeit. Passive Physiotherapie hilft natürlich nicht dauer-

haft. Durch die Nackenschmerzen (Trigeminusaferenzen) wurden vermutlich die vorher seltenen Migräneattacken getriggert. Im Rahmen der Migräne kann wiederum Schwindel auftreten, was die Situation weiter kompliziert. Weil die Gleichgewichtsorgane während des BPLS Fehlmeldungen verursachen, kontrollierte die Patientin ihr Gleichgewicht überwiegend visuell und entwickelte eine so genannte visuelle Dominanz, wozu insbesondere Migränepatienten neigen. Andersherum konnte die so ausgelöste visuelle Überbeanspruchung die Migräne weiter verstärken. Die Schwindelattacken hatten Ängste vor weiteren Attacken ausgelöst, welche durch den wiederkehrenden Schwankschwindel und das Vermeidungsverhalten aufrechterhalten wurden. Visuelle Dominanz und Angststörungen sind

Nur «psychogen»?

Fortsetzung von Seite 2:
Nur «otologisch»?

häufige Folgen eines peripheren Schwindels, werden aber oft bei normalen organischen Befunden verkannt. Nach Vestibulopathien werden die Symptome häufig als mangelhafte zentrale Kompensation interpretiert, was zwar nicht ganz falsch ist, aber meist nicht zu den richtigen therapeutischen Konsequenzen führt. Die Frage nach Migräne – auch Migräne ohne Kopfschmerzen – wird Schwindelpatienten oft erst gar nicht gestellt.

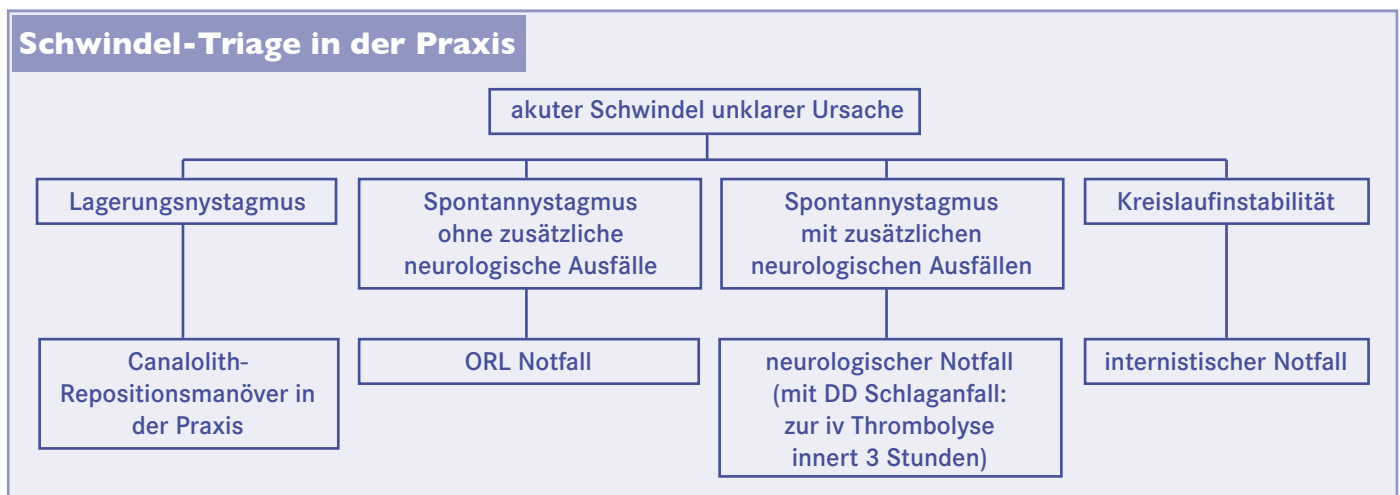
Neben einer Migräneprophylaxe haben wir der Patientin zunächst ausführlich die psycho-physischen Zusammenhänge erläutert und sie einer aktivierenden vestibulär ausgerichteten Physiotherapie zugeführt. Bei dieser wird vor allem Wert auf die verbesserte Nutzung und Koordination propriozeptiver und vestibulärer Informationen hingearbeitet, und Ängste werden abgebaut. Eine spezielle Psychotherapie war in diesem Fall nicht erforderlich. Nach drei Monaten war die Patientin beschwerdefrei.

Fallbeispiel 5

Die 41-jährige Patientin litt seit 8 Jahren unter Schwankschwindelattacken von 30-60 Minuten Dauer mit nahezu täglichem Auftreten in den letzten Monaten. Etwa ein Drittel der Attacken war von Photophobie, Flimmerskotomen und einer Gesichtsfeldeinschränkung begleitet. Die Patientin vermied seit Jahren Situationen, in denen sie Schwindelattacken befürchtete.

Im ORL- und neuro-otologischen Status sowie bei der allgemein-neurologischen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten; auch eine frühere MRI-Untersuchung des Gehirns war unauffällig gewesen. Im Rahmen unserer interdisziplinären Schwindelbesprechung wurden der Patientin, die eine noch unentdeckte organische Ursache vermutete, ihre Schwindelbeschwerden als sowohl organisch als auch psychisch verursacht erklärt. Ein Teil ihrer Beschwerden entspreche am ehesten einer vestibulären Migräne, diese erkläre aber nicht alle Symptome. Hilfreich für die Akzeptanz dieser «sowohl-als-auch Sichtweise» war für die Patientin durch die interdisziplinäre Besprechung zu erleben, dass Somatiker und Psychiater/ Psychotherapeuten gemeinsam über ihre Symptome berieten.

So wurde ihr deutlich, dass jeder auch etwas vom Fachgebiet des anderen verstand, und sie fühlte sich nicht zum Psychiater «abgeschoben». Zur Migräneprophylaxe wurde ihr Flunarizin verschrieben und ein Einzeltermin zur weiteren Abklärung und Beratung beim anwesenden Psychiater vereinbart. Von psychiatrischer Seite wurde nach der Abklärung die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie gestellt; die Schwindelattacken entsprachen Angstattacken, was bei Angststörungen nicht selten der Fall ist. Da ihre Symptomatik kurz nach Belastungen am Arbeitsplatz und Konflikten in der Familie zugenommen hatte, konnte der Patientin der Zusammenhang von psychologischen (Stress-)Faktoren und körperlichen Symptomen (Schwindel) nachvollziehbar dargestellt werden. Dies war Voraussetzung für die Motivation zu der nun folgenden psychotherapeutischen Behandlung: Während einer 5-wöchigen, ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Panikbewältigungsgruppe reduzierte sich die Schwindel-Symptomatik erheblich und die Patientin gab ihr Vermeidungsverhalten vollständig auf. Auch die Anzahl der Migräneattacken nahm, unter Flunarizin-Prophylaxe, deutlich ab.



Fortsetzung von Seite 1

Nur «psychogen»?

Auch wenn organische Ursachen für Schwindelbeschwerden gefunden werden, erklären diese oft nur einen Teil der Symptomatik, während ein anderer Teil auf ursächliche oder auch reaktive psychologische Einflüsse zurückzuführen ist. Das Fallbeispiel 5 (s. Seite 3) zeigt, dass gerade in solchen Fällen ein Erklärungsmodell nützlich ist, das sowohl psychiatrische als auch organische Faktoren einbezieht.

Psychisch (mit-)verursachter Schwindel findet sich am häufigsten bei Angsterkrankungen; wie in dem geschilderten Fallbeispiel kann Schwindel als Angst-Äquivalent auftreten. In der Praxis ergibt sich häufig das Problem, dass sich das als physisch erlebte Symptom Schwindel organisch zwar nicht ausreichend erklären lässt, die Einschätzung als „psychogen“ beim Patienten aber auf Ablehnung stösst. Vorteilhaft ist oft ein Erklärungsmodell, bei dem psychische Faktoren zwar eine Rolle spielen,

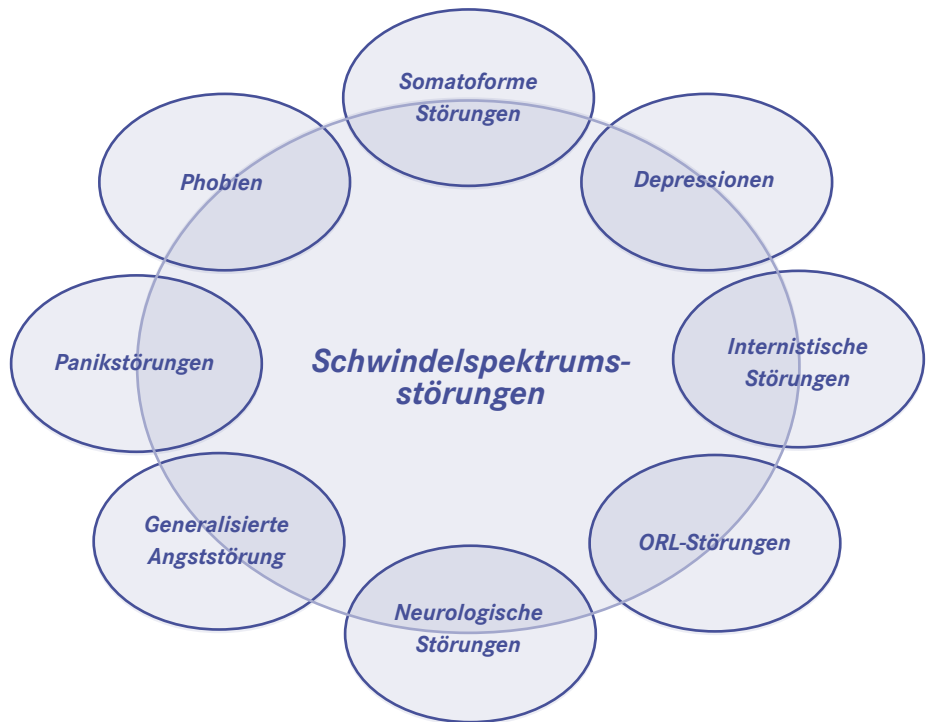


Abbildung 1: Die Störungen des Schwindelspektrums.

aber auch organische Faktoren relevant sind. Schwindelsymptome, für die sich keine oder keine ausreichend erklärenden organischen Ursachen finden lassen, können

beispielsweise als Schwindelspektrumsstörungen erklärt werden (siehe Abbildung 1). Eine Einteilung in „entweder psychisch oder somatisch“ ist hierfür nicht notwendig.

Pharmanews

SCHWARZ PHARMA

Morbus Parkinson – Eine neue Therapieform nimmt Gestalt an.

Rotigotin ist ein neuer nicht-ergoliner Dopaminagonist in transdermaler Applikationsform. Das Pflaster wird 1 x täglich aufgebracht und setzt den Wirkstoff kontinuierlich über 24 h frei. Rotigotin hat sowohl im Früh- als auch im fortgeschrittenem Stadium von Morbus Parkinson eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit gezeigt. Die Substanz befindet sich in der Schweiz im Zulassungsverfahren und ist bereits in der EU zugelassen. Weitere Informationen unter www.neupro.com

Alle Texte unter Pharmanews nach Selbstangaben der Industrie.

Pfizer Schweiz AG

Neue Hoffnung für Patienten mit Nervenschmerzen

Ab sofort ist Lyrica® (Pregabalin) für sämtliche neuropathische Schmerzen zugelassen, die das periphere Nervensystem betreffen. Von der Neuindikation dürften mehrere 10'000 Patienten profitieren. Lyrica® ist gut verträglich und wirkt sehr rasch. Zudem bringt Lyrica® auch Patienten mit therapieresistenten neuropathischen Schmerzen eine langfristige Schmerzlinderung.

Literatur und Fachinformation:
www.neurology.ch (Pharmanews)

Impressum

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft. Redaktionsbeirat: Prof. Dr. C. Bassetti, Prof. Dr. Ch. Hess, Prof. Dr. L. Kappos, Dr. P. Myers, Dr. M. Wiederkehr; Redaktion: Dr. Renate Bonifer

Verlag:
IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG
Münsterberg 1, 4001 Basel, neuro@imk.ch
www.neurology.ch

Erscheinungsweise: 6x pro Jahr
ISSN 1661-4852 © IMK

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Dosierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Mit freundlicher Unterstützung durch
Pfizer AG, Schering Schweiz AG, Novartis AG,
Schwarz Pharma AG Schweiz, UCB-Pharma AG

Die Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt der Publikation. Sie können kurze Mitteilungen unter Pharmanews publizieren.

Ausgabe Nr. 3, Vol. 1, 30. Juni 2006