

Diskussion zu dem Beitrag

Schwindelsyndrome

Diagnose, neue Klassifikation und Therapie

von Prof. Dr. med. Michael Strupp, Prof. Dr. med. Julia Długaiczek, Prof. Dr. med. Birgit Bettina Ertl-Wagner, Prof. Dr. med. Dan Rujescu, Prof. Dr. med. Martin Westhofen, Prof. Dr. med. Marianne Dieterich in Heft 17/2020

Zervikale Ursachen

In meiner orthopädischen Praxis erhielt ich oft Patienten mit Schwindel zugewiesen, unter der Fragestellung einer ursächlichen Beteiligung der Halswirbelsäule (HWS) bei der Auslösung des Symptoms. Die klinische – und oft auch radiologische – Diagnostik bei Erwachsenen ergab häufig degenerative Veränderungen und funktionelle Störungen der HWS. Nach deren konservativer Behandlung besserte sich auch mitunter das Symptom „Schwindel“. Ich möchte den Autoren folgende Fragen stellen:

- Gibt es überhaupt den „zervikalen Schwindel“?
- Welche Rolle spielt die Arteria vertebralis für das Auftreten von Schwindel?
- Können Funktionsstörungen der HWS (Blockierungen) Schwindel auslösen?
- Welche Diagnostik ist zur Verifizierung/zum Abschluss zervikaler Ursachen von Schwindel zu empfehlen?

DOI: 10.3238/arztebl.2020.0735a

Literatur

1. Strupp M, Długaiczek J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M: Vestibular disorders—diagnosis, new classification and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 300–10.

PD Dr. med. Klaus Trzenschik

Hamburg
klausstrzenschik@gmail.com

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ergänzungen

In der Praxis ist multifaktorieller Altersschwindel die häufigste Diagnose, verursacht durch eine progrediente Beeinträchtigung vestibulärer Ersatzsysteme, Muskelschwäche und Sehstörungen. Erschwerend sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und Presbykusis. Bilaterale Vestibulopathien sind Raritäten, Gentamicin-induzierte Vestibulotoxizität kommt heute selten vor. Oszillopsien gehören nicht zur Symptomatik des einseitigen Vestibularisausfalls, da der kontralaterale vestibulookuläre Reflex intakt ist.

Beim benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel lässt sich mit einem einmaligen Befreiungsmanöver kaum Beschwerdefreiheit erreichen, die Mehrheit der Patienten benötigt zusätzlich Eigenübungen für wenige Tage.

Die neuen Kriterien der Barany-Gesellschaft schließen Menière-untypische Hörstörungsbilder leider ein. Eine Labyrinthektomie ist beim Morbus Menière obso-

let. Hohe Betahistin-Dosen bis 144 mg/d werden wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen meist nicht toleriert. In der Prophylaxe sind oft deutlich niedrigere Dosen ausreichend.

Eine basiliäre Migräne wie andere Migräneformen zu therapieren, ist bezüglich der Triptan-Therapie nicht unproblematisch.

Die Behauptung, dass Schwindelsyndrome für nicht-spezialisierte Kollegen einfach zu diagnostizieren und behandeln seien, kann ich nicht nachvollziehen, eine Crux sind die zahlreichen, unnötigen radiologischen Großgeräteuntersuchungen.

Die besprochenen Schwindelsyndrome sind, mit Ausnahme der cerebellopontinen Ischämie, gutartig. Dies gilt nicht für den leider unerwähnten Schwindel bei Labyrinth-, Hirnnerven- und Hirnaffektionen otogener Erkrankungen (Cholesteatom, Mastoiditis, Labyrinthitis, Ramsay-Hunt-Syndrom, Glomustumor, Schwannom), deren adäquate Diagnose manchmal quoad vitam relevant ist.

DOI: 10.3238/arztebl.2020.0735b

Literatur

1. Strupp M, Długaiczek J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M: Vestibular disorders—diagnosis, new classification and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 300–10.

Dr. med. Klaus Stefan Holler

Haus der Gesundheit
Neutraubling
praxis@hno-holler.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Schlusswort

Das Thema „zervikaler Schwindel“ wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Es gibt aber weiterhin keine überzeugenden Studien oder klinischen Tests, die diese Diagnose stützen, und es besteht keine Korrelation zwischen dem Ausmaß der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) und den Symptomen. Bei den meisten Patienten, die diagnostisch so eingeordnet werden, lässt sich eine andere Ursache finden. Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel können auch über Nackenschmerzen und -verspannungen klagen. Diese sind aber nicht die Ursache, sondern die Folge der anderen Erkrankungen, weil Kopfbewegungen die Schwindelbeschwerden oft verstärken und Patienten deshalb intuitiv vermehrt die Nackenmuskeln anspannen, um den Kopf ruhig zu halten.

Die Arteria vertebralis spielt eine Rolle bei Vertebralisdissektionen mit Hirnstamm-/Kleinhirn-Ischämien sowie bei der sehr seltenen Entität des „rotational vertebral artery compression syndrome“: Bei horizontalen Kopfdrehungen kommt es zu transienten ischämischen Symptomen des Hirnstamms und Kleinhirns. Ursache kann eine einseitig blind endende Arteria vertebralis mit Kompression der gegenüberliegenden Arteria vertebralis bei einer Kopfdrehung und dadurch vermindertem Blutfluss im vertebrobasilären System sein.

Zum Begriff „Altersschwindel“ sei angemerkt, dass Alter per se keine Krankheit ist. Bilaterale Vestibulopathien und die Presbyvestibulopathie (1) sind keine Rarität, sondern häufige Ursachen für Schwankschwindel und Gangunsicherheit, gerade im Alter, werden aber zu selten diagnostiziert. Oszillopsien gehören zu den Symptomen der akuten unilateralen Vestibulopathie im Akutstadium, bedingt durch den peripheren vestibulären Spontannystagmus. Wir stimmen zu, dass beim benignen peripheren paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPPV) ein einzelnes Befreiungsmanöver nicht ausreicht.

Bei den Diagnosekriterien der Bárány Society (2) gibt es zwei Kategorien: Morbus Menière und wahrscheinlicher Morbus Menière. Letztere umfasst auch die Menière-untypischen Hörstörungsbilder. Betahistin wird nach unseren Erfahrungen auch in hohen und sehr hohen Dosierungen als individueller Heilversuch sehr gut vertragen. Allerdings sind nach der BEMED-Studie 144 mg/d nicht wirksamer als Placebo. Langzeitbehandlungen (> 6–12 Monate) mit höheren Dosierungen (zum Beispiel 3 × 96 mg/d oder 4 × 72 mg/d) sind unserer Erfahrung nach jedoch bei einigen Patienten wahrscheinlich prophylaktisch wirksam, was aber in Placebo-kontrollierten Studien untersucht werden muss. Zur vestibulären Migräne und Attackenbehandlung mit Triptanen gibt es bislang keine kontrollierten Studien.

Die Diagnosestellung beim Leitsymptom Schwindel ist einfach, aber nicht trivial und bedarf in den meisten Fällen keiner umfangreichen apparativen Diagnostik außer dem Video-Kopfpulstest und der kalorischen Testung. Bildgebung ist vor allem beim akuten vestibulären Syndrom, bei Verdacht auf eine zentrale Läsion (Schlaganfall?) und bei klinischem Verdacht auf eine Raumforderung im Kleinhirnbrückenwinkel indiziert. Apparative Untersuchungen werden beim Leitsymptom Schwindel viel zu häufig durchgeführt.

Es gibt eine Reihe von Ursachen für Schwindel, wie etwa die genannten „nichtgutartigen“ peripheren vestibulären Syndrome, die durch eine HNO-ärztliche Untersuchung und, wenn indiziert, bildgebende Verfahren diagnostiziert werden und therapeutische Konsequenzen haben.

DOI: 10.3238/arztebl.2020.0735c

Literatur

1. Agrawal Y, van de Berg R, Wuyts F, et al.: Presbyvestibulopathy: Diagnostic criteria consensus document of the classification committee of the Bárány Society. *J Vestib Res* 2019; 29: 161–70.
2. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al.: Diagnostic criteria for Meniere's disease. *J Vestib Res* 2015; 25: 1–7.
3. Strupp M, Dlugaiczyk J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M: Vestibular disorders—diagnosis, new classification and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 300–10.

Für die Autoren

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Strupp, FRCP, FANA, FEAN

Neurologische Klinik und Deutsches Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
Ludwig-Maximilians-Universität, München, Campus Großhadern
Michael.Strupp@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt

Prof. Strupp hält Aktien sowie Patente von Intra Bio. Er wird für Beratertätigkeiten honoriert von Abbott, Actelion, AurisMedical, Heel, IntraBio und Sensorion. Für Vorträge wurde er honoriert von Abbott, Actelion, Auris Medical, Biogen, Eisai, Grünenthal, GSK, Hennig Pharma, Interacoustics, MSD, Mylan, Otometrics, Pierre-Fabre, TEVA und UCB. Er vertreibt die sogenannte M-Brille. Für von ihm initiierte Forschungsvorhaben wurde er finanziell unterstützt von Abbott, Decibel, Interacoustics und Natus. Drittmittel wurden ihm zuteil von AurisMedical, Biogen, Decibel und Heel.

Hinweise für Autoren von Diskussionsbeiträgen im Deutschen Ärzteblatt

- Reichen Sie uns bitte Ihren Diskussionsbeitrag bis spätestens vier Wochen nach Erscheinen des Primärartikels ein.
- Argumentieren Sie wissenschaftlich, sachlich und konstruktiv. Briefe mit persönlichen Angriffen können wir nicht abdrucken.
- Schreiben Sie klar und deutlich, fokussieren Sie sich inhaltlich. Vermeiden Sie es, Nebenaspekte zu berühren.
- Sichern Sie die wichtigsten Behauptungen durch Referenzen ab. Bitte geben Sie aber – abgesehen von dem Artikel, auf den Sie sich beziehen – insgesamt nicht mehr als drei Referenzen an.
- Beschränken Sie Ihren Diskussionsbeitrag auf eine Textlänge von 250 Wörtern (ohne Referenzen und Autorenadresse).
- Verzichten Sie auf Tabellen, Grafiken und Abbildungen. Aus Platzgründen können wir solche grafischen Elemente in Diskussionsbeiträgen nicht abdrucken.
- Füllen Sie eine Erklärung zu einem möglichen Interessenkonflikt aus.
- Bearbeiten Sie die deutschen und englischen Satzfarben nach Erhalt ohne Verzögerung.
- Geben Sie eine Adresse an. Anonyme Diskussionsbeiträge können wir nicht publizieren.
- Senden Sie Ihren Diskussionsbeitrag zu Artikeln der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion an: medwiss@aerzteblatt.de oder Deutsches Ärzteblatt, Dieselstraße 2, 50859 Köln.