

Leitsymptom Schwindel – aus hausärztlicher Sicht

T. Steger, A. Klement

Zusammenfassung

Das Leitsymptom Schwindel hat nach einer aktuellen Untersuchung in der hausärztlichen Medizin eine Einjahresprävalenz von 3,4 Prozent. Es gelingt in vielen Fällen nicht, eine exakte Diagnose zu stellen. Jedoch können abwendbar gefährliche Verläufe daran erkannt werden, dass neben dem Schwindel weitere Symptome sowie Auffälligkeiten bei der klinischen Untersuchung auftreten. Vier häufige Bilder von Erkrankungen (gutartiger Lagerungsschwindel, psychogener Schwindel, multisensorischer Altersschwindel und zervikogener Schwindel) können in der Primärversorgung festgestellt und überwiegend selbst behandelt werden. Sie werden im Einzelnen näher beschrieben.

Einleitung

In epidemiologischen Querschnittserhebungen geben mehr als 20 Prozent der Bevölkerung innerhalb des letzten Jahres eine oder mehrere Episoden von Schwindel an (Neuhäuser, H. K.; Radtke, A.; v Brevern, M.; et al., 2008). Nur ein Teil der Betroffenen sucht deshalb ärztliche Hilfe auf. In der Hausarztpraxis liegt die Einjah-

resprävalenz daher deutlich niedriger, in einer aktuellen Untersuchung bei 3,4 Prozent (Kruschinski, M.; Kersting, M.; Breull, A.; et al., 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass es in der hausärztlichen Konsultation wegen Schwindel oft schwierig ist, nach der ICD 10-Klassifikation eine sinnvolle Diagnose zu stellen, die Verschleuslung erfolgt daher häufig mit der Ziffer R42 als Symptom. Hier bestätigt sich ein bekanntes Charakteristikum allgemeinärztlicher Arbeit, in der Versorgung des sogenannten „unausgelesenen Krankengutes“ ist eine exakte Diagnosestellung zunächst nur in einer Minderheit der Fälle möglich (Braun, R. N.; Mader, F.H., 2005).

Die Herausforderung für die Hausärzte besteht nun darin, die „abwendbar gefährlichen Verläufe“ rechtzeitig zu erkennen sowie häufige Ursachen für Schwindel selbst zu klassifizieren und zu behandeln. Es bleibt eine große Gruppe zunächst nicht näher zu klassifizierender Schwindelsymptome, die weiter beobachtet werden sollte.

Untersuchungen zum weiteren Verlauf zeigen nach einem Jahr einen erheblichen Teil chronischer Symptome, die Zahlen schwanken zwischen 20 und 70 Prozent (Kroenke, K.; Lucas, C.; Rosenberg M.L.; et al., 1994; Meyer, B.: Dreykluft, H-R.; Abholz, H-H., 1993). Bei Chronifizierungsgefahr bedarf es daher rechtzeitig weiterer Abklärung, um eine gezielte Therapie einzuleiten.

Bei einer großen Gruppe zunächst nicht näher zu klassifizierenden Schwindelsymptomen wird auch deutlich, dass nicht-evidenzbasierte Behandlungsverfahren und damit einhergehende vereinfachende Modellvorstellungen eine große Anziehung- und Suggestionskraft auf Betroffene und Ärzte ausüben.

Abwendbar gefährliche Verläufe

Lebensbedrohliche Erkrankungen sind in der Primärversorgung bei Patienten mit Schwindelsymptomen selten. So fanden beispielsweise Gizzi et al., dass, wenn Schwindel das einzige Symptom ist, rund 10.000 CCTs durchgeführt werden müssen, um einen Hirntumor zu fin-

den (Gizzi, M.; Riley, E.; Molinari, S.; et al. 1996). In der bisher einzigen deutschen Untersuchung zum Thema „abwendbar gefährliche Verläufe“ bei Schwindel wurden 100 Patienten nach einem Jahr erneut befragt. 80 Prozent waren beschwerdefrei, in keinem Fall fand sich eine bedrohliche Erkrankung (Meyer, B.: Dreykluft, H-R.; Abholz, H-H., 1993).

Seltene abwendbar gefährliche Verläufe sind vor allem verschiedene zentrale Erkrankungen des Gleichgewichtssystems wie Tumore, Metastasen, Entzündungsherde im Rahmen einer Multiplen Sklerose, Blutungen, Durchblutungsstörungen und Infarkte, Migräneattacken und Herzrhythmusstörungen (Kroenke K.; Hoffman R.M.; Einstadter, D., 2000).

In den meisten Fällen sind hier neben dem Schwindel weitere Symptome und klinische Auffälligkeiten vorhanden. So können durch eine gründliche Anamnese und klinische Untersuchung entsprechende Hinweise erfasst werden und eine weiterführende Diagnostik oder eine stationäre Einweisung veranlasst werden.

Häufige Ursachen von Schwindel in der hausärztlichen Versorgung

Vier häufige Bilder von Schwindelerkrankungen in der Primärversorgung sind der gutartige Lagerungsschwindel, der psychogene Schwindel, der multisensorische oder Altersschwindel und der zervikogene Schwindel. Deutlich seltener treten die Neuritis vestibularis, der Mb. Meniere und die vestibuläre Migräne auf. Hierzu sei auf die einschlägigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verwiesen (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF>).

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV)

Der BPPV ist eine Erkrankung des Vestibularorgans (peripher-vesibulärer Schwindel), bei der in den meisten Fällen der hintere Bogengang betroffen ist. Infolge degenerativer Prozesse, seltener nach einem Trauma oder einer Infektion (zum Beispiel Neuritis vestibularis) werden Calciumkarbonatkristalle, Otolithen aus dem Utriculus des Vestibularorgans abgelöst und gelangen so in

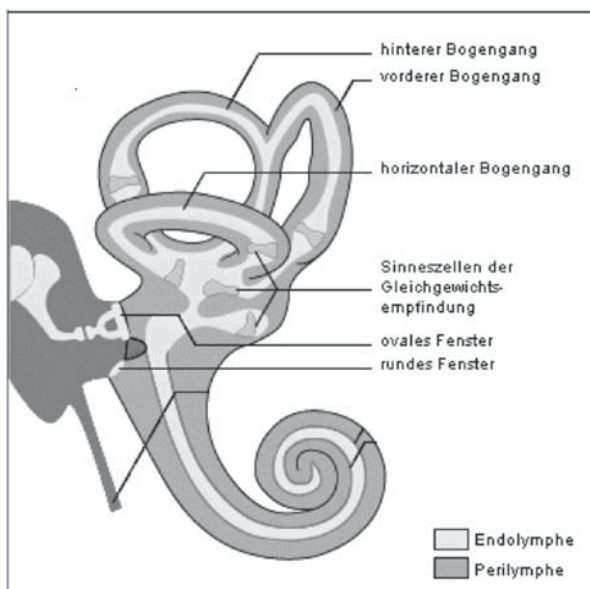


Abbildung 1: rechtes Innenohr mit hinterem Bogengang (modifiziert nach <http://www.onmeda.de/lexika/anatomie>)

den hinteren Bogengang. Dort üben sie bei Kopflagewechsel einen Sog auf die Kupula aus, es folgt eine kurze Drehschwindelattacke mit bis zu 30 Sekunden Dauer. Typische Auslöser sind: Hinlegen oder Aufrichten im Bett, Herumdrehen im Bett, insbesondere zur Seite des betroffenen Ohres, Bücken und Kopfreklination. Begleitende Übelkeit ist möglich. Die ersten Symptome treten häufig in den Morgenstunden auf und verlieren dann im Tagesverlauf durch wiederholte Lagewechsel an Intensität. Die Erkrankung wird als gutartig bezeichnet, da sie meist spontan innerhalb von Tagen bis Wochen abklingt. Es treten allerdings häufig Rezidive auf.

Diagnostik und Therapie

Das Lagerungsmanöver nach Semont eignet sich für die Diagnostik und Therapie, das heißt in einem Arbeitsschritt wird die Diagnose gesichert und dem Patienten die Lagerungstechnik demonstriert, die er dann selbständig zu Hause durchführen sollte. Man testet nacheinander beide Gleichgewichtsorgane. Beim sitzenden Patienten und der Untersuchung des linken hinteren Bogenganges wird der Kopf um 45° nach rechts gedreht (Schritt 1 siehe Skizze).

Der Patient wird dann auf das linke seitliche Hinterhaupt gelegt (Schritt 2 siehe Skizze). Bei pathologischem hinterem Bogengang tritt hier nach einigen Sekunden Latenz ein, Drehschwindel und ein Nystagmus auf.

Es folgt der therapeutische Teil. Nach 30 Sekunden wird der Patient mit einem raschen Schwung zur Gegenseite gelagert, ohne in der Sitzposition anzuhalten (Schritt 3). Dadurch wird der Otolithenpropf aus dem hinteren Bogengang „herausgeschleudert“ und gelangt zurück in den Utriculus. Die Drehung des Kopfes um 45° zur gesunden Seite wird während des gesamten Manövers beibehalten, sodass der Patient mit der Nase zur Liege gewandt in der dritten Position landet. Nach zwei Minuten kann sich der Patient wieder aufrichten.

Bei pathologischer Testung (Schritt 2) bekommt der Patient die Aufgabe,

dieses Manöver selbständig, 3 mal täglich, jeweils 3 mal durchzuführen. Spätestens nach einigen Tagen ist ein Abklingen des Schwindels zu erwarten (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF>).

Insgesamt wird der gutartige Lagerungsschwindel zu selten diagnostiziert, gerade auch bei älteren Patienten wird er häufig als „Durchblutungsstörung“ fehlgedeutet.

Psychogener Schwindel

Hier sollen zwei Formen unterschieden werden, Schwindel als Ausdruck von Angst („phobischer Schwankschwindel“) und die Somatisierung. Beide Formen können primär auftreten oder sekundär im Anschluss an eine organischen (Schwindel)erkrankung.

Beim phobischen Schwankschwindel sind es zunächst typische Angstauslöser, in denen die Symptomatik auftritt: Auto fahren, leere Räume, Menschenansammlungen. Die Patienten beschreiben eine Stand- und Gangunsicherheit, Benommenheit, Angst zu fallen oder Angst vor Ohnmacht. Dabei wird die Angst zunächst nicht als Ursache sondern als Folge des Schwindels betrachtet. Häufig tritt im weiteren Verlauf eine Generalisierung der Symptomatik und ein Vermeidungsverhalten auf (Kapfhammer, H.-P.; Gründel, H., 2001).

Diagnostik und Therapie

Wie allgemein bei Angsterkrankungen sind es zum einen biographische Ereignisse, in denen die Patienten starke Ängste erlebten, die die Neigung erklären, in späteren Jahren mit Angst zu reagieren. So berichten manchmal ältere Patienten – auf Nachfrage – von panischen Ängsten während der Kriegszeit, jüngere zum Beispiel von Gewalterfahrungen aus ihrer Kindheit. In den meisten Fällen bedarf es jedoch längerer psychotherapeutischer Prozesse, um solche oder auch weniger dramatische Ursachen zu erinnern. Zum zweiten sind es oft aktuelle Probleme im familiären oder beruflichen Umfeld, die zu einer Überforderung führen und auf die die Patienten mit Angst reagieren. Weiterhin kann Angst natürlich

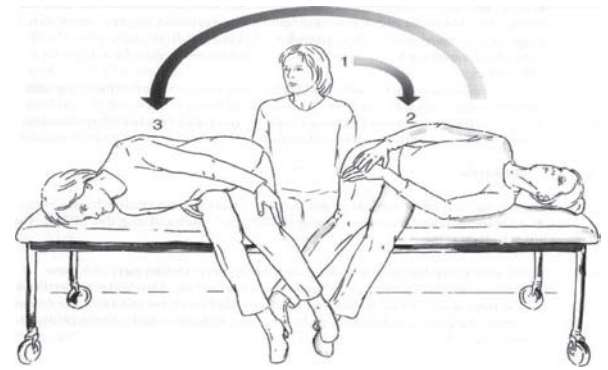


Abbildung 2: Lagerungsmanöver nach Semont (modifiziert nach <http://www.drhschaaf.de/Lagerungsschwindel.pdf>)

auch mit weiteren Symptomen verbunden sein wie Parästhesien, Luftnot etc. und das klinische Bild sich in seiner Erscheinung verändern. Schließlich ist auch zu erwähnen, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen, bei denen die Angst nicht als Ursache benannt wird, ebenso ängstlich verarbeitet werden können (zum Beispiel die Wirbel sind „verrutscht“ und müssen immer wieder eingerenkt werden usw.).

Ein entscheidender Schritt besteht für die Patienten darin, das Phänomen Angst als Ursache zu akzeptieren. Dieses gemeinsame Benennen sollte möglichst bereits in der hausärztlichen Medizin erfolgen. Im weiteren sind dann stützende Gespräche im Rahmen der Sprechstunde, eine angstlösende Psychopharmakotherapie zum Beispiel mit Sertralin 50 bis 100 mg täglich oder eine Überweisung an einen Psychotherapeuten oder Psychiater die therapeutischen Schritte.

Für die Gespräche mit einer Dauer von 10 min, zum Beispiel alle 14d, sind zwei Überlegungen hilfreich. Werden von den Patienten biographische Ursachen genannt, dann sollte dieser Zusammenhang als Erklärung genutzt werden (zum Beispiel, weil ich damals etwas erlebt habe, registriere ich heute in bestimmten Situationen immer noch mit Angst). Das schafft in der Angst oder Schwindelsymptomatik eine erste Distanz und erleichtert den Umgang. Werden aktuelle Probleme benannt, dann sollte innerhalb der 10 min dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, über die Probleme zu sprechen und nach Lösungen zu suchen.

Tabelle1: Kriterien für Somatisierung

Kriterien für Somatisierung

- Fehlende Abhängigkeit des Schwindels von der Willkürmotorik
- Fehlen symptomfreier Intervalle oder nachvollziehbarer Auslösemechanismen
- Affektiv getönte oder symbolische Beschreibung des Symptoms
- „negative emotionale“ Reaktion des Untersuchenden

Somatoforme Störung

Bei der Somatisierung handelt es sich meines Erachtens um die eigentliche Problemgruppe in der Diagnose des Schwindels. Die Schwierigkeit bei somatoformen Schwindel besteht darin, dass die Patienten im Gegensatz zur oben geschilderten Angsterkrankung kein psychologisches Krankheitsmodell vertreten, das heißt eine Einsicht in psychologische Zusammenhänge nur bei einem Teil der Patienten, und hier auch nur schrittweise, erarbeitet werden kann. Die direkte Frage: „Haben Sie Stress?“ ist hier zur Diagnose selten hilfreich, oft führt die Frage eher auf eine falsche Fährte, da der Patient mit „nein“ antwortet oder die alltagsüblichen Stressoren nennt, bei denen der Zusammenhang zur Symptomatik jedoch weiter unklar bleibt.

Um diese Fallstricke zu umgehen, greife ich auf ein Anamneseschema zurück, nach welchem vier wesentliche Kriterien eines Symptoms erfragt werden, um Hinweise auf eine Psychogenese oder psychologische „Verstärkung“ zu erhalten. Das gilt für Schwindel wie auch für andere körperliche Symptome (Adler, R.; Hemmeler, W., 1992).

Diagnostik und Therapie

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist die fehlende Abhängigkeit von der Willkürmotorik. Dahinter steht die Überlegung, das Schwindel „organischer“ Genese seine „lokalisierbare“ Ursache in Strukturen des Nervensystems wie zum Beispiel dem peripheren Vestibularorgan oder dem peripheren Nervensystem hat und daher immer dann auftritt, wenn diese geschädigten Strukturen getriggert werden. Im Beispiel des BPPV sind das Lage-

wechsel und Drehbewegungen des Kopfes. Bei Schwindel psychogenen Ursprungs besteht dieser Zusammenhang nicht oder bleibt vage, der Patient kann keine auslösenden oder verstärkenden Bewegungen oder Körperhaltungen benennen. Häufig tritt hier eine Art Dauerschwindel im Liegen, Sitzen, Stehen und Laufen auf, ebenso wie scheinbar nicht zu erklärende Schwindelattacken.

Ein weiterer Hinweis kann die affektiv getönte und symbolische Beschreibung des Symptoms sein. Die Patienten sprechen von „Ohnmacht“, den „Halt verlieren“ etc. Beim Untersucher entsteht schnell der Eindruck, das Ganze sei inadäquat, rätselhaft und stimme irgendwie nicht.

Anhand dieser Kriterien kann der Verdacht auf eine Somatisierung gestellt werden. Eine Bestätigung dieser Diagnose würde sich nach einer längeren psychotherapeutischen Behandlung ergeben, in der der Zusammenhang zur biografischen Auslösesituation und eine Besserung oder Heilung eintritt. Diese ist in vielen Fällen nicht möglich, da die Patienten nur selten ein psychologisches Krankheitsmodell akzeptieren. So bleibt nur die „indirekte“ Bestätigung über fehlende oder die Symptomatik nicht erklärende organische Befunde.

Eine einmalige gründliche neurologische und HNO-ärztliche Diagnostik ist notwendig.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, das psychogener Schwindel allein oder in Kombination mit einer organischen Schwindelerkrankung auftreten kann. Letztere würde aber ohne psychologische Faktoren nach ca. drei Wochen zentral kompensiert werden oder insgesamt deutlich blander verlaufen.

Statt von Therapie im eigentlichen Sinne ist hier eher von einer Begleitung zu sprechen, da es nur selten gelingt, psychologische Zusammenhänge herzustellen. Sinnvoll sind regelmäßige Kontakte, zum Beispiel im Abstand von sechs Wochen, in denen der Patient kurz seine Symptomatik schildern kann, ohne das mit neuen diagnostischen Maßnahmen oder Therapieversuchen reagiert

wird. Man sollte einerseits betonen, dass es für diese Symptomatik jetzt keine effektive Behandlungsmethode gibt und andererseits Verständnis dafür äußern, dass es nicht leicht ist, mit dieser Erkrankung zu leben. So werden kein neuer Handlungsdruck entfacht und nicht indizierte diagnostische Maßnahmen verhindert, die wieder in einer Enttäuschung enden würden. Gleichzeitig wird emotionale Unterstützung gewährt. Häufig kommt es zwischen Patient und Behandelndem dann zu einem gegenseitigen Verhandlungs- und Abstimmungsprozess, in dessen Verlauf die Symptomatik auf ein erträgliches Maß beschränkt bleibt und auch eine Symptomreduktion möglich ist (Ortmann, K., 2001). Dabei sind symptomatische Maßnahmen wie Antivertiginosa oder Physiotherapie als ein Baustein anwendbar, der eine Linderung bringen kann.

Multisensorischer Schwindel oder Altersschwindel

Das Konzept des multisensorischen Schwindels bei älteren Menschen besagt, dass eine Summe aus altersphysiologischen Veränderungen und krankhaften Störungen zu Schwindel führen kann. Das heißt, das normale Altern ist „per se“ kein Grund zum Schwindeln oder Fallen. Dennoch treten Schwindelerkrankungen im Alter deutlich häufiger auf.

Tabelle 2 und 3 enthalten mögliche Ursachen und Auslöser für multisensorischen Schwindel (Maarsingh, O.R.,; Dros, J.; Schellevis, F.G.; et al., 2010). Die Patienten berichten über Präsynkopen, Schwankschwindel oder einfach Unsicherheit beim Gehen werden beschrieben. Häufig sind eine nicht ausreichende Bewegung oder Angst vor Stürzen mit entsprechender Vermeidungshaltung zu beobachten. Es resultiert ein verminderter „Trainingszustand“, bei dem schon kleinere, sonst harmlose Störungen der Raumorientierung zu Schwindel, Stolpern und schließlich auch zu Stürzen führen.

Dabei sei darauf hingewiesen, das es auch im Alter einzelne, gut behandelbare Ursachen von Schwindel gibt. Am häufigsten übersehen wird der gutartige Lagerungsschwindel.

Diagnostik und Therapie

Es bewährt sich, mittels einer Checkliste die einzelnen Punkte abzufragen und eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Anhand der folgenden drei Tests kann man den „Trainingszustand“ des Gleichgewichtssystems und die Sturzgefahr abschätzen:

- Chair-rising-Test: Kann der Patient fünfmal hintereinander ohne Einsatz der Arme von einem Stuhl aufstehen?
- Kann der Patient fünf Sekunden still auf einer Linie stehen?
- Timed Up and Go Test: Der Patient sitzt auf einem Stuhl. Auf Kommando soll er aufstehen, eine Entfernung von 3 m zurücklegen, sich dort umdrehen, den Weg zurückgehen und sich wie-

Tabelle 2: Ursachen für multisensorischen Schwindel

Ursachen für multisensorischen Altersschwindel

- Immobilität (aus Bequemlichkeit, mangelndem Antrieb oder Angst vor Stürzen)
- AM-Nebenwirkungen und Interaktionen
- Kardiovaskulär
 - Hypertonus
 - HRST
 - Herzinsuffizienz
 - KHK
- Neurologisch
 - Polyneuropathie
 - Mb. Parkinson
 - cerebrale Durchblutungsstörung
- Orthopädisch
 - verminderte Mobilität postoperativ
 - Gelenkerkrankungen mit Schmerzen, Inaktivität und muskulärer Schwäche
- Visusverschlechterungen
 - Katarakt
 - Makuladegeneration
- Psychogen
 - Ängste und Depressionen
 - Ruhestand
 - Tod eines Partners oder Wegzug der Kinder
 - Einsamkeit

Tabelle 3: Auslöser für multisensorischen Schwindel

Auslöser für multisensorischen Schwindel

- Lagewechsel (Aufstehen vom Bett oder einem Stuhl)
- Vorbeugen
- Gehen
- Kopfbewegungen (Drehungen, nach oben schauen)
- Längeres Stehen

der hinsetzen. Die Zeit wird gestoppt, ein Hilfsmittel, zum Beispiel Gehstock, ist erlaubt (eingeschränkte Mobilität, wenn mehr als 20 sec.).

Je nach Befund erfolgt, wenn möglich, die Therapie einzelner Ursachen. In vielen Fällen bietet ein Gleichgewichtstraining oder Gangtraining über einen Physiotherapeuten einen sinnvollen Ansatz. Auch Antivertiginosa können hilfreich sein. In niedriger, nicht sedierender Dosis wird bei einem Teil der Patienten eine gute Wirksamkeit erreicht.

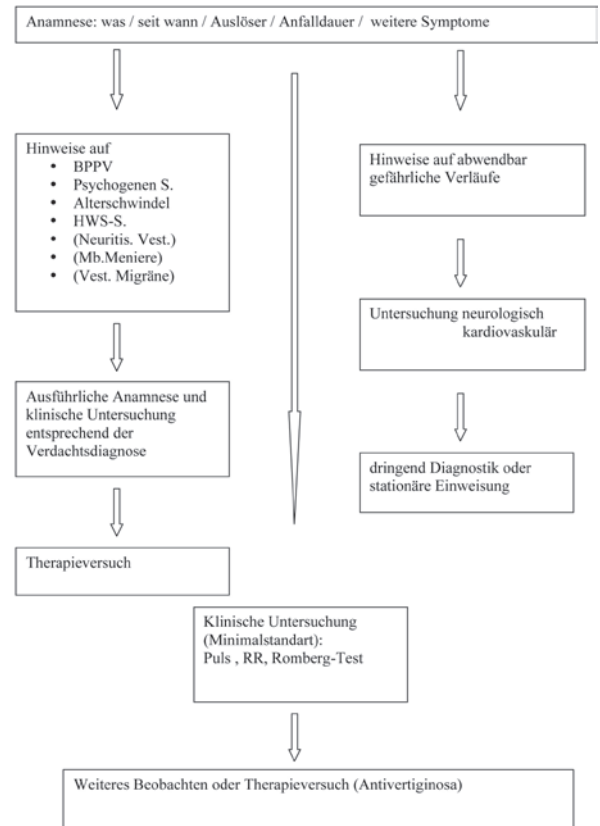
Zervikogener Schwindel

Diese Entität ist in der Literatur umstritten, es existiert keine allgemein akzeptierte Definition und Beschreibung dieses Krankheitsbildes. Andererseits macht der Erfolg manualtherapeutischer und chirotherapeutischer Behandlungen bei einem Teil der Patienten diese Diagnose wahrscheinlich. Die genaue Untersuchung der HWS hinsichtlich Funktionsstörungen einzelner Segmente bedarf der besonderen Fortbildung und überschreitet schnell den in der Sprechstunde verfügbaren Zeitrahmen. Daher kann hier nur die Empfehlung gegeben werden, bei Vorliegen eines HWS-Syndromes eine manualtherapeutische Behandlung über einen Physiotherapeuten oder eine fach-orthopädische Abklärung einzuleiten.

Praktisches Vorgehen

Im Folgenden soll ein möglicher Ablauf einer Konsultation beim Beratungsanlass Schwindel vorgeschlagen werden:

Zervikogener Schwindel



Die große Gruppe von Patienten, bei denen sich weder Hinweise auf die genannten vier Erkrankungen noch auf abwendbar gefährliche Verläufe ergeben, bedarf weiterer Beobachtung. Die Patienten sollten explizit zur Wiedervorstellung bei Beschwerdepersistenz oder neuen Symptomen aufgefordert werden. Hier kann ein symptomatischer Therapieversuch mittels Antivertiginosa (zum Beispiel Arlever 3 mal 1 bis 3 mal 2 Tabletten – zeitlich begrenzt!) unternommen werden. Ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis ist gleichermaßen Basis für „watchful waiting“ als auch die gegebenenfalls weitere Diagnostik und Therapie eines chronischen Schwindels.

Literaturverzeichnis beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Steger

Bästleinstraße 6

04347 Leipzig

thomas.steger@medizin.uni-halle.de