

Differenzialdiagnose *von Schwindelsymptomen*

Vertigo oder Dizziness Schwindel ist ein Symptom, das von ganz unterschiedlichen Organen ausgehen kann. Nur wenn die Ursache bekannt ist, kann Schwindel effizient behandelt werden.

Von Prof. Dr. Christian Arning

Schwindel gehört zu den häufigen Beratungsanlässen in der Hausarztpraxis (1), und so fällt dem Hausarzt, alternativ dem Neurologen, die Aufgabe zu, ein Schwindelsyndrom durch ausführliche Exploration zu charakterisieren und gegebenenfalls den geeigneten Spezialisten mit einzubeziehen, sofern eine ergänzende Diagnostik und Behandlung überhaupt notwendig ist.

Die Diagnose der Schwindelerkrankung gelingt in den meisten Fällen durch sorgfältige klinische Analyse, dazu sollte der Untersucher die häufigsten Schwindelsyndrome kennen. Beides wird nachfolgend in zwei getrennten Abschnitten behandelt. Wichtig ist dabei immer auch die Frage, wann bildgebende Diagnostik nicht versäumt werden darf, und wann eine Notfalldiagnostik oder sofortige Klinikeinweisung erfolgen muss: Diese Aspekte werden in einem dritten Abschnitt kurz zusammengefasst.

1. Klinische Schwindelanalyse

Allein die Anamnese kann rasch zum Ziel führen, wenn sie sich an vier Schlüsselfragen orientiert (Tab. 1). Zur vollständigen Anamnese gehören auch allgemeine Fragen wie die nach Medikamenten (viele können Schwindel auslösen) und nach Vorerkrankungen (etwa Migräne).

1. Schwindeltyp

Zwei Schwindeltypen müssen grundsätzlich unterschieden werden: Zum einen der vestibuläre Schwindel, der vom Innenohr, dem Gleichgewichtsnerven oder den Gleichgewichtsbahnen ausgeht und sich als Drehschwindel (wie beim Aussteigen aus dem Karussell) oder gerichteter Schwankschwindel (wie Seekrankheit) manifestiert und häufig mit Übelkeit verbunden ist. Zum anderen der unsystematische Schwindel, den Patienten als ungerichteten Schwankschwindel oder Benommenheit (Dizziness) wahrnehmen, wie Kreislaufschwindel bei schnellem Aufstehen oder Taumeligkeit unter Alkoholeinfluss. Ein unsystematischer Schwindel hat seine Ursache nicht am vestibulären System, sondern meist an den Gefäßen oder im Bereich Herz-Kreislauf; andere mögliche Ursachen sind Medikamenteneffekte sowie zervikogener und psychogener Schwindel.

Neben der Differenzierung zwischen vestibulärem und unsystematischem Schwindel sind bei Klärung der Schwindelart noch zwei Fragen wichtig: Zum einen die nach einer Gangstörung ohne eigentlichen Schwindel: Hier könnte eine Störung der Tiefensensibilität die Ursache sein, etwa als Symptom einer Neuropathie. Typisch ist die Zunahme der Symptome in Dunkelheit, bei Ausfall der visuellen Kontrolle; die neuro-

logische Untersuchung mit Stimmgabeltest klärt das schnell. Bei diesen Patienten erfolgt keine Schwindelanalyse. Zum anderen sollte erfragt werden, ob Angst und Sorge wesentlicher Teil der Beschwerden sind: Dies spricht für eine psychogene Ursache oder Mitverursachung des Schwindels.

2. Zeitlicher Verlauf

Zu unterscheiden sind Attackenschwindel und Dauerschwindel; bei Dauerschwindel ist wichtig, ob er akut begonnen hat (wie bei Schlaganfall) oder schleichend (es könnte ein Tumor vorliegen). Bei rezidivierenden Schwindelattacken erlaubt allein ihre Dauer eine wesentliche Eingrenzung der Differenzialdiagnose: Attacken von Stunden sind typisch für M. Ménière oder Migräneschwindel, Attacken von Sekunden bis zu einer Minute passen gut zu einem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, und Attacken von wenigen Sekunden sind typisch für eine Vestibularisparoxysmie (S. 14).

3. Begleitsymptome

Hier kommt es besonders auf ZNS-Symptome, kochleäre Symptome und Kopfschmerzen an. Doppelbilder oder andere neurologische Symptome, die zusammen mit Schwindel auftreten, machen eine Hirnstammläsion wahrscheinlich. Kochleäre Symptome wie neu aufgetretener Tinnitus, Ohrdruck oder Hörminderung sprechen für einen M. Ménière. Auch ein zusammen mit dem Schwindel neu aufgetretener Kopfschmerz kann richtungweisend sein. So können einseitige Nacken-Hinterkopfschmerzen für eine A.-vertebralis-Dissektion sprechen (Abb. 1). Schläfenkopfschmerzen bei älteren Patienten lassen an eine Arteriitis cranialis denken, bei der die A. vertebralis häufig mit betroffen ist, s. Abb. 2 (3). Ultraschall ist eine geeignete Methode zum Nachweis dieser besonderen Gefäßpathologien (4). Migräneartige Kopfschmerzen, insbesondere wenn sie aus der Anamnese bekannt sind, sprechen für eine vestibuläre Migräne, die sich aber auch ohne Kopfschmerz manifestieren kann.

4. Auslösende oder verstärkende Faktoren

Ein Drehschwindel bei Kopfdrehung (nur in eine Richtung, insbesondere in Rückenlage, spricht für das Vorliegen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels. Schwindel bei Kopfbewegung in verschiedene Richtungen kann durch eine Vestibularisparoxysmie verursacht sein. Knickstenosen der A. vertebralis sind eine weitere, aber seltene Ursache von Schwindel bei Kopfdrehung, ehestens bei Hypoplasie einer A. ver-

Tab. 1: Schlüsselfragen zur Schwindelanalyse

1. Schwindeltyp: vestibulär oder unsystematisch?
2. Zeitlicher Verlauf: Attacken- oder Dauerschwindel?
3. Begleitsymptome: ZNS-Symptome, kochleäre Symptome oder Kopfschmerzen?
4. Auslöser: Kopfbewegung, Orthostase, soziale Situation / Umgebung?

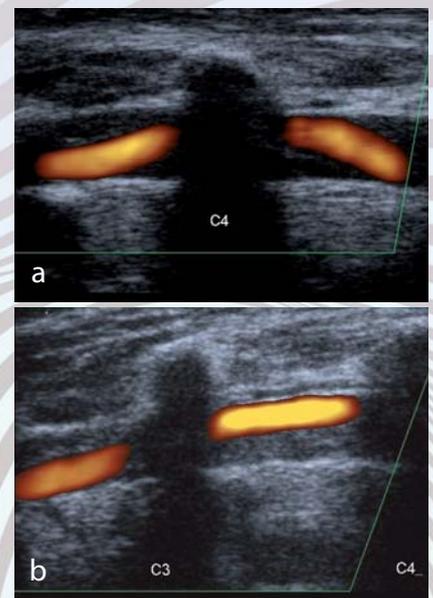


Abb. 1: Begleitsymptom Kopfschmerz: Dissektion der A. vertebralis beidseits mit exzentrischem Wandhämatom im Bereich C3 – C5 links (a) sowie C2 – C4 rechts (b) bei 32-jähriger Frau mit Schwindel und Nacken-Hinterkopfschmerz beidseits nach Halswirbelsäulenverletzung. Nachweis mit Sonografie. Das MRT hatte keinen auffälligen Befund gezeigt; das Wandhämatom durch Dissektion kann in den MR-Sequenzen im Frühstadium übersehen werden (2)

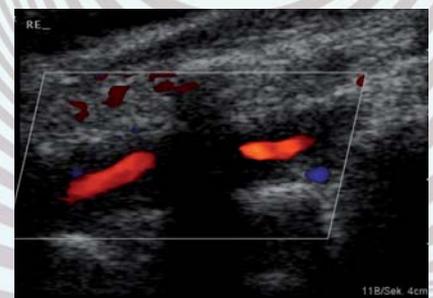


Abb. 2: Begleitsymptom Kopfschmerz: Vaskulitis-Befund mit konzentrischer Wandverdickung (Halo-Zeichen) an der A. vertebralis bei 83-jährigem Mann mit Schwindel und Kopfschmerz. Dissektion und Vaskulitis können im Ultraschallbild differenziert werden (4)

Tab. 2: Klassifizierung von Schwindelsyndromen nach der Anamnese

	Schwindelart		zeitlicher Verlauf		Begleitsymptome		Auslöser		
	vestibulär	unsystematisch	Attackenschwindel	Dauerschwindel	kochleär	neurologisch	Bewegung	Orthostase	Situation
benigner parox. Lagerungsschwindel	■		■				■		
Vestibularisparoxysmie	■		■				■		
M. Menière	■		■		■				
vestibuläre Migräne	■		■						
Neuritis vestibularis	■		■						
zentral-vestibulärer Schwindel	■		■			▨			
Akustikusneurinom	■		■		■				
orthostat. / präsynkopaler Schwindel		■						■	
phobischer Schwankschwindel		■							■
psychogener Dauerschwindel		■		■					
Pharmaka		■		■					
HWS- und visueller Schwindel		■		■			■		

tebralis und Manifestation der Knickstenose an der dominanten kontralateralen Arterie (5). Ein Schwindel, der in Orthostase auftritt und beim Stehen und Gehen kontinuierlich fortbesteht, spricht für einen präsynkopalen oder orthostatischen Schwindel (S. 16). Ein unsystematischer Schwindel, der mit Ängsten verbunden ist und der in bestimmten sozialen Situationen oder in bestimmter Umgebung auftritt, ist typisch für den phobischen Schwankschwindel (S. 16).

II. Häufige Schwindel syndrome

Nachfolgend werden die häufigsten Schwindelerkrankungen beschrieben. Tab. 2 zeigt, wie die Schwindelsyndrome nach den aus der Schwindelanamnese gewonnenen Informationen klassifiziert werden.

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel

Ursache dieses Attackenschwindels sind Kristalle, die sich vom Utriculus abgesprengt haben und nun frei in den Bogengängen des Innenohrs bewegen. Der Schwindel ist charakterisiert durch kurze Drehschwindelattacken, die durch Kopflagerungswechsel ausgelöst werden, oft beim Aufrichten oder beim Umdrehen im Bett in eine bestimmte Richtung, und nicht länger als 30 bis 60 Sekunden anhalten.

Der Schwindel ist verbunden mit einem Nystagmus mit rotatorischer Komponente, der nach einer kurzen Latenz von wenigen Sekunden auftritt. Die Diagnose lässt sich aus der

Anamnese vermuten und durch die klinische Untersuchung im Lagerungstest (6) mit Nachweis des typischen Nystagmusbefunds beweisen. Bei klinisch eindeutigen Befund sind keine technischen Untersuchungen notwendig. Der Schwindel bildet sich im Verlauf meist spontan zurück, Lagerungsübungen können die Rückbildung unterstützen. Therapeutische Lagerungsmanöver können rasch wirksam sein. Differenzialdiagnostisch kommen als seltene Ursachen eine Knickstenose der A. vertebralis (5) oder ein zentraler Lagenystagmus bei Hirnstammprozess vor (7); eine Klärung mit MRT und Gefäß-Ultraschall ist allenfalls notwendig, wenn die Symptomatik über mehrere Wochen unverändert fortbesteht oder zunimmt.

Vestibularisparoxysmie

Dieser Attackenschwindel entsteht über denselben Pathomechanismus, der auch für die

klassische Trigemineuralgie angenommen wird: einen pathologischen Gefäß-Nerven-Kontakt am N. vestibularis in der hinteren Schädelgrube, etwa bei Schleifenbildung einer Kleinhirnarterie (8). Typisch sind rezidivierend gleichartige kurze, meist nur Sekunden, manchmal auch Minuten dauernde Attacken von Dreh- oder Schwankschwindel, die mehrfach täglich auftreten können. Die Attacken werden oft durch Kopfbewegungen in verschiedene Richtungen ausgelöst. Das Vorhandensein weiterer neurologischer Symptome schließt diese Diagnose aus. Zu den diagnostischen Kriterien gehört die Besserung der Schwindelsymptome unter Carbamazepin bereits in niedriger Dosis oder unter Gabapentin; dieselbe Behandlung ist ja auch bei Trigemineuralgie wirksam. Schleifen der Kleinhirnarterien können oft mit MRT nachgewiesen werden (Abb. 3), dies aber auch bei asymptomatischen Patienten, deshalb hat das MRT für die Diagnosesicherung keine Relevanz. Leitlinien empfehlen bei Vestibularisparoxysmie eine Bildgebung zum Ausschluss von Tumoren, die ebenfalls Druck auf den N. vestibularis ausüben können (9).

M. Menière

Die Ätiologie dieser Schwindelform ist bislang nicht eindeutig geklärt. Pathophysiologisch spielt offenbar ein Endolymphhydrops eine Rolle (10). Typische Symptome sind rezidivierende, meist Stunden anhaltende Drehschwindelattacken und Erbrechen, die zusammen mit einseitiger Hörminderung, Tinnitus und Ohrdruckgefühl auftreten. Die Attacken manifestieren sich ohne Auslöser

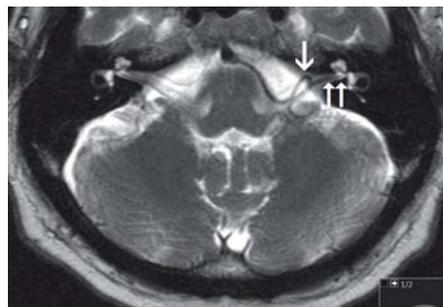


Abb. 3: Gefäßschleife der A. cerebelli inferior anterior (Pfeil) mit Kontakt zum N. vestibularis (Doppelpfeil) im Hirnstamm-MRT. Zufallsbefund bei einem Patienten ohne Schwindel

oder tageszeitliche Bindung, in etwa einem Drittel kündigt sich die Attacke durch Verstärkung eines vorher bereits bestehenden Ohrgeräuschs oder Ohrdrucks an. Schlüssel zur Diagnose ist die typische Anamnese, wobei die Diagnose erst nach mehreren Attacken gestellt werden kann; die HNO-Befunde im Intervall sind meist unspezifisch. Allerdings beginnt der M. Menière oft monosymptomatisch mit allein kochleären oder vestibulären Symptomen. Differenzialdiagnostisch ist der M. Menière vor allem von der vestibulären Migräne abzugrenzen (s. u.). Therapeutisch wird Betahistin in der Schwindelattacke und auch prophylaktisch zur Reduzierung der Attackenfrequenz eingesetzt (11), bei Therapieresistenz ist HNO-ärztlich zu entscheiden, ob eine transtympanale Behandlung mit Genta-micin oder Steroiden indiziert ist.

Vestibuläre Migräne

Migräne kann sich als vestibulärer Dreh- oder Schwankschwindel manifestieren, ohne oder mit Kopfschmerzen, die dann meist okzipital lokalisiert sind (12). Die Schwindelattacken dauern Stunden oder sogar länger als einen Tag, wie die klassische Migräne; typisch sind begleitende Übelkeit mit oder ohne Erbrechen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit. Die Diagnose basiert im Wesentlichen auf der Anamnese und kann erst nach fünf Attacken gestellt werden (13). Voraussetzung für die Diagnose ist eine Migräne in der Eigen- oder Familienanamnese (8).

Wie bei Migräne können Schlafentzug und Stressabfall sowie hormonelle Einflüsse als Auslöser eine Rolle spielen. Therapeutisch werden im akuten Schwindelanfall Antivertiginosa eingesetzt (z. B. Dimenhydrinat); die Prävention erfolgt wie bei Migräne: So werden auch hier die Betablocker Metoprolol oder Propranolol empfohlen (10). Differenzialdiagnostisch sind symptomatische Formen abzugrenzen. Eine Diagnostik mit MRT und Gefäß-Ultraschall ist notwendig, wenn die Diagnose der vestibulären Migräne noch nicht sicher gestellt werden kann, etwa bei bisher weniger als fünf Attacken sowie bei Auffälligkeiten im neurologischen Befund (13).

Neuritis vestibularis

Die Neuritis vestibularis entsteht wahrscheinlich durch entzündliche Reaktion am Vestibularganglion mit einseitig inkompletem, rein vestibulärem Labyrinthausfall (10). Hauptsymptome sind ein akut einsetzender, über viele Tage anhaltender heftiger Dauerdrehschwindel mit Übelkeit, ein horizontaler Spontannystagmus mit rotierender Komponente zur nicht betroffenen Seite sowie eine Gangabweichung und Fallneigung zur betroffenen Seite. Zur Sicherung

der Diagnose erfolgt eine HNO-ärztliche Untersuchung, die bei kalorischer Prüfung eine Unter- oder Unerregbarkeit des horizontalen Bogengangs zeigt. Einschränkend ist zu erwähnen, dass auch bei zentral-vestibulärem Schwindel eine partielle kalorische Untererregbarkeit nachweisbar sein kann, sodass die Diagnose der Neuritis vestibularis immer eine Ausschlussdiagnose bleibt (9, 14): Differenzialdiagnostisch muss deshalb immer an einen zentral-vestibulären Schwindel gedacht werden (s. u.), der bei akutem Beginn eine notfallmäßige Diagnostik und gegebenenfalls eine Behandlung erfordert. Die Therapie der Neuritis vestibularis erfolgt mit Methylprednisolon (15) und bei schwerer Übelkeit und Brechreiz symptomatisch für einige Tage mit Dimenhydrinat (10).

Zentral-vestibulärer Schwindel

Bei Schädigung von Gleichgewichtsbahnen im Hirnstamm entsteht ein vestibulärer Dreh- oder Schwankschwindel, der klinisch nicht von einem peripher-vestibulären Dauerschwindel (wie bei Neuritis vestibularis) unterschieden werden kann. Eine Abgrenzung ist dann möglich, wenn zusätzlich weitere Bahnen betroffen sind, die neurologische Fokalsymptome wie Doppelbilder, Lähmungen oder Gefühlsstörungen verursachen. Wenn solche Symptome fehlen, kann aber dennoch eine zentral-vestibuläre Störung vorliegen; ohnehin ist ein vestibulärer Dauerschwindel häufiger zentral als peripher verursacht (10).

Bei dieser Schwindelform ist immer eine neurologische Klärung notwendig. Bei subakutem Beginn kann ein MS-Herd oder ein Tumor vorliegen, bei akutem Beginn ein Schlaganfall (Abb. 4), dann müssen Diagnostik und Behandlung notfallmäßig erfolgen. Wenn ein solcher Schwindel erstmalig auftritt und nur wenige Minuten anhält, kann eine transitorische ischämische Attacke (TIA) vorliegen, die ebenfalls umgehende Diagnostik erfordert.

Akustikusneurinom

Betroffene Patienten empfinden wechselnd ausgeprägten Dauerschwank- oder Drehschwindel sowie Gangunsicherheit. Obwohl das Akustikusneurinom vom Gleichgewichtsnerven ausgeht, treten als erste Symptome oft eine einseitige Hörminderung und Tinnitus auf. Das Akustikusneurinom gehört zwar nicht zu den häufigen Ursachen von Schwindel, die Inzidenz wird mit etwa 8 Fällen pro 1 Million Einwohner angegeben (16), die Erkrankung sollte aber nicht übersehen werden. Bei wechselnd ausgeprägtem Dauerschwindel ohne oder mit einseitiger Hörminderung ist ein MRT indiziert (Abb. 5 und 6).

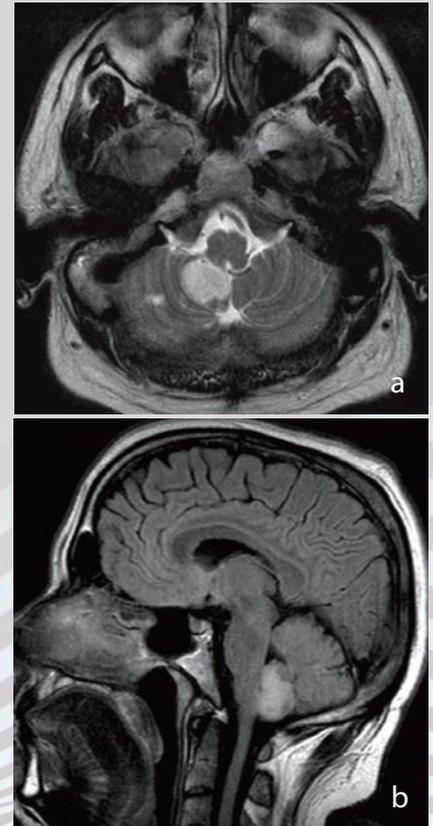


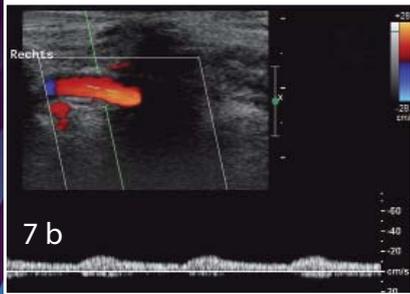
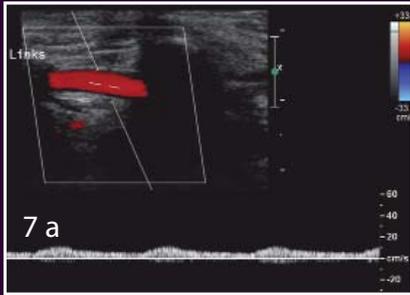
Abb. 4: Kleinhirninfrakt rechts axial (a) und sagittal (b) bei 38-jährigem Mann mit akutem heftigen Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen und Fallneigung nach rechts ohne weitere neurologische Defizitsymptome. Abbildungen von Dr. Jürgen Schönwälder, Asklepios Klinik Wandsbek



Abb. 5: Kleines intrameatales Akustikusneurinom links (Pfeil) bei 42-jähriger Frau mit vestibulärem Schwindel und erstem Hörsturz. Abbildung von Prof. Dr. Paul Kremer, Asklepios Klinik Nord – Heidelberg



Abb. 6: Großes raumforderndes Akustikusneurinom rechts bei 29-jährigem Mann mit progredienter Hörminderung rechts, ohne Besserung durch Hörgerät. Abbildung von Prof. Dr. Paul Kremer, Asklepios Klinik Nord – Heidelberg

**Kasuistik 1:**

70-jährige Frau mit unsystematischem Schwindel im Stehen und beim Gehen, im Sitzen weniger, im Liegen nicht. Sonografisch hochgradige Strömungsverlangsamung mit verminderter Pulsatilität in beiden Vertebralarterien (Abb. 7a und b) bei hochgradiger Abgangsstenose beidseitig. Nach Stent-Angioplastie (nur) der linksseitigen Stenose war die Patientin anhaltend beschwerdefrei.

Tab. 3: Indikationen für ein Kopf-MRT

1. Vestibulärer Dauerschwindel (zur Frage: Hirnstammprozess oder Akustikusneurinom?)
2. Vestibulärer Attackenschwindel, wenn die Schwindelerkrankung nicht eindeutig klassifiziert werden kann (z. B. vestibuläre Migräne mit weniger als fünf Attacken)
3. Vestibularisparoxysmie (zum Tumorauschluss)
4. Auffälligkeiten im neurologischen oder HNO-Befund unabhängig von der Schwindelklassifikation

Orthostatischer / präsynkopaler Schwindel

Diesen Schwindel kennen Menschen mit niedrigem Blutdruck als Kreislaufschwindel mit vorübergehenden Symptomen. Bei schnellem Aufstehen fühlt man sich benommen, bemerkt vielleicht sogar Schwarzwerden vor den Augen, jedenfalls kein Drehen wie nach Karussellfahrt und keine Übelkeit. Dieser „normale“ Kreislaufschwindel sistiert üblicherweise nach kurzer Zeit. Wenn er beim Stehen und Gehen aber anhält und kontinuierlich fortbesteht, liegt der typische präsynkopale Schwindel vor, der auch zu Synkopen führen kann. Der Schwindel bessert sich im Sitzen und bildet sich im Liegen zurück. Mögliche Ursachen sind eine Überdosierung von Blutdruckmitteln, Gefäßstenosen im hinteren Hirnkreislauf (siehe Kasuistik 1, links), Steal-Effekte bei A.-subclavia-Stenose (siehe Kasuistik 2, rechts) und verschiedene kardiale Erkrankungen. Daraus ergibt sich die notwendige Diagnostik mit Gefäß-Ultraschall extra- und intrakraniell sowie kardialer Diagnostik: fast immer findet sich für diesen Schwindel eine behandelbare Ursache. Der orthostatische Schwindel ist keineswegs selten (6), er fehlt aber in der Auflistung häufiger Schwindelsyndrome der Münchner Schwindelambulanz (10). Differenzialdiagnostisch ist der orthostatische Schwindel von der bilateralen Vestibulopathie abzugrenzen, die ebenfalls beim Gehen auftritt (nicht bei ruhigem Stehen) und die immer mit Oszillipsien verbunden ist: Scheinbewegungen an fixierten Objekten (z. B. schwankend nach oben und unten) bei eigener Körperbewegung. Mögliche Ursachen sind ein Ausfall beider Vestibularorgane oder degenerative Kleinhirnerkrankungen (10).

Phobischer Schwankschwindel

Bei dieser Schwindelform treten unsystematischer Schwankschwindel und subjektive Stand- und Gangunsicherheit attackenartig in bestimmten Situationen auf, die auch Auslöser anderer phobischer Syndrome sein können: Menschenansammlungen im Kaufhaus oder Restaurant, das Benutzen enger Fahrstühle oder das Betreten weiter Plätze. Im Verlauf entsteht ein zunehmendes Vermeidungsverhalten gegenüber diesen Auslösern. Die Schwindelsymptomatik ist typischerweise mit Angst und bei manchen Menschen auch mit vegetativen Missempfindungen verbunden. Angst ist jedenfalls ein Begleitsymptom, das diesen Schwindel charakterisiert (9), typisch ist auch eine attackenartige Fallangst ohne Sturz. Auffällig ist noch eine häufig dramatische Darstellung des Schwindels bei zugleich wenig sichtbarer Beeinträchtigung der Patienten (17). Sport und leichter Alkoholkonsum bessern

die Symptome. Therapeutisch ist bereits die Erklärung des psychogenen Mechanismus hilfreich; weitere Behandlungsschritte sind selbstkontrollierte Desensibilisierung und Verhaltenstherapie, bereits mit einfachen supportiven Interventionen ist der Schwindel in der Regel gut zu behandeln (18).

Psychogener Dauerschwindel

Aus einem ursprünglich organischen Schwindel kann sich ein psychogener Dauerschwindel entwickeln (Kasuistik 3). Hier gibt es häufig Fehldiagnosen, etwa die Annahme anhaltender vestibulärer Defizite nach einer organischen Läsion (18). Psychogene Reaktionen entstehen dadurch, dass Patienten durch die heftigen klinischen Symptome vestibulärer Schwindelattacken massiv verunsichert und geängstigt sind. Untersuchungen an Schwindelpatienten haben gezeigt, dass Unsicherheit und Angst zu Beginn einer organischen Schwindelerkrankung bei etwa 70 Prozent der Patienten festzustellen sind (18). Dieser sekundäre somatoforme Schwindel ist vom primären somatoformen Schwindel zu unterscheiden, der ohne eine vorangehende organische Schwindelerkrankung auftritt und Symptom einer Angststörung, einer Depression oder einer phobischen Störung sein kann (18). Psychogener Schwindel sollte nicht durch Ausschluss organischer Erkrankungen, sondern positiv diagnostiziert werden: Wesentliches Kriterium eines psychogenen Schwindels ist Angst als Begleitsymptom. Bei chronischem Schwindel ist eine psychogene Ursache oder Mitverursachung keineswegs selten. Sie soll in 30 bis 50 Prozent vorliegen (19). Somatisch tätige Ärzte vermitteln Patienten mit psychogenem Schwindel manchmal „Sie haben nichts“; das ist aber ganz falsch, denn betroffene Patienten haben Schwindel und leiden sehr, nur kann der Somatiker ihnen nicht helfen.

Kasuistik 3:

Eine 72-jährige Frau leidet seit Monaten unter Dauerschwindel in wechselnder Ausprägung. Begonnen habe alles mit heftigem Drehschwindel, der im Liegen bei Kopfdrehung aufgetreten sei. Sie habe damals gedacht, es ginge mit ihr zu Ende. Auf Befragen gibt sie an, das Drehen sei lange weg, der Schwindel aber immer noch da, unabhängig von Bewegungen. Auf Nachfrage werden starke Ängste geschildert. Die Symptomatik ist typisch für einen ursprünglich organisch bedingten Schwindel, der sekundär psychogen chronifiziert ist (20).

Pharmakaeffekte

Bei unsystematischem Dauerschwindel ist auch an Medikamenteneffekte zu denken (Ka-

suistik 4): Psychopharmaka, Antikonvulsiva und zahlreiche weitere Substanzen können Schwindel verursachen. Außer bei kreislaufwirksamen Medikamenten (siehe orthostatischer Schwindel) tritt dieser Schwindel unabhängig von der Körperhaltung auf.

Kasuistik 4:

Eine 64-jährige Frau hat vor 2 Jahren einen Schlaganfall erlitten, in der Folge besteht eine fokale Epilepsie, die mit Carbamazepin behandelt wird. Die Patientin leidet jetzt unter einem progredienten unsystematischen Dauerschwindel unabhängig von der Körperhaltung und wird mit der Verdachtsdiagnose Schlaganfall eingeliefert. Ursache des Schwindels ist eine Carbamazepin-Intoxikation, möglicherweise verursacht durch Interaktion von Carbamazepin mit einem neu verordneten Kalziumantagonisten.

HWS- und visueller Schwindel

Ob die Halswirbelsäule Schwindel verursacht, wird kontrovers beurteilt; nach eigener Erfahrung kann bei einem Zervikal-syndrom durchaus Schwindel entstehen, aber immer vom unsystematischen Typ (die Halswirbelsäule verursacht keinen Drehschwindel!). Eine seltenere Ursache für unsystematischen Attackenschwindel ist visueller Schwindel, z. B. durch Anpassungsstörung bei einer neuen Gleitsichtbrille.

III. Schwindel als Notfall

Während bei der Mehrzahl der Schwindelpatienten keine Notfallbehandlung erforderlich ist, sollten Fälle, bei denen doch akuter Handlungsbedarf besteht, nicht übersehen werden:

1. Bei vestibulärem Dauerschwindel mit akutem Beginn kann ein Schlaganfall vorliegen. Patienten sollten sofort in eine neurologische Klinik eingewiesen werden.

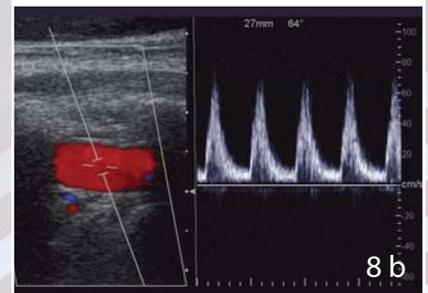
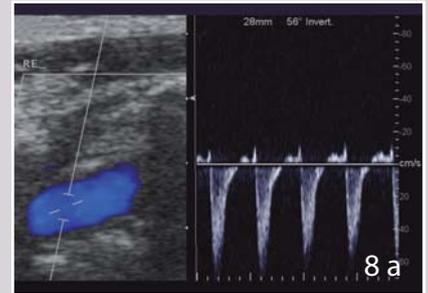
2. Bei vestibulärem Schwindel, der sich rasch bessert, aber erstmalig aufgetreten ist, kann es sich um eine TIA handeln. Hier ist ebenfalls baldmögliche Diagnostik indiziert.
3. Ein vestibulärer Dauerschwindel mit nicht akutem Beginn sollte rasch neurologisch, HNO-ärztlich und mit MRT untersucht werden (u. a. zur Frage: Tumor oder MS?).
4. Ein zusammen mit Kopfschmerz neu aufgetretener Schwindel sollte rasch neurologisch, mit Gefäß-Ultraschall und gegebenenfalls mit MRT untersucht werden (u. a. zur Frage: Dissektion oder Arteriitis cranialis?).

In der Mehrzahl der Fälle benötigen Schwindelpatienten keine Notfallbehandlung, und nur bei wenigen Schwindelformen ist eine Diagnostik mit MRT erforderlich (Tab. 3). In jedem Fall muss aber die Ursache des Schwindels geklärt werden. Dabei kommt es weniger darauf an, bei einer Innenohr-störung den betroffenen Bogengang zu identifizieren; vielmehr sollte das Schwindelsyndrom aber prinzipiell richtig klassifiziert werden, damit behandelbare Ursachen nicht übersehen werden. Das kann nicht regelhaft die Aufgabe von Spezialisten sein, denn Schwindel ist eines der häufigsten Leitsymptome in der Medizin mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 30 Prozent (21). Eine klare Diagnose ist besonders wichtig für Patienten mit einer ungefährlichen Schwindelform, die subjektiv aber als lebensbedrohlich wahrgenommen wird: Die Feststellung einer ungefährlichen Schwindelursache nimmt betroffenen Patienten die Angst (22) und kann vielleicht einer psychogenen Chronifizierung des Schwindels vorbeugen.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Christian Arning

Facharzt für Neurologie
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts
E-Mail: neuro@dr-arning.de



Kasuistik 2:

68-jährige Frau mit wechselnd ausgeprägtem unsystematischen Schwindel nur in Orthostase, nie im Sitzen oder Liegen (ähnlich wie bei Patientin in Kasuistik 1, aber nicht kontinuierlich). Sonografisch hochgradige A.-subclavia-Stenose rechts und Subclavian-Steal-Effekt mit fast permanent retrograder Strömung in der A. vertebralis rechts (Abb. 8a) und orthograde Strömung kontralateral (Abb. 8b). Armbewegungen hatten keinen Einfluss auf den Schwindel. Nach Stent-Angioplastie der A. subclavia war die Patientin symptomfrei.



SAVE THE DATE
7.-9. Nov 2019

37. Arbeitstagung der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie

caek2019.de | kußmann/fendrich