

Alles Schwindel?

Ein diagnostischer Leitfaden für den Praxisalltag

Schwindel ist ein in der ärztlichen Praxis häufig geklagtes Symptom. Der Leidensdruck der Patienten ist oft groß, die Differenzialdiagnose weit gefächert, das Spektrum reicht von unmittelbar bedrohlichen bis hin zu chronisch psychosomatischen Störungen. Schwindel ist daher für den Erstuntersucher meist eine nicht geringe diagnostische Herausforderung. Ein systematisches Vorgehen ist dabei hilfreich, hierfür eine praktische Hilfestellung zu geben ist Ziel dieses Artikels.

1. Alles Schwindel! - „medizinische Mythen“

Gleich vorangestellt werden sollen einige Diagnosen, die immer wieder gestellt werden, die aber grundsätzlich nicht ausreichend belegt werden können. Stattdessen lässt sich regelmäßig bei eingehender Untersuchung eine andere Erkrankung feststellen.

„**Cervikogener Schwindel**“: Ein Schwindel als Folge von fortgeschrittenen osteochondrotischen Veränderungen der HWS wird gelegentlich angenommen. Obwohl tatsächlich theoretisch möglich, dürfte ein echter cervikogener Schwindel jedoch sehr selten sein. In spezialisierten Zentren wird bei dieser Vordiagnose regelmäßig eine andere Schwindelursache gefunden und erfolgreich behandelt, so dass auch bisher keine Kriterien zur Diagnosestellung eines cervikogenen Schwindels vorliegen.

„**Vertebrobasiläre Insuffizienz**“: Eine echte transiente Ischämie der hinteren Strombahn ist regelmäßig ein ernstes Geschehen. Typische Symptome können akut auftretende Schwindelbeschwerden meist begleitet von anderen Hirnstamm-Symptomen sein. Ursache ist eine rezidivierende kardiogene oder eine arterio-arterielle Embolie. Eine sofortige stationäre Einweisung des Patienten ist erforderlich (s. u.).

Ein primär hämodynamisches Perfusions-Defizit beispielsweise durch beidseitige Stenosen der A. vertebralis ist sehr selten. Oft bleiben auch beidseitig hochgradige Vertebralisstenosen durch Ausbildung von Kollateralen asymptomatisch. Eine noch größere Rarität ist die hämodynamisch relevante Einengung der Arterien von außen.

Das manchem verdächtig erscheinende Auftreten von Drehschwindel bei Kopfreklination ist dagegen praktisch immer Symptom eines benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindels (s. u.).

Eine kausale Zuordnung von Schwindelbeschwerden zu nachgewiesenen (!) Gefäßveränderungen und die therapeutischen Entscheidungen sind regelmäßig komplex und sollten einem interdisziplinären Team von Spezialisten (Neurologen, Neuroradiologen, Neurochirurgen) vorbehalten bleiben.

„**Schwindel/Synkope bei Carotisstenose**“: Lediglich bei einer Ischämie der vertebrobasilären Strombahn kann es zu Schwindelsymptomen kommen (s. o.). Eine Carotisstenose gleich welchen Schweregrades führt dagegen nicht zu Schwindel oder Synkope. Folglich kann bei Auftreten nur dieser Symptome auch nicht von einer symptomatischen Carotisstenose und ggf. einer Indikation zur Intervention ausgegangen werden, nach anderen Ursachen muss gefahndet werden.

„**Unspezifischer/unsystematischer Schwindel o. ä.**“: sind Verlegenheitsdiagnosen. Die fehlende Vermittlung eines klaren Entstehungskonzeptes ihrer Beschwerden führt oft zur nachhaltigen Verunsicherung der Patienten und einer Odyssee von Arzt zu Arzt. Bei mehr als 95 Prozent aller Schwindelpatienten lässt sich jedoch nach vollständiger Diagnostik eine eindeutige Diagnose stellen. Diese ist auch unbedingt anzustreben, um eine Chronifizierung des Schwindels durch sekundär phobische Entwicklungen zu vermeiden. Die Verordnung einer unspezifischen Medikation (z. B. Sulpirid, Vertigo-Heel o. ä.) ist allenfalls kurzfristig überbrückend indiziert.



Dr. Richard Ippisch

Eine Vorstellung in einer spezialisierten Schwindel-Sprechstunde/-Ambulanz ist dagegen in allen unklaren Fällen anzustreben.

2. Welcher Schwindel? – die Beschreibung ist wichtig

Eine genaue Charakterisierung der Beschwerden ist die Voraussetzung für eine Verdachtsdiagnose und das erforderliche weitere Vorgehen. Patienten können ihren Schwindel auch nach Aufforderung oft nur wenig differenziert beschreiben.

Hilfreicher ist es daher meist, gezielt nach den typischen Symptomen diagnostisch weiterführender Schwindelkategorien zu fragen und die Patienten die am ehesten zutreffende Variante auswählen zu lassen. Zu beachten ist dabei, dass auch unterschiedliche Schwindelbeschwerden gemeinsam vorliegen können.

Die üblichen Schwindelkategorien wurden in Tabelle 1 (S. 16) zusammengefasst. Unsicherheiten bestehen allerdings manchmal in der genauen Zuordnung der geäußerten Beschwerden. Beispielsweise benutzen Patienten von sich aus nicht selten Formulierungen wie „es dreht mich“ o. ä. allerdings durchaus bei jeder Art von Schwindel. Ein echter Drehschwindel (die →

Umwelt dreht sich/fährt vorbei wie im Karussell) muss dann gezielt erfragt werden, bei Verneinung solcher Beschwerden liegt kein Drehschwindel vor. Tabelle 2 gibt Beispiele für gezielte Fragen, wie sie so oder ähnlich in unserer Schwindelsprechstunde verwendet werden.

Neben dem „seit wann“ müssen weitere zeitliche Charakteristika ermittelt werden: kontinuierliches/gleichförmiges/fluktuierendes Bestehen oder attackenförmiges Auftreten des Schwindels mit Dauer der einzelnen Episoden (nur Sekunden/für wenige Minuten/weniger als eine Stunde/mehrere Stunden/über Tage).

Tabelle 1:

Diagnostisch weiterführende Schwindel-Kategorien:

- Präsynkopaler Schwindel
- Benommenheitsschwindel
- Stand- und Gangunsicherheit
- Schwankschwindel
- Drehschwindel

Tabelle 2:

Fragen zur Anamnese bei Schwindelbeschwerden

„Wird Ihnen immer wieder kurz schwarz vor den Augen z. B. nach dem Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen?“ „Haben Sie dabei das Gefühl, gleich das Bewusstsein zu verlieren, nur noch eingengt zu sehen, alles nur noch weit weg zu hören?“ „Sind Sie daraufhin schon einmal bewusstlos geworden?“ (Orthostase/Präsynkope)

„Haben Sie ein benommenes Gefühl ähnlich wie nach dem Genuss von Alkohol/Einnahme eines Schlafmittels/wie nach einem Schlag auf den Kopf?“ (Benommenheit)

„Haben Sie Angst, im Stehen gleich umzufallen bzw. beim Gehen zu stolpern oder zu stürzen?“

„Haben Sie das Gefühl, sich im Stehen/beim Gehen festhalten/bei jemandem anhalten zu müssen?“

„Wird die Unsicherheit beim Gehen auf unebenem Untergrund (z. B. Wiese) größer?“

„Sind Sie bereits wiederholt gestolpert oder gestürzt?“ (Stand-/Gangunsicherheit)

„Können Sie zwar sicher stehen, aber beim Gehen kommt es zum Schwanken der Bilder/des Horizonts ähnlich wie in einem Film mit freihändiger Kamera?“ (Oszillopsien bei beidseitig vestibulärer Läsion)

„Haben Sie das Gefühl auf schwankendem Boden/wie auf einem Schiff bei Seegang zu stehen?“ (Schwankschwindel)

„Haben Sie ein Gefühl, als würde sich die Umgebung richtig um Sie drehen/an Ihnen vorbeifahren wie in einem Karussell?“ (Drehschwindel)

Objektive Stand- und Gangunsicherheit, Fallneigung

Eine **objektive Störung des Gleichgewichts** mit **Stand und/oder Gang-Ataxie** ist leicht zu ermitteln durch den **Romberg-Stehversuch** (Stehen mit geschlossenen Augen, die Füße aneinander, die Arme nach vorne gestreckt: starkes Schwanken oder Fallneigung?) oder eine **erschwerete Gangprüfung** (Füße voreinander wie auf einem Seil: wiederholt erforderlicher Ausfallschritt oder Fallneigung?).

Bei deutlichen Auffälligkeiten und **bei erst kurz (max. 4 Wochen) bestehenden Symptomen** sollte umgehend eine neurologische Untersuchung ggf. mit stationärer Einweisung erfolgen. Nicht ganz so dringend ist die neurologische Ataxie-Differenzialdiagnostik (**sensorisch, cerebellär, subklinische Parese, beginnende degenerative Systemerkrankung**) bei bereits länger bestehenden Beschwerden, erst danach sind z. B. gezielte, bildgebende Verfahren sinnvoll.

Präsynkopaler Schwindel

Auch hier ist die Dauer der Beschwerden für die Beurteilung der Bedrohlichkeit maßgeblich. Die charakteristischen Symptome einer orthostatischen Dysregulation und/oder des **wiederholt nahenden bzw. bereits eingetretenen Bewusstseinsverlusts** lassen sich in der Regel leicht von anderen Schwindelsymptomen abgrenzen. Zur endgültigen Klärung sind dann weiterführende internistische/kardiologische Untersuchungen erforderlich (Exsikkose?, Schellong-Test, EKG, Langzeit-EKG, Kipptisch-Untersuchung etc.)

Nebenwirkungen von Medikamenten müssen ausgeschlossen werden. Insbesondere bei älteren Patienten führen praktisch alle Sedativa/Schlafmittel/Hypnotika bei regelmäßiger Einnahme zur (zusätzlichen) Beeinträchtigung der zentralen Gleichgewichtsregulation. Die hierdurch bedingten **Stürze führen nicht selten zu sekundärer Morbidität**, wobei die eigentliche Ursache oft unerkannt bleibt.

In einer Studie konnte eine **erhöhte Fallneigung** auch mit zentral wirksamen Appetithemmern, Kalium-sparenden Diuretika, Oxicamen, Chinin, Aniliden (z. B. Tocainid) und insgesamt mit der zunehmenden Anzahl von eingenommenen →

3. Gefährlicher Schwindel – Warnzeichen

Akuter Schwank- oder Drehschwindel

Ein **neu und akut auftretender - auch nur vorübergehender – heftiger Schwank- oder Drehschwindel** ggf. mit weiteren Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Fallneigung, Doppelbilder, Hörstörung, Tinnitus, wechselnder Bewusstseinsstörung ist immer als Notfall zu betrachten und erfordert die sofortige stationäre Einweisung des Patienten.

Im ernsteren Fall können die Symptome Zeichen z. B. einer **Kleinhirnblutung, eines Hirnstamm-Infarktes bzw. einer TIA oder auch einer fluktuierenden Basilaris-Thrombose** sein, die unverzüglich diagnostiziert und spezifisch behandelt werden müssen.

Eine akute **Neuritis vestibularis** mit ebenfalls akut einsetzendem, heftigem Drehschwindel stellt zwar keine Gefährdung dar, beeinträchtigt den Patienten jedoch so, dass ebenfalls ein vorübergehend stationärer Aufenthalt mit rasch anzupassender, symptomatisch-medikamentöser Behandlung sinnvoll ist.

Medikamenten assoziiert werden. Eine rationale Reduktion der Medikation kann umgekehrt die Häufigkeit von Stürzen senken.

4. Chronischer Schwindel – vom Symptom zur Verdachtsdiagnose

In den übrigen Fällen sollten die anamnestisch gewonnenen (und ggf. im Zeitverlauf erweiterten) Informationen in Kenntnis der folgenden Syndrome oft zumindest eine Verdachtsdiagnose und eine gezielte Einleitung weiterführender Untersuchungen erlauben.

Schwankschwindel

Bei bereits seit längerem bestehendem, starken Schwankgefühl ist insbesondere bei Fallneigung eine **Störung der Gleichgewichtsregulation** anzunehmen. Diese ist bei gerichteter Fallneigung („Zieht es Sie immer zur selben Seite?“) ohne begleitenden Drehschwindel meist zentral vestibulär (Hirnstamm) bedingt. Bei ungerichteter Fallneigung kann eine sensorische Ataxie (vermindertes Vibrationsempfinden an beiden Füßen) oder z. B. eine Kleinhirn-Erkrankung vorliegen, eine neurologische Untersuchung ist zur Differenzierung erforderlich. Bei erkennbar rasch zunehmender Symptomatik ist ggf. vorher schon eine craniale Bildgebung sinnvoll.

Das Auftreten von schwankenden Scheinbewegungen der Umwelt (Oszillopsien) ausschließlich beim Gehen mit Beschwerdefreiheit im Stehen ist charakteristisch für einen **beidseitigen Ausfall der Vestibularisfunktion**. Zum Nachweis sollte eine HNO-ärztliche Untersuchung mit beidseitig kalorischer Vestibularisprüfung erfolgen.

Ein bereits seit Monaten oder gar Jahren immer wieder auftretendes, nur vorübergehendes, Sekunden bis Minuten anhaltendes, heftiges Schwankgefühl u. U. begleitet von starker Angst (zu stürzen), jedoch ohne jemals eingetretenen Sturz oder Stolpern ist verdächtig auf den oft sekundär psychosomatischen, **phobischen Attacken-Schwankschwindel**. Auch hier sollte eine einmalige, neurologische Untersuchung erfolgen, um andere, ggf. ähnliche Störungen (z. B. Vestibularis-Paroxysmie) auszuschließen.

Andauernder oder rezidivierender Drehschwindel

Dauerhafter Drehschwindel oft mit begleitender Übelkeit ist Hinweis auf eine anhaltende **zentral/peripher vestibuläre Störung**, in den meisten Fällen Folge einer abgelaufenen Neuritis vestibularis. Eine HNO-ärztliche (mit kalorischer Vestibularis-Prüfung) und neurologische Untersuchung sollten Aufschluss über die Ursache geben.

Bei rezidivierendem Drehschwindel gibt die Dauer der Attacken einen wertvollen Hinweis auf die mögliche Ursache.

Ein über mehrere Stunden anhaltender Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen ist charakteristisch für einen **M. Menière** insbesondere bei anhaltend bestehender einseitiger Hörstörung und in der Episode verstärktem Tinnitus desselben Ohres.

Gleichartige Beschwerden mit kürzerer, bis zu 1 bis 2 Stunden Dauer sind Hinweis auf eine **vestibuläre Migräne**, v. a. dann, wenn auch begleitend ein oft für den Patienten nicht im Vordergrund stehender, einseitiger Kopfschmerz besteht. Oft sind typische Migräne-Attacken auch ohne Schwindel, aber möglicherweise mit anderen

Aurasymptomen (Flimmern, farbige Erscheinungen, Zacken im Gesichtsfeld) anamnestisch erfragbar. Die Migräne als Ursache von Schwindelbeschwerden ist nicht selten, wird aber häufig fehldiagnostiziert.

Ein häufig rezidivierender und regelmäßig beim Hinlegen, Aufrichten aus dem Liegen oder Umdrehen im Liegen auftretender, sekundenlang anhaltender Drehschwindel (jedoch danach häufig länger anhaltender Beeinträchtigung mit Übelkeit) ist typisch für einen **benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindel**. Gelegentlich wird auch über einen bei Blick nach oben/Kopfreklination auftretende Symptome mit ggf. eintretender Gleichgewichtsstörung geklagt („Mythos vertebrobasiläre Insuffizienz“ s. o.).

Eine Lagerungsprüfung mit Frenzelbrille erlaubt in der Regel die definitive Diagnosestellung und die Erkennung der betroffenen Seite mit dann gezielt möglicher Verordnung von Lagerungsübungen.

Benommenheitsschwindel

Ein anhaltendes oder fluktuierendes Benommenheitsgefühl kann unspezifisches **Begleitphänomen einer Vielzahl von Erkrankungen** sein, so dass nach anderen Symptomen gesucht werden muss und sich eine Routinediagnostik einschließlich Blutuntersuchung empfiehlt.

Eine häufige Ursache ist auch hier die **Nebenwirkung eines Medikaments**, z. B. nicht selten die Akkumulation von Benzodiazepinen bei regelmäßiger Einnahme auch kleiner Dosen v. a. durch ältere Patienten (zunehmende/hohe Halbwertszeit des Abbaus – ggf. Benzodiazepinspiegel!)

Auch die allgemeine Beeinträchtigung im Rahmen einer **depressiven Störung** wird oft als Benommenheitsgefühl geschildert. Weiter führen hier meist Fragen nach einem Antriebsmangel oder der jetzt fehlenden Freude an früher gern ausgeübten Tätigkeiten und Hobbies sowie die Frage nach Schlaf- und

Hydal® enthält ein Opioid. Fachkurzinformationen: Bezeichnung des Arzneimittels: Hydal® 1,3 mg, 2,6 mg Kapseln. Packungsgrößen: 10 und 30 Kapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Je 1 Hartkapsel enthält 1,3 mg (2,6 mg) Hydromorphon-Hydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Pellets: Lactose wasserfrei, 39,5 mg (1,3 mg Kapsel) bzw. 78,7 mg (2,6 mg Kapsel), Cellulose, Kapsel: Gelatine, Natriumdodecylsulfat, gereinigtes Wasser, Titandioxid (E171), Erythrosin (E 127), Eisenoxid gelb (E 172), Markierungstinte: Schellack, Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. Bezeichnung des Arzneimittels: Hydal® retard 2 mg, 4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg Kapseln. Packungsgrößen: 10 und 30 Kapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Je 1 Kapsel enthält 2 mg (4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg) Hydromorphon-Hydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Retard-Pellets: Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Ethylcellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, Dibutyl-sebacat. Kapsel: Gelatine (enthaltend: Natriumdodecylsulfat), Wasser, Titandioxid (E171), sowie zusätzlich bei 2 mg: Chinolingelb (E 104), 4 mg: Erythrosin (E127), Indigocarmin (E132), 8 mg: Erythrosin (E 127), 16 mg: Eisenoxid rot, gelb und schwarz (E 172), 24 mg: Indigocarmin (E 132). Markierungstinte: Schellack, Propylenglycol, Eisenoxid schwarz (E 172). Anwendungsgebiete: Behandlung von starken Schmerzen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber Hydromorphon oder einem der sonstigen Bestandteile von Hydal® Kapseln bzw. Hydal® retard Kapseln. Atemdepression mit Hypoxie, schwere obstruktive Atemwegserkrankungen, Koma, Begleittherapie mit Monoaminoxidase-Hemmern oder innerhalb zwei Wochen nach deren Absetzen, paralytischer Ileus, akutes Abdomen. Inhaber der Zulassung: Mundipharma Ges.m.b.H., Wien. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: SG, apothekenpflichtig. Pharmakotherapeutische Gruppe: Opioidalkaloid. ATC-Code: N02AA 03. Stand der Information: Hydal® retard 2 mg 4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg Kapseln: 7/2007; Hydal® 1,3 mg und 2,6 mg Kapseln: 10/2007. Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der Fachinformation.

Appetitstörungen. Isolierter, primär **somatoformer (psychogener) Schwindel** ist dagegen vergleichsweise selten und sollte nur nach sicherem Ausschluss anderer Ursachen erwogen werden.

Stand- und Gangunsicherheit

Vor allem ältere Patienten beschreiben mit Schwindel oft eine langsam zunehmende Gangunsicherheit. Diese ist in vielen Fällen allein Folge einer unterschiedlich begründeten körperlichen Inaktivität. Altersbedingt nachlassende Funktionen der Propriozeption und der zentralen Gleichgewichtsregulation werden so nur noch unzureichend durch Training kompensiert, hinzu kommen oft Medikamenten-Effekte (s. o.).

Ein frühzeitig offensives Vorgehen mit regelmäßigem Geh- und Gleichgewichtstraining zunächst unter krankengymnastischer Anleitung und unter Einbezug von Angehörigen bewirkt nicht selten eine deutliche Besserung.

5. Alles Schwindel – Häufigkeit von Diagnosen bei unklaren Fällen

Abschließend gibt Tabelle 3 einen Überblick über die relative Häufigkeit der Ursachen von vorher ungeklärtem Schwindel in einer Spezial-Ambulanz. Mehr als 95 Prozent aller unklar gebliebenen Schwindelbeschwerden lassen sich somit schließlich doch einer eindeutigen Diagnosestellung zuführen.

Literatur beim Verfasser

Tabelle 3:

Diagnosen bei vorher unklarem Schwindel

- Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel 19 %
- Phobischer Schwankschwindel 16 %
- Zentraler vestibulärer Schwindel 12 %
- Vestibuläre Migräne 10 %
- M. Menière 9 %
- Neuritis vestibularis 7 %
- Bilaterale Vestibulopathie 5 %
- Vestibularisparoxysmie 4 %
- psychogen 3 %
- andere 12 %
- ungeklärt 3 %

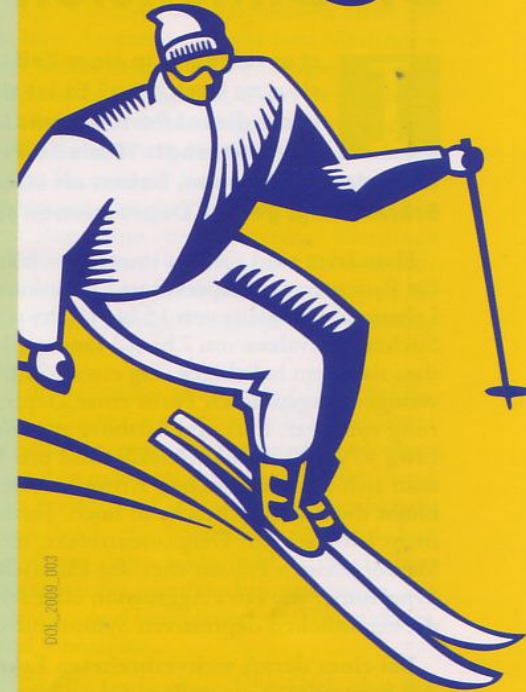
Korrespondenz:

Dr. Richard Ippisch

Josef-Kistler-Straße 10, D-82110 Germering, e-mail: ippisch@schwindel-praxis.de

Internet: www.schwindel-praxis.de

Dolgit®



- rasche Schmerzlinderung
- Rückgang der Schwellung
- Wiederherstellung der Beweglichkeit

8. Wiener Osteoporosetag

Knochenstark durchs Leben!

Termin: 4. November 2009 von 10 bis 19 Uhr

Ort: Wiener Rathaus, Festsaal

Alle Vorträge, Informationen, Gesundheitsangebote, Beratungen und Seminare über Knochenschwund kostenlos!

Osteoporose-Quiz mit tollen Preisen!

Informationen: MedEvent, Tel.: 545 38 10,

E-Mail: medevent@medevent.cc

www.osteoporosetag.at



Dolgit steht Ihnen in folgenden Darreichungsformen zur Verfügung:

- Dolgit Creme 40 g und 100 g
- Dolgit Dragees 400 mg und 600 mg
- Dolgit Filmtabletten 800 mg

www.sanova.at

 **Sanova**
Gesundheit richtig bewegen

Fachkurzinformation siehe Seite 28