



U. Venetz

Dr Urban Venetz
Überbühlstrasse 10
3930 Visp
urban.venetz@hin.ch

Rev Med Suisse 2015; 11: 300-1

Schwindel gehört zu den zwanzig häufigsten Gründen für einen Arztbesuch im Erwachsenenalter. In ca. 80% sind die Beschwerden so stark, dass eine medizinische Intervention notwendig wird. Schwindel betrifft mehr als die Hälfte der über 65-jährigen und ist die häufigste Ursache für einen Arztbesuch bei über 75-jährigen. Schwindel verursacht häufige Arbeitsausfälle, führt oft zu Stürzen und ist nicht selten verbunden mit einer Depression oder Angststörung.

DEFINITION

Schwindel ist ein unspezifischer Ausdruck und die Menschen bezeichnen damit unterschiedlichste Erscheinungen. Daher ist zunächst wichtig zu erfassen, was der Patient unter «Schwindel» versteht. Man kann drei Hauptbedeutungen unterscheiden:

- Lightheadedness = Leeregefühl im Kopf Gefühl, als ob die Sinne schwinden, als ob man demnächst ohnmächtig werde. Die Betroffenen empfinden keine Bewegung
- Dysequilibrium = ungerichteter Schwindel, Gangunsicherheit, eine Unsicherheit, die sich nur im Stehen und beim Laufen manifestiert, nicht aber im Sitzen oder Lie-

Tabelle 1. Relative Häufigkeit verschiedener Schwindelsyndrome

Schwindelsyndrom	Anzahl	Prozent
Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	2618	17,1
Phobischer Schwankschwindel	2157	14,7
Zentral vestibulärer Schwindel	1789	12,2
Vestibuläre Migräne	1662	11,3
Morbus Menière	1490	10,1
Neuritis vestibularis	1198	8,2
Bilaterale Vestibulopathie	1067	7,3
Vestibularisparoxysmie	569	3,9
Psychogener Schwindel	451	3,1
Perilymphfistel	83	0,6

Schwindel

gen und in der Dunkelheit zunimmt. Die Betroffenen empfinden kein Leeregefühl oder Bewegung.

- Vertigo = gerichteter Schwindel

Es besteht der Eindruck, als ob man sich selbst oder als ob sich die Umgebung bewegt, obwohl man sich still verhält. Diese Bewegungsillusion wird auch mit geschlossenen Augen wahrgenommen.

ABKLÄRUNG

Mit drei Fragen kann man sich hier meist rasch Klarheit verschaffen:

- Haben Sie das Gefühl demnächst ohnmächtig zu werden?
- Fühlen Sie sich unsicher beim Laufen oder im Stehen?
- Empfinden Sie, dass sich ihre Umgebung oder sie sich selbst bewegen?

Die nachfolgende **Tabelle 1** listet die relative Häufigkeit verschiedener Schwindelsyndrome auf bei fast 15 000 Patienten, die

in einer Schwindelambulanz untersucht wurden.

Fast die Hälfte der Schwindelpatienten leidet unter einer Vertigo. Die vestibuläre Bewegungsillusion kann rotatorisch = DREHSCHWINDEL und/oder translatorisch = LIFTSCHWINDEL sein. Sie kann Folge einer abnormen Rechts-Links-Differenz der tonischen (Ruhe- oder Lageschwindel) oder dynamischen (Belastungs- oder Lagerungsschwindel) vestibulären Signale sein. Ursache ist häufiger ein peripherer (N. vestibularis, semicirculäre Kanäle) oder seltener ein zentraler (Nuclei vestibulares, Hirnstamm, Kleinhirn) vestibulärer Schaden oder ein Kleinhirndefekt.

Ursachen vestibulären Schwindels sind im **Tabelle 2** zusammengefasst

Die Dauer der eigentlichen akuten Drehschwindelbeschwerden (**Tabelle 3**) lässt eine grobe ätiologische Zuordnung der Beschwerden zu.

DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN PERIPHEREN UND ZENTRALEN URSACHEN

Vertebrobasiläre Durchblutungsstörungen können rasch zu einer Hirndrucksteigerung führen und lebensbedrohlich werden. Daher ist die Unterscheidung zwischen peripher-vestibulärer und zentraler Ursache des Schwindels wichtig. Hierbei hilft die klinische Untersuchung (**Tabelle 4**).

- Head – Impuls – Test:

Der Patient soll die Nasenspitze des Untersuchers fixieren und diesem gegenüber sitzen. Der Untersucher führt dann eine rasche Bewegung des Kopfes zur Seite (ca. 10-20°) durch. Durch Neigung des Kopfes um 30° kann die Empfindlichkeit gesteigert werden.

Weicht die Sehachse des Patienten ab und führt er anschliessend eine Korrektursakkade in die Gegenrichtung durch, besteht

Tabelle 2. Ursachen vestibulären Schwindels (nach Häufigkeit geordnet)

Peripher-vestibulär
• Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
• Neuritis vestibularis
• Migräne assoziierter Schwindel
• M. Meniere
• Autoimmune Innenohrkrankungen
• Perilymphfistel
• Dehiszenz hinterer Bogengang
Zentral-vestibulär
• TIA im vertebro-basilären Stromgebiet
• Wallenberg – Syndrom
• MS mit infratentoriellen Plaques
• Raumforderungen hintere Schädelgrube
• Wernicke Enzephalopathie
• Intoxikationen (Antiepileptika etc.)
• Schädel-Hirn-Trauma + Hirnstammeteiligung
• Kongenitale Anomalien der Schädelbasis
BPLS: Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel; TIA: Transiente ischämische Attacke; MS: Multiple Sklerose; CVI: Cerebro-vasculärer Insult.

Tabelle 3. Dauer der Drehschwindelbeschwerden

Akut	Episodisch	Sekunden	BPLS
		Minuten	Migräne, TIA
Stabil	Minuten – Stunden		M. Meniere, vertebro-basiläre Insuff.
		Tage – Wochen	Neuritis, MS, CVI, Hirnstamm
Chronisch	Episodisch		Hypotonie
	Stabil		Akustikusneurinom, Depression phobischer Schwankschwindel



Tabelle 4. Unterschiede zwischen peripherem und zentralem Schwindel

	Peripher	Zentral
Fixation	• Nystagmus nimmt ab	• Nystagmus ändert sich nicht oder nimmt zu
Schlagrichtung	• Meist nur in einer Ebene	• Meist multidirektional
Einfluss der Blickrichtung	• Nystagmus nimmt beim Blick in Richtung rascher Phase zu	• Keine Änderung, aber Richtungswechsel
Symptomatik	• Schwindel bei Bewegung, in Ruhe beschwerdefrei • Schwere Nausea, Erbrechen • Meist alleine gehfähig	• Schwindel nicht bewegungsabhängig • Selten Nausea oder Erbrechen • Oft nur mit Stützen gehfähig • Ohnmachtsgefühl
Klinik	• Hörverlust, Tinnitus • Verschlagnete Ohren	• Kleinhirn- und Hirnstamm-Symptome (Dysarthrie, Dysphagie, Diplopie, Hemiparese, Kopfschmerzen)

eine Unterfunktion des Labyrinths auf der Seite, nach der der Kopf gedreht wurde. Dies ist typisch für eine peripher-vestibuläre Affektion.

• Nystagmus

Beobachtet wird zunächst, ob ein Nystagmus beim Blick geradeaus vorliegt. Besser erkennt man einen peripher vestibulären Nystagmus, wenn man die Fixation aufhebt, z.B. durch eine Frenzel-Brille.

Liegt ein Nystagmus vor, wird geprüft, wie er sich in den verschiedenen Blickrichtungen verhält.

• Skew Deviation (Hertwig-Magendie-Syndrom)

Es handelt sich dabei um ein vertikales Abweichen eines Auges. Beim Cover-Test kann eine Refixation festgestellt werden.

Oft findet man zudem eine Augenverrollung und ein Kippen des Kopfes, was dann als Ocular Tilt Reaction bezeichnet wird.

IST EINE BILDGEBUNG INDIZIERT?

Dieser als HINTS-Test bekannte Untersuchungsgang erlaubt eine zuverlässige Unterscheidung zwischen peripherem und zentralem Schwindel. Wenn zwei der Untersuchungen auf eine zentral-vestibuläre Affektion hindeuten, ist eine Bildgebung zwingend indiziert. Dabei hilft das Akronym
I (Head)-Impuls-Test
N Normal (keine Korrektursakkade)
F Fast phase (schnelle Phase des Nystagmus)

- A Alternierend (seitenwechselnd)
- R Refixation beim
- C Cover
- T Test

SCHLUSSFOLGERUNG

Mit einfachen Mitteln – genaue Anamnese und wenige klinische Tests in der Praxis – gelingt es in den meisten Fällen bei Patienten mit Schwindel eine genaue Diagnose zu stellen. Ohne aufwändige apparative Untersuchungen kann zuverlässig zwischen peripher- und zentralvestibulären Affektionen unterschieden werden. Somit gelingt es auch kosten- und personalintensive Abklärungen auf jene Patienten zu beschränken, die sie wirklich notwendig haben. ■

Bibliographie

- Jeong S. Vestibular neuritis. Semin Neurol 2013;33:185-94.
- Kerber KA. Acute continuous vertigo. Semin Neurol 2013;33:173-8.
- Lempert T. Vestibular migraine. Semin Neurol 2013;33:212-8.
- Strupp M, Dietrich M, Brandt T. Vertigo – Leit-symptom Schwindel. Springer Verlag 2. Auflage, 2012.
- Wiest G, Deecke L. Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel. J Neurol Neurochir Psychiatr 2004;5:24-9.
- Wiest G, Deecke L. Der akute Vestibularisusfall. J Neurol Neurochir Psychiatr 2005;6:28-32.