

Kongressbericht

Leitsymptom Schwindel als interdisziplinäre Aufgabe

Das klinische Spektrum des Leitsymptoms Schwindel ist breit gestreut. Es umfasst den vestibulären Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen, die präsynkopale Benommenheit, die Arzneimittelintoxikation und die Hyperglykämie. Darüber hinaus werden auch Phobien und Panikattacken, Bewegungskrankheit sowie Hörschwindel dazu gerechnet, erläuterte *Waltraut Kruse*, Aachen, als Moderatorin auf dem 24. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer. Ziel des Themenschwerpunkts „Leitsymptom Schwindel“ war es, die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen und krankheitsbegleitenden Diagnostik und Therapie des Schwindels aufzuzeigen.

Bei etwa zehn Prozent aller Patienten des Allgemeinarztes und 10 bis 20 Prozent aller Patienten der Neurologen und HNO-Ärzte wird der Schwindel als Leitsymptom angeführt. Schwindel ist sicher eine der medizinisch unzulänglichst versorgten Beschwerden, und dies, obwohl er zu den häufigsten Klagen gehört und auch bei richtiger, frühzeitig gestellter Diagnose meist wirkungsvoll behandelt werden kann, so Kruse weiter.

Heinz-Harald Abholz, Düsseldorf, stellte aus der Sicht des Allgemeinarztes/Internisten dar, wie schwierig es in der Praxis ist, schon bei Befindlichkeitsstörungen den Schwindel exakt einzuordnen. Abholz legt Wert auf die diagnostische Betreuungsarbeit, das heißt, den Patienten nicht durch unnötige und möglicherweise falsche Befunde zu gefährden, sondern herauszufinden wer weitergehend untersucht werden sollte. Eindrücklich machte Abholz auf die Bedeutung der Anamnese, die körperliche Untersuchung und die Interpretation und Einordnung von Befunden und Beschwerden durch die „erlebte Anamnese“ aufmerksam. Hierzu gehört das Erfragen wichtiger Details,

wie zum Beispiel, welche Erklärungen der Patient selbst für den Schwindel hat, was für ein Schwindel vorliegt und wie lange er bereits andauert. Welche Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen, Hörstörung, Sehstörung) werden geklagt? Dabei ist der systematisierte Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage- oder Liftschwindel) vom unsystematischen zu trennen.

Unzureichende Versorgung

Auf den vorgenannten Grundlagen aufbauend, betonte *Thomas Brandt*, München, dass der Schwindel zwar zu den häufigsten Beschwerden gehört und bei richtiger Diagnose meist wirkungsvoll behandelt werden kann, dass aber Patienten mit Schwindel am unzulänglichsten versorgt werden. Schwindel ist keine Krankheitseinheit, sondern umfasst fächerübergreifende, multisensorische und sensomotorische Syndrome unterschiedlicher Ätiologie und Pathogenese. Umso wichtiger ist es, in der Behandlung die verschiedenen Schwindelformen medikamentös, physikalisch, operativ beziehungsweise mit psychotherapeutischen Maßnahmen zu versorgen. Für die so genannten Antivertiginosa, wie die Antihistaminika Dimenhydrinat (beispielsweise Vomex A) und Flunarizin (beispielsweise Sibelium), das Belladonna-Alkaloid Scopolamin (beispielsweise Scopoderm), das Benzamid Sulpirid (beispielsweise Dogmatil) und das Phenothiazin Thiethylperazin (beispielsweise Torecan), ergeben sich nur vier Indikationen zur Behandlung von Schwindel und Nausea:

- akute Labyrinthfunktionsstörung (Dauer der Behandlung ein bis maximal drei Tage),
- akute vestibulariskernnahe Hirnstammläsion mit Nausea,

- Prävention schwerer und häufig auftretender Attacken,
- Prävention der Bewegungskrankheit.

Brandt betonte ausdrücklich, dass alle diese Pharmaka ungeeignet zur Dauerbehandlung zum Beispiel bei chronischem zentralvestibulären Schwindel oder Lageschwindelformen sind. Wenn die Übelkeit abgeklungen ist, sollten keine Antivertiginosa oder sedierende Pharmaka mehr gegeben werden.

Ähnlich wie bei den Kopfschmerzsyndromen betont der Geriater, *W. von Renteln-Kruse*, Bergisch Gladbach, die Bedeutung der Anamnese als wichtigstes diagnostisches Instrument zur Differenzierung der unterschiedlichen Schwindelformen. Bei über 65-jährigen Patienten, die Hausärzte konsultieren, ist Schwindel das am häufigsten geklagte Symptom. Er wird bei 9 bis 25 Prozent aller zu Hause lebenden über 65-Jährigen und bei bis zu 70 Prozent hochbetagter Heimbewohner angegeben. Betonen sollte man, dass Angst und Depression wichtige und häufige Begleit- und modulierende Faktoren bei älteren Patienten mit Schwindelsymptomatik sind. Die Anamnese mit der Beschreibung des zeitlichen Auftretens des Schwindels erbrachte in zwei Drittel der Fälle die wegweisende Diagnostik. Der Referent machte noch einmal auf die obligatorische, ausführliche Medikamentenanamnese aufmerksam, die immer die Fragen nach Selbstmedikation (Erkältungs- und Schlafmittel) sowie Alkohol unbedingt beinhalten sollte. Zum Abschluss internistischer Erkrankungen als Schwindelursachen dürfen Laborbestimmungen, unspezifische Symptomatik von Schilddrüsen-erkrankungen im Alter, apparative Untersuchungen wie Ruhe- und Langzeit-EKG nicht vernachlässigt werden. Aber auch längere Immobilität wie ein komplizierter Krankheitsverlauf mit stationärer Behandlung oder unerwünsch-

te Arzneimittelwirkungen können für Schwindelursachen bei geriatrischen Patienten verantwortlich sein.

K.-F. Hamann, München, referierte aus der Sicht der Otologie. Bei der gezielten Inanspruchnahme ärztlichen Rates sucht der Patient von sich aus den HNO-Arzt auf, zumindest dann, wenn in der Anamnese eine akute Otitis oder Folgeerkrankungen nach viralen Infekten aufgetreten sind. Der Patient kann nicht unterscheiden, welche ätiologischen Faktoren den Vestibularapparat geschädigt haben. Ursache könnte beispielsweise eine Mittelohrerkrankung, eine Neuritis vestibularis oder ein M. Menière (das anfallsweise Auftreten von Schwindelattacken) sein. Auch das Akustikusneurinom, ein Schwannom des Nervus vestibularis, kann zu Schwindelbeschwerden führen. Hamann berichtete, dass die therapeutischen Überlegungen zur Behandlung des Akustikusneurinoms gegenwärtig im Wandel sind. Während früher jedes entdeckte Neurinom so früh wie möglich operativ entfernt wurde, rät man heute vermehrt zum Abwarten. Da es sich um einen gutartigen Tumor mit langsamer Wachstumstendenz handelt, sollte man auf die nicht unerhebliche Zahl postoperativer Komplikationen und damit verbundener Beeinträchtigung der Lebensqualität verzichten und nur bei rascher Größenzunahme invasiv vorgehen.

Annegret Eckhardt-Henn, Mainz, betonte, dass trotz intensiver somatischer Diagnostik in vielen Fällen das Symptom Schwindel ungeklärt bleibt. Je nach Patientenkollektiv schätzt sie den Anteil des psychogen verursachten Schwindels auf etwa 30 bis 50 Prozent psychiatrischer und psychosomatischer Störungen, die sehr häufig mit Angststörungen, depressiven und somatoformen Störungen einhergehen. Eckhardt-Henn plädierte für eine frühzeitige interdisziplinäre Diagnostik, um eine entsprechende Therapie rechtzeitig einzuleiten und der häufig entstehenden Chronifizierungen vorbeugen zu können. Es ist unverzichtbar, bei anhaltendem Schwindel nicht nur eine somatische, sondern auch eine psychosomatische Diagnostik routinemäßig durchzuführen. Dazu gehört eine ausführliche Aufklärung des Patienten über die psy-

chosomatischen und somatopsychischen Zusammenhänge. Oft kommt es schon dadurch zu einer Besserung und Entlastung. Die jeweilig indizierte psychotherapeutische Methode richtet sich nach der zugrunde liegenden psychischen Störung und ist dementsprechend sehr unterschiedlich. Bei phobischen Störungen gibt es mittlerweile viele Studien, die die Effektivität von verhaltenstherapeutischen Verfahren belegen. Eckhardt-Henn empfiehlt bei schweren Fällen eine Kombination aus verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer und medikamentöser Behandlung mit Imipramin oder Clomipramin als Methode der Wahl. Wiederholte, nicht indizierte Diagnostik und Therapie, beispielsweise wiederholte Infusionsbehandlungen mit Antivertiginosa oder durchblutungsfördernden Mitteln, soll bei psychogenen und psychosomatischen Schwindelzuständen in jedem Fall vermieden werden, da sie zu einer iatrogenen Fixierung beitragen. So kann der Patient von einer organischen Ursache überzeugt sein, und die Grunderkrankung weitet sich aus oder chronifiziert.

Zentralvestibuläre Syndrome

Brandt wies in der anschließenden Diskussion noch einmal auf die Bedeutung einer Reihe neuer zentralvestibulärer Syndrome hin. Hierzu zählen episodische Ataxien sowie die Basilarismigräne, die nicht nur als eine typische Erkrankung des weiblichen Adoleszentenalters, sondern auch als vestibuläre Migräne in jedem Alter mit oder ohne Kopfschmerz auftreten kann und wirksam prophylaktisch mit Beta-rezeptorenblockern behandelt werden sollte.

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel, die häufigste Schwindelform, entsteht in der Regel durch Canalolithiasis (frei flottierender Pfropf abgesprengter Otokonien) mit der Möglichkeit, wirkungsvolle physikalische Befreiungsmanöver einzusetzen. Aber auch der somatoforme phobische Schwankschwindel lässt sich durch Aufklärung und Verhaltenstherapie in der Mehrzahl der Fälle gut behandeln.

Überflüssig oder obsolet ist beim typischen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel jede apparative Zusatzdiagnostik. Auch die operative Verstopfung des Bogengangs ist beim benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel nur in ganz seltenen Fällen erforderlich. Durchblutungsfördernde Maßnahmen als Infusionsbehandlung des akuten einseitigen Vestibularisausfalls sind nicht in prospektiven Studien geprüft und mit größter Wahrscheinlichkeit schon deshalb wirkungslos, da die Neuritis vestibularis keine Durchblutungsstörung ist, sondern eine Entzündung der Vestibularisnerven. Der Orthopäde ist von seiner fachlichen Ausrichtung und Ausbildung kein Spezialist, zu dem man Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel überweist.

Die richtige Diagnose setzt die Kenntnis der komplizierten Anatomie und Physiologie des Labyrinths und des zentralvestibulären Systems voraus. Grund für die unbefriedigende Versorgung ist nach Ansicht von Brandt die nicht ausreichende Beschäftigung mit den Fächern HNO und Neurologie sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung. Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel werden zum Beispiel zum falschen Fachkollegen wie dem Orthopäden überwiesen. Es gibt keine orthopädische Erkrankung mit dem Leitsymptom Schwindel. Die Diagnose eines zervikogenen Schwindels ist eine Verlegenheitsdiagnose.

Patienten mit somatoformen Schwindelformen suchen fast nie den Psychiater auf, sondern den Arzt ihres Symptoms, das heißt in der Regel einen HNO-Arzt oder einen Neurologen. Als positive Aspekte erwähnt Brandt, dass die Diagnose und erfolgreiche Therapie der häufigsten Schwindelformen des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels zunehmend fachgerecht von niedergelassenen HNO-Kollegen und Neurologen versorgt wird.

Der somatoforme Schwindel (phobischer Schwankschwindel) wird immer häufiger auch von nichtpsychiatrischen niedergelassenen Kollegen vermutet und richtig diagnostiziert.

Prof. Dr. med. Waltraut Kruse
Medizinische Fakultät der RWTH
Kirchberg 4, 52076 Aachen