



Schwindel

als Symptom in der Hausarztpraxis

Dr. Anselm Angermaier, MSc
Klinik für Neurologie

01 **Begriffsbestimmung**
(Definition, Krankheitsspektrum)

02 **Epidemiologie**

03 **Diagnostik**
allgemein

04 **Peripherer Schwindel**
(wichtigste Entitäten)

05 **Zentraler Schwindel**
(wichtigste Entitäten)

06 **Gangstörung**

07 **Zusammenfassung**

- 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. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0300
- Jahn K, Kressig RW, Bridenbaugh SA, Brandt T, Schniepp R: Dizziness and unstable gait in old age—etiology, diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 387–93. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0387
- H.-H. Abholz, R. Jendyk (2016) DEGAM Leitlinien Akuter Schwindel, Kurzversion und Langversion, <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>

Begriffsbestimmung

„Schwindel ist nicht gleich Schwindel“

„Herr Doktor, mir ist so
schwindelig.“

Und nun?

An dieser Stelle müssen wir uns fragen, ist das überhaupt ein Roman **Schwindel**?

Begriffsbestimmung Schwindel

Definition:

„Bewegungsillusion: also das Gefühl, sich selbst zu bewegen oder dass die Umwelt sich bewege, obwohl dies nicht zutrifft.“

Charakteristika

- Leitsymptom → keine Krankheitsentität
- Großes Spektrum
- Nicht nur „neurologisch“ → interdisziplinärer Ansatz
- Sprachliche Ungenauigkeit

Funktioneller Schwindel

Zentraler Schwindel
(Hirnstamm, Kleinhirn)

Andere Schwindelursachen:

- RR
- UAW Medikamente

Peripherer Schwindel
(Innenohr, N. vestibulo
(cochlearis))

Kein „eigentlicher“ Schwindel

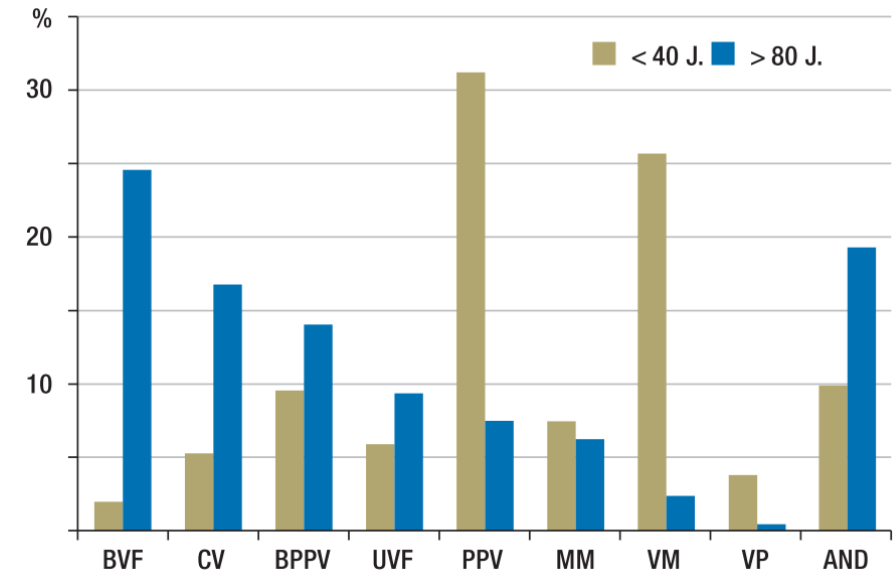
- Gangstörung
- Visusstörung

Epidemiologie

02

Häufigkeit-1

- Schwindel häufiges Symptom in der Hausarztpraxis
- Gesamt-Prävalenz ist altersabhängig (1 Jahr, alltagsrelevant, zum arztbesuchführend)
 - >60 Jahre 20%,
 - >70 Jahre 30%
 - >80 Jahre 40%
- Entitäten-Prävalenz ist altersabhängig



BVF: bilaterale Vestibulopathie
CV: zentraler Schwindel
BPPV: gutartiger Lagerungsschwindel
UVF: einseitige Vestibulopathie
PPV: phobischer/somatoformer Schwindel
MM: Morbus Menière
VM: vestibuläre Migräne
VP: Vestibularisparoxysmie
AND: andere

Jahn et al; Dtsch Arztebl Int 2015

Häufigkeiten verschiedener Schwindelsyndrome bei 17 718 Patienten einer interdisziplinären Spezialambulanz*¹

Schwindelsyndrome	Häufigkeit N	%
benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel	3 036	17,1
somatoformer phobischer Schwankschwindel	2 661	15,0
zentrale vestibuläre Syndrome	2 178	12,3
vestibuläre Migräne	2 017	11,4
Morbus Menière	1 795	10,1
Neuritis vestibularis	1 462	8,3
bilaterale Vestibulopathie	1 263	7,1
Vestibularisparoxysmie	655	3,7
psychogener Schwindel (andere)	515	2,9
Perilymphfistel	93	0,5
unklare Schwindelsyndrome	480	2,7
andere* ²	1 563	8,8
Gesamtzahl	17 718	100,00

Strupp M et al; Dtsch Arztebl Int 2013

Diagnostik

04

Anamnese: 4 (nicht ganz) einfache Fragen
klinische **Untersuchung**

└ HNO-Funktionsdiagnostik (Videokopfimpulstest,
Kalorik, Audiometrie,...)

Bildgebung (möglichst MRT)
nur selten weitere Untersuchungen

└

Schwindel-Anamnese: 1. Semiologie



Drehschwindel

bestimmte Drehrichtung!

fast immer vestibulär

Schwankschwindel / diffuser Schwindel

meist nicht-vestibulär

z.B. Angst, Hyperventilation, (Prä-)Synkope

Gangunsicherheit

nicht-vestibulär

z.B. PNP, Paresen, Ataxie, Apraxie

Schwindel-Anamnese: 2. Dauer

Sekunden (- wenige Minuten, Attacken)

BPLS (akut), Vestibularisparoxysmie, Perilymphfistel

Minuten (- Stunden)

TIA (1-15, akut), Phobien (1-60), vestibuläre Migräne (5min- 72h),

Stunden

M. Menière (20 min – 12 h)

Tage/Wochen

Neuritis vestibularis (akut), Hirnstamm- oder Kleinhirnfarkt

Dauernd (> 3 Monate)

Funktioneller Schwindel, bilaterale Vestibulopathie, zentral (!) , Gangunsicherheit,

Schwindel-Anamnese: 3. Trigger

Keine (in Ruhe)

M. Menière, vestibuläre Migräne, Neuritis vestibularis,
Vestibularisparoxysmie,
akute zentraler Schwindel

Lage / Lagewechsel

BPLS, zentraler Lageschwindel, orthostatischer Schwindel

Agoraphobische Stimuli

Angststörung DD funktionell

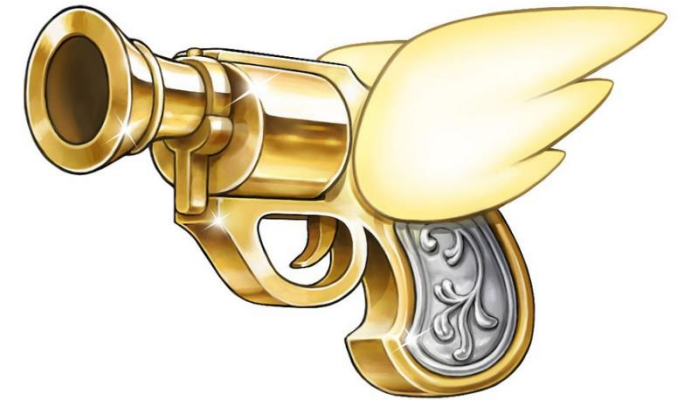
Besserung bei Ablenkung, Alkoholkonsum (wenig), am Morgen funktionell

Valsalva / Barotrauma (Druckänderung) oder laute Töne

Perilymph-Fistel (Leckage des knöchernen Labyrinthes)

Nur beim Stehen, Gehen, Laufen

Bilaterale Vestibulopathie



Schwindel-Anamnese: 4. Begleitsymptome

Übelkeit/ Erbrechen, Oszillopsien, gerichtete Gangabweichung,...
→ vestibulär

Schwarz vor Augen, Benommenheit, Druck auf den Ohren, Bewusstlosigkeit →
(Prä-) Synkope, evtl. Epilepsie

Herzrasen, Atemstörung, Angst, Zittern → funktionell/psychogen

Tinnitus, Hypakusis → M. Menière

Hirnstamm-/ Kleinhirnsymptome → Schlaganfall!

Kopfschmerz, Photo-/ Phonophobie → Migräne

Untersuchung der **Augenbewegungen**:

Spontan-, Provokationsnystagmus (Kopfschüttel~, Blickrichtungs~, Lagerungs~)

Diplopie, Sakkaden

Vestibulo-okulärer Reflex (VOR, Headimpuls-Test)

Fixations-Suppression

Lagerungsproben

Romberg-Versuch

einfache und erschwerte Gangarten

Zeigerversuche

Ggf. Hörtest (einfach)

Peripherer Schwindel

04

Benigner paroxsymaler Lagerungsschwindel

A: Drehschwindel < 60 sec. bei Lagewechsel

B: Lagerungsprüfung (ggf. mit Frenzel-Brille)

ÄP: Kanalolithiasis

T: Lagerungsübungen, initial auch Medikamente

DD: zentraler Lageschwindel (unerschöpflich, bei langsamer Lagerung)

- A: Drehschwindelattacken (20 min bis 12h Dauer),
Tinnitus oder Ohrdruck, Hörverlust
(spätestens nach 3 Jahren alle Symptome),
10% haben drop attacks
- B: vestibuläre Untererregbarkeit (Kalorik), Hypakusis
- ÄP: multifaktoriell → endolymphatischer Hydrops (u.a.
Resorptionsstörung, akut Ruptur der Endolymphmembran,...)
- T: akut Dimenhydrinat, MCP, Benzodiazepine;
prophylaktisch Betahistidin, Thiazide;
ggf. Gentamycin- oder Steroid-Instillation;
OP (Saccotomie, Labyrinthdestruktion + Chochleaimplantat)

Neuritis/Neuropathia vestibularis

Neu: Akute unilaterale Vestibulopathie



A: plötzlicher Drehschwindel, anhaltend Ü+E, Oszillopsien, Gangstörung

B: SPN zur gesunden Seite (hor.+rotat.),
Fallneigung zur erkrankten Seite,
Fix-Supp. Möglich
Einstellsakkade im HIT
Abweichung der subjektiven Vertikalen („Eimertest“) zur kranken Seite
(Hörminderung selten möglich)

ÄP: entzündlich(->viral); ggf. vaskulär

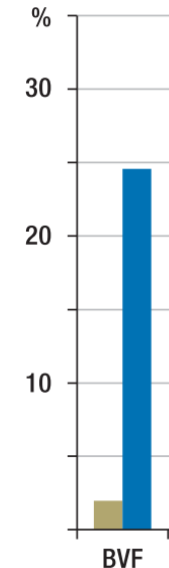
T: akut Bettruhe + Dimenhydrinat, Gleichgewichtstraining („vestibuläre Rehabilitation“), Steriod-Gabe möglich (Effekt → latenzabhängig)

DD: ischämische Hirnstamm- oder Kleinhirnläsion

<https://image2.slideserve.com/3739925/n-vestibulocochlearis-n.jpg>

Bilaterale Vestibulopathie

- A: **chronischer** Schwankschwindel, Übelkeit, Unsicherheit + Oszillopsien
beim Kopfbewegungen und Gehen
absoluter Ruhelage kaum Beschwerden
Verschlechterung bei Dunkelheit und/oder unebenen Boden
- B: Kopfdrehen nach rechts/links → Fallneigung nach rechts/links aus
kein SPN, keine Fix.-Suppr.
HIT: VOR bilateral reduziert (schwierig) → vHIT,
bilateral reduzierte Kalorische Erregbarkeit
- ÄP: toxisch, posttraumatisch, degenerativ (Menière), autoimmun,
postmeningitisch ...
- T: ggf. ursächliche Therapie, meist eher rehabilitativer Ansatz, v.a.
Gleichgewichtstraining



bilaterale Vestibulopathie	1 263	7,1
----------------------------	-------	-----

Vestibularisparoxymie

A: 10 s bis 60 s gleichförmige Schwindelattacken, spontan, bis zu 100/Tag + Ansprechen auf Natriumkanalblocker

ÄP: vermutlich Gefäß-Nervus vestibularis-Kontakt (analog „Hemispasmus facialis“) → MRT
→ cave: auch in 45 % der Gesunden vorhanden

T.: Oxcarbazepin (900 mg/d) → 50%
Attackenreduktion, allerdings schlechte
Verträglichkeit, Alternative Lacosamid (100-200
mg/d) (off-Label), ggf OP

Perilymphfistel

A: rez. Schwindelattacken mit Oszillopsien und Stand- und Gangunsicherheit durch Druckänderungen oder laute Töne, ggf. Tinnitus, Schallempfingsschwerhörigkeit

B: schwierige klinische Diagnostik, Provokationstestung (Druckänderung), ggf. mit Frenzelbrille

Apparative Diagnostik: VEMP, Felsenbein-CT, Audiometrie (→ betroffenes Ohr), MRT, Tympanoskopie

ÄP: Trauma, Cholesteatom, iatrogene Ursachen, Infektion
→ Verbindung Innenohr/Mittelohr

T: konservativ → häufig Besserung, bei Persistenz → OP

Perilymphfistel rechts - Tragustest

L

Zentraler Schwindel

05

- A: Schwindel mit weiteren „neurologischen Beschwerden“
- B: Schwindel + neurologische Ausfälle:
red flags: Diplopie, skew deviation, unilateraler oder Downbeat-Nystagmus, Facialisparesse, Dysarthrie, ...
(zentraler Nystagmus → nicht durch Fixation unterdrückbar)
- ÄP: meist Schädigung von Hirnstamm oder Kleinhirn, selten kortikal;
etiologisch unspezifisch
durch Ischämie → plötzlich
durch Entzündung, Tumor → subakut
degenerativ → chronisch (z.B. spinozerebelläre Ataxien)
- T: zuerst Diagnose!!!

Vestibuläre Migräne

A: Episoden mit vestibulären Symptomen (5min bis 72 h) +
50% der Episoden mit Migränekopfschmerz

Migräne (aktiv oder früher)

B: opB

AP: letztlich unklar

T: --> Migränetherapie

DD Morbus Menière

→ gemeinsame Pathophysiologische Grundlage?

Endolymph-Hydrophs über trigeminovaskuläres System
möglich

Funktioneller Schwindel

Alt: somatophober/psychischer Schwindel

A: „permanenten“ Schwank- oder Benommenheitsschwindel (> 3 Monate)

→ geringer bei Sport, Ablenkung, Alkohol (gering), am Morgen

→ verstärkt bei bestimmten Situationen (z.B. Menschenmengen,...)

→ ggf. Vermeidungsverhalten („phobischer Schwankschwindel“)

bis zu 45% zuvor eine organische Erkrankung

Perfektionistische Persönlichkeitszüge

B: opB

ÄP.: verstärkte Selbstbeobachtung der Balance

T: Psychoeduktion, Sport, ggf. Gleichgewichtstraining, kognitive Verhaltenstherapie, ggf. SSRI bei gleichzeitiger psychischer Co-Erkrankung (→ „Zutrauen zur eigenen Balance“)

„Nicht-Schwindel“-Störung

06

Gangunsicherheit

meist bei älteren Menschen

frontale Gangstörung (Apraxie)

Myelopathie / peripher (Neuropathie, Myopathie)

Parkinson-(+)-Syndrome, cerebelläre Ataxien,
orthostatisch

„idiopathisch“, „senil“

Iatrogen: Antihypertensiva, Antidiabetika (bes.
orale), BDZ, Neuroleptika, Gentamycin, Cisplatin,
Antikonvulsiva

Zusammenfassung

06

Zusammenfassung

- Mit vier (beantworteten) Fragen lassen sich ca. 90% der Schwindelformen zuordnen.
- Apparative Diagnostik beschränkt sich meist auf Vestibularisprüfung (HIT, Kalorik) und Audiometrie.
- Die Differenzierung ist lohnend wegen der erheblichen therapeutischen Konsequenzen.
- Bitte an die Rekrutierung für NeTKoH denken (3 pro Step).