Schwindel ist schwindelerregend kompliziert

Zwar ist er häufig und meist gutartig. Und doch, wenn man die Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen bei Schwindel in diesem Heft liest, sieht das recht kompliziert aus. Es könnte einen vom Schwindel schwindeln.

Aus drei Gründen ist der Umgang mit dem Problem Schwindel in der Sprechstunde schwierig:

- Patienten leiden häufig unter Schwindel und beklagen sich oft darüber bei ihrem Arzt;
- die Kommunikation kann Schwierigkeiten bereiten, denn es ist nicht einfach, in der Untersuchung zu objektivieren, was der Patient empfindet;
- schliesslich kann Schwindel sowohl eine harmlose, vorübergehende Erscheinung wie auch Zeichen einer schwerwiegenden Erkrankung sein.

Im Verlauf der diagnostischen Abklärungen muss zunächst differenziert werden, ob ein *eigentlicher vestibulärer Schwindel* vorliegt oder ob es sich lediglich um *Schwindelgefühle bei anderen Erkrankungen* handelt. Ursachen solcher Schwindelgefühle können Hypertonie oder umgekehrt Blutdruckabfall, Anämie, Hypoglykämie, psychogene Ursachen (auf Alkohol- und Medikamentenkonsum achten!), ja sogar Pfropfen im Gehörgang sein. Ferner sind neurologische Ursachen möglich: erhöhter intrakranieller Druck (Augenhintergrund inspizieren), epileptische Aura oder Migräne. Wenn das alles ausgeschlossen ist, kann man beginnen, die Empfehlungen der «Stratégie» zu lesen ...

Die genaue Diagnose beim *vestibulären Schwindel* ist nicht einfach. Zunächst muss man feststellen, welche Seite befallen ist. Zwar schlägt der Nystagmus meist weg von der befallen Seite, aber es gibt Ausnahmen von dieser Regel, z.B. bei Morbus Menière. In der Folge habe ich meist Hemmungen, mit den Patienten die etwas barbarisch anmutenden Untersuchungsmanöver nach Dix-Hallpike, Semont oder Epley durchzuturnen (schon die Namen allein klingen fast wie ein Gedicht!). Jede Bewegung muss ganz präzise ausgeführt werden und durch eine klare Indikation gerechtfertigt sein. (Diese Manöver – wenn möglich unter praktischer Anleitung – zu lernen, kann allerdings nicht schaden.) Ich finde es aber besser, mich auf ein einfacheres Verfahren zu beschränken (Brandt und Daroff): Der Patient sitzt auf dem Bettrand, dann legt er sich rasch auf die Seite, die den Schwindel auslöst, und bleibt für 30 Sekunden liegen. Dann setzt er sich wieder auf und legt sich wiederum für 30 Sekunden auf die andere Seite hin.

Für eine genaue Diagnose beim Schwindelanfall braucht es eine genaue Anamnese und vertiefte Untersuchung. Das braucht *Zeit,* die man in der Allgemeinpraxis manchmal fast nicht hat. Das könnte einen dazu verleiten, erst einmal ohne genaue Abklärung mit der Behandlung zu beginnen und zu schauen, wie die Symptome sich entwickeln, um schliesslich so zur endgültigen Diagnose zu kommen.

Weil es sich ja im allgemeinen um ein gutartiges Problem handelt, schickt der Hausarzt Patienten mit Schwindel selten zum Spezialisten, ausser wenn Rückfälle auftreten oder die Entwicklung sonst ungünstig verläuft.

François Mottu