

Fritz Meyer

Zur vestibulären Diagnostik schwindelkranker Senioren im hausärztlichen Setting



ELPS: Electronic Long – Paper Short

Lesen Sie die Vollversion dieses Artikels auf der Website von PrimaryCare
www.primary-care.ch > Für Leser > Archiv

Zusammenfassung

Im hausärztlichen Seniorenkollektiv macht der chronische, unsystematische Schwindel das Gros aller Schwindelformen aus. Füsgen¹ beschreibt diesen *Altersschwindel* als sehr häufiges geriatrisches Syndrom (*Gigant der Geriatrie*), das durch eine Summierung altersphysiologischer Veränderungen in den informationsverarbeitenden Strukturen unseres Körpers, durch alterstypische Multimorbiditäten oder die (Neben-)Wirkungen eingenommener Medikamente zustande kommt. Entsprechend unsystematisch werden die Beschwerden benannt und oft blumig geschildert. Der *Schwindel im Alter* ist hingegen der durch eine erfassbare und definierte Ätiologie (bestes Beispiel: BPLS) charakterisiert, die Beschwerden können vom Patienten meist exakter beschrieben werden.

Altersschwindel und Schwindel im Alter sind keine Diagnosen, sondern zunächst nur Symptome. Für deren Entschlüsselung sind eine strukturierte Anamnese und die körperliche, auch vestibuläre Aspekte berücksichtigende, Basisuntersuchung meist aufschlussreicher als eine Häufung aufwändiger technischer Untersuchungen.

Anatomie und Physiologie

Durch seinen aufrechten Gang hat sich der Mensch einen Vorsprung in der Evolution erworben. Dieser Vorteil macht jedoch ein hoch sensibles, äusserst komplexes und dadurch auch störanfälliges Regel-Kontrollsystem erforderlich.

Das *periphere Vestibularorgan* befindet sich im Innenohr neben der Gehörschnecke (Cochlea). Es besteht aus den drei Bogengängen sowie den beiden Otolithenorganen Utriculus und Sacculus. In ihrer Gesamtheit dienen sie der Wahrnehmung von kreisförmigen, linear-horizontalen sowie linear-vertikalen Beschleunigungen unter dem Einfluss der Erdanziehungskraft.

Über den N. vestibularis werden diese Information zum *zentralen Vestibularsystem* geleitet, welches sich aus den Vestibulariskernen im Hirnstamm und dem Vestibulozerebellum zusammensetzt. Optische Eindrücke (*visuelles System*) und Wahrnehmungen aus der Tiefe des Bewegungsapparates (*propriozeptives System*) kommen additiv dazu und sind nötig, um die komplexe Balance unseres Empfindens von Gleichgewicht, Position, Haltung und Stellung unseres Körpers im dreidimensionalen Raum sicherzustellen.

Die Fehlfunktion einer oder mehrerer Meldestellen oder ihrer Verbindungen führt zu einem Datenkonflikt in der Signalverwaltung und so zu einem instabilen Gleichgewichtsempfinden. Das Resultat für den Betroffenen: Schwindelgefühle unterschiedlichster Couleur.

Die wichtigsten Schwindelerkrankungen in der Hausarztpraxis

Erkrankung	Symptomatik, Verlauf, Diagnostik, Risiken
Altersschwindel	Der chronische Schwindel bei Senioren schlechthin Ungerichtetes Schwindelgefühl, das auch nur unscharf beschrieben werden kann. Meist multifaktoriell begründet: Kardiogene, zervikogene, neurologische, okuläre oder endokrinologische Erkrankungen, pharmakologische Auslöser (Medikamente, Drogen). Uncharakteristische Gang- und Standunsicherheit in wechselnder Stärke und Frequenz.
Morbus Menière	Der Lehrbuchklassiker – im Hausarztalltag selten Klassische Symptomentrias aus Drehschwindel, Tiefton-Hörminderung und Tinnitus; Vorgeschichte oft über Jahre zurückreichend. Anfallsdauer meist nur wenige Stunden. Episodisches Auftreten.
Neuropathia vestibularis	Wichtigste Differentialdiagnose zum benignen Lagerungsschwindel Einseitiger, peripherer Labyrinthausfall noch ungeklärter Ursache. Typisch: plötzlich auftretender, über viele Stunden bis Tage andauernder Drehschwindel; häufig mit Erbrechen, Gangunsicherheit und Fallneigung zum kranken Ohr. Keine Hörminderung, kein Tinnitus; leicht erkennbarer horizontaler, nicht erschöpflicher Spontannystagmus zum gesunden Ohr.
Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)	Der häufigste, akute vestibuläre Schwindel beim Hausarzt Physikalisch induzierter Reizzustand eines Vestibularorganes. Durch Lageänderung Auslösung eines heftigen Drehschwindels und Horizontalnystagmus zum kranken Ohr. Beginn mit einer Latenz von einigen Sekunden nach Lageänderung, Nystagmus erschöpflich.
Hirnstammischämien	Der lebensbedrohliche, zentral-vestibuläre Akutschwindel Symptomatik nicht immer eindeutig: diffuse Schwindelbeschwerden oft über Monate, häufig heftige Kopfschmerzen, gelegentlich auch Gesichtsfeldausfälle, Sprach- oder Schluckstörungen, Übelkeitsgefühl. Schlaganfallsymptomatik mit Lähmungen.
Psychogener Schwindel	Wenn keine organische Ursache gefunden werden kann Ständiger oder wiederkehrender, vom Patienten nur schwer oder wechselnd beschriebener Schwindel und/oder Benommenheit. Organische Abklärung und vestibuläre Untersuchungen in der Regel unauffällig. Psychische Aspekte (Angst nach und vor einem Sturz, Stress, Überforderung) erfragbar.

¹ Füsgen I. Der Altersschwindel als interdisziplinäre Herausforderung. Expertenforum «Schwindel im Alter», Veranstalter Hennig Arzneimittel Frankfurt 28.09.2011.

Schwindelanamnese und deren Beurteilung

Fragenkomplexe	Beispielfragen	Rückschlüsse
Art des Schwindels	<ul style="list-style-type: none"> – Was passiert, wenn es Ihnen schwindlig wird? – Was sehen Sie? – Was fühlen Sie? – Wie stark ist der Schwindel? 	<p>Grundsätzliche Unterscheidung zwischen gerichtetem und ungerichtetem Schwindel</p> <ul style="list-style-type: none"> – Typisch für <i>peripher-vestibuläre Läsion</i>: Dreh-, Liftschwindel sowie richtungsconstante Lateropulsion – Typisch für <i>zentral-vestibuläre Läsion</i>: Schwankschwindel, richtungswechselnde Lateropulsion, häufig auch Taumeligkeit und allgemeine Unsicherheit – Typisch für <i>nicht-vestibuläre Läsion</i>: Schwarzwerden vor den Augen, Unsicherheit auf den Beinen, Benommenheit, Doppelbilder <p>Regel: Je akuter, rotatorischer und intensiver der geschilderte Schwindel ist, desto eher ist er peripher-vestibulär bedingt</p>
Zeitliche Charakteristik	<ul style="list-style-type: none"> – Seit wann ist Ihnen schwindlig? – Wie häufig tritt der Schwindel auf? – Kommt er allmählich oder plötzlich? – Nimmt er im Verlauf eher zu oder ab? – Wie lange dauert er? 	<p>Das Kriterium des zeitlichen Ablaufs dient vor allem der Unterscheidung einzelner Krankheitsbilder innerhalb der drei ätiologischen Hauptgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Häufig bei <i>peripheren Läsionen</i>: kurzer bis wenige Tage andauernder Anfallsschwindel, dessen Intensität eher abnimmt (bis 30 Sek.: BPLS; wenige Stunden: M. Menière; viele Stunden bis mehrere Tage: Neuropathia vestibularis) – Häufig bei <i>zentralen oder zentral-vestibulären Läsionen</i>: schleichend beginnender Dauerschwindel mit zunehmender Tendenz
Begleitsymptome	<ul style="list-style-type: none"> – Haben Sie Tinnitus oder Hörstörungen? – Haben Sie Sehstörungen? – Ist Ihnen übel? – Haben Sie Schluckstörungen? – Haben Sie Kopfschmerzen? 	<ul style="list-style-type: none"> – Otologische Begleitsymptome und/oder starke vegetative Reaktionen (Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche) weisen eher auf einen <i>peripher-vestibulären</i> Schwindel hin – Parästhesien/Paresen, Erbrechen, Schluckstörungen, stärkste Kopfschmerzen, visuelle Symptome (Doppelbilder), Bewusstseinsstörungen und Stürze deuten auf einen zentralen Prozess (Ischämie, Tumor, Blutung) und/oder eine <i>zentral-vestibuläre</i> Läsion hin
Auslösefaktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Gibt es besondere Momente, Situationen oder Bewegungen, die den Schwindel auslösen? 	<ul style="list-style-type: none"> – Schwindelattacken bei Lagerungsmanövern (Aufstehen/Hinlegen), bei Lagemanövern (Körperseitenlage/Kopfdrehung), bei linearer Beschleunigung (Auto-/Bahnfahren), bei körperlicher Anstrengung, in großer Höhe, in Angst-/Stress-Situationen

Differenzierung verschiedener Schwindelursachen anhand von Symptom- und Befundkonstellationen

Symptome/Befunde	peripher-vestibulärer Schwindel	zentral-vestibulärer Schwindel	nicht-vestibulärer Schwindel
Schwindelintensität	stark	mittel bis gering	gering
Schwindelart	richtungsbestimmt	etwas richtungsbestimmt	ungerichtet
Nystagmus	gerichteter Spontannystagmus zum aktiveren Ohr	oft regelloser, ungerichteter, auch vertikaler Spontannystagmus	kein Nystagmus
Vegetative Symptome (Übelkeit, Erbrechen)	stark	gering	gering
Hörstörungen	gelegentlich	selten	nein
Statische und dynamische Tests (Romberg-Test, Unterberger Tretversuch)	gerichtetes Abweichen zur kranken Seite	Richtung nicht immer zur Läsionsseite, Fallneigung eher unsystematisch	kein gerichtetes Abweichen
Kalorische Erregbarkeit	bei Ausfall auf der Läsionsseite vermindert	meist normal	normal
Neurologische Ausfälle	nein	häufig	normale oder pathologische Befunde möglich

Korrespondenz:
 Dr. med. Fritz Meyer
 Gemeinschaftspraxis
 Zwinger 6
 D-86732 Oettingen/Bayern
 f.meyer[at]meyer-oettingen.de