

Multifaktorielles Schwindelgeschehen

Komplexes überwiegend psychogenes („menièreiformes“) Schwindelgeschehen, angestoßen durch einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel

Zusammenfassung

Berichtet wird über einen Patienten, dessen seit 8 Jahren so nicht erkannter benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel eine psychogene, qualitativ andere und schwierig zu differenzierende Reaktion angestoßen hatte. Diese führte zu einem komplexen Schwindelgeschehen, das als Menièresches Geschehen missdeutet wurde. Geschildert werden die Symptomkonstellation, Diagnostik und Therapieansätze.

Schlüsselwörter

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel · Psychogener Schwindel · M. Menière

Schwindel, Schwerhörigkeit und Tinnitus sind häufige Symptome. Dabei kommt es vor, dass die Diagnose M. Menière oft auch falsch gestellt wird oder durch die Symptomentrias auf Kosten einer sauberen und oft auch kausal weiterführenden Diagnose mit dem ätiologisch nichtssagenden Begriff des „menièreiformen Syndroms“ bezeichnet wird. Innerhalb dieser „menièreiformen Symptome“ sind – allein schon wegen ihrer Häufigkeit – der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS) und der psychogene Schwindel zu beachten.

Der BPLS ist eine der häufigsten und gleichzeitig die am häufigsten fehl-diagnostizierte Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans [1, 9]. Schnell und spezifisch behandelbar wurde der BPLS mit den Lagerungsmanövern von Semont [11] und Epley [4].

Der psychisch verursachte Schwindel macht etwa 30% aller Schwindelerkrankungen aus [3, 7]. Dieser kann monosymptomatisch oder verbunden mit anderen, in der Regel vegetativen Symptomen, wie Schweißausbrüchen, Mundtrockenheit, Herzrasen, Engegefühl, Atemnot und Leeregefühl im Kopf, auftreten. Charakteristischerweise wird beim monosymptomatischen Erscheinungsbild ein Schwankschwindel oder ein diffuser Schwindel („wie betrunken“, „Gehen wie auf Schaumstoff“, etc.) beschrieben. Prinzipiell können aber alle Schwindelqualitäten, d. h. auch ein Drehschwindel mit subjektiver Fallneigung, psychisch bedingt sein [3].

Im Folgenden wird ein Fall beschrieben, wo der Patient über 8 Jahre an einem sog. menièreiformen Krankheitsbild litt, ehe über eine differenzierte Diagnose eines komplexen Schwindelgeschehens eine kausale Therapie eingeleitet werden konnte.

Kasuistik

Ein bis zu seiner Rente als evangelischer Pfarrer tätiger Patient stellte sich wegen eines seit 1992 bestehenden Verdachts auf M. Menière vor.

Damals (1992) sei erstmals ein heftiger Drehschwindelanfall aufgetreten, der von einer ca. 6 Stunden langen Hilflosigkeit, Ohnmacht und Übelkeit begleitet worden sei. In Kombination mit seiner auch subjektiv erlebten Schwerhörigkeit sei ein M. Menière festgestellt worden, der damals mit Infusionen und durchblutungsfördernden Mitteln, später dann auch mit Betahistinen behandelt worden sei.

In den letzten 7 Jahren hätten sich die Schwindelanfälle 5-mal wiederholt, wobei die Heftigkeit in keiner Weise nachgelassen habe und sich die Verzweiflung, Ohnmacht und Gangunsicherheit oft über Tage erstreckten.

Er schildert spontan, dass der Schwindel immer in bestimmten Bewe-

Dr. Helmut Schaaf
Ltd. Oberarzt der Tinnitus-Klinik Arolsen,
Große Allee 3, 34454 Arolsen,
E-Mail: HSchaaf@tinnitus-klinik.de

Abstract

We report about a patient with recurrent dizziness, looked upon for about 8 years as Menière's disease. He suffered from benign positional vertigo, which led to an additional psychogenic dizziness, connected to early live events. The different parts of complex dizziness, diagnosis and treatment will be described.

Keywords

Benign positional vertigo ·
Psychogenic dizziness · Menière's disease

Kasuistik

gungssituationen aufgetreten sei, sodass er glaube, die Halswirbelsäule bedinge den Schwindel ursächlich. Deswegen hat er eine Schonhaltung angenommen, um bestimmte Bewegungen nach links zu vermeiden. Weiter berichtet der Patient, dass die Schwindelanfälle in Situationen mit großem psychischen Druck aufgetreten seien.

Die körperliche Untersuchung zeigt einen knapp 71-Jährigen, 170 cm großen, ca. 75 kg schweren Patienten, der unter einer einigermaßen eingestellten Hypertonie leidet.

Diagnostik

Audiologische Befunde

Der Hörbefund weist einen beidseitigen Hochtonabfall, beginnend mit 30 dB bei 1,5 kHz bis zu 80 dB bei 8 kHz, auf. Im Sprachaudiogramm zeigt sich eine Sprachverständlichkeit beidseits von 70% bei 65 dB. Diese Hörbefunde erwiesen sich retrospektiv als nahezu identisch mit den schon 1992 erhobenen Hörbefunden.

Ein Tinnitus war nicht vorhanden, ebensowenig ein Druckgefühl auf dem Ohr. Eine kalorische (Warm- und Kalt)spülung blieb beidseitig unauffällig.

HWS und Gleichgewichtsorgan

In der körperlichen Untersuchung der HWS zeigte sich eine deutliche Verhärtung der linken Nackenmuskulatur mit entsprechendem Schmerzerleben und Schonhaltung. Die Röntgenuntersuchungen ergaben keinen auffälligen Befund.

In der gezielten Anamnese ergab sich auf genaue Befragung, dass das Schwindelereignis zeitlich und vom Schwindelcharakter in 2 Anteile zergliedert werden kann.

Den ersten Anteil machen für ca. 30 s bis (subjektiv sehr lang erscheinende) 1–2 min heftige Drehschwindelattacken aus, die den Patienten „mit Wucht zur linken Seite wirbeln“. Hierbei erlebt der Patient ein Drehen des Raumes sowie ein Vernichtungsgefühl bei erhaltenem Bewusstsein.

Im zweiten Anteil folgt diesem heftigen Schwindel mit Fallneigung für eine lange Zeit „ein sich verfestigendes Gefühl der Ohnmacht, der Verzweiflung, des ‚Deprimiert-Seins‘ und der Unsicherheit“. Dabei habe er nur noch

schwankend gehen und nur noch in Begleitung und gestützt den Arzt aufsuchen können. Dieses Schwindelgefühl halte über 6 Stunden, in einigen Fällen sogar über 2–3 Tage an.

Es erfolgte – zunächst diagnostisch – eine Lagerungsuntersuchung nach Semont. Dabei wurde der Patient zunächst quer auf eine Untersuchungs-liege gesetzt und sein Kopf 45° nach rechts gedreht. Mit einer raschen Bewegung wurde er dann auf die linke Körperseite gelegt, sodass der Kopf hinter dem Ohr aufliegt. Anschließend wird der Patient wieder aufgesetzt und dann zur Gegenseite gelagert. In jeder Position wurden die Augen für mindestens 20 s mit der Frenzelbrille beobachtet. Dabei zeigte sich – diagnostisch wegweisend – die Auslösung von Schwindel und Nystagmus, als der Patient zur linken Seite gelagert wurde. Der Nystagmus rotierte um die Sehachse und schlug in seiner raschen Phase zum linken Ohr. Subjektiv äußerte der Patient einen – ihm vertrauten – heftig einsetzenden Schwindel, der nach 30 s abklang.

Beim Wiederaufsetzen stellte sich ein gleichartiger Nystagmus ein, jedoch in umgekehrter Richtung nach rechts. Bei der Rechtslagerung traten dagegen weder Schwindel noch Nystagmus auf.

Dies bestätigte den schon anamnestisch vermuteten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel links.

Ein M. Menière konnte nun aufgrund der differenzierten Anamnese, des untypischen über Jahre konstanten Hörbefunds sowie des Fehlens eines Tinnitus aus der Retrospektive ausgeschlossen werden. Im MNR fand sich kein Anhalt für einen Tumor oder ein ZNS-Geschehen.

Zu klären war noch der zweite Teil des nach dem Lagerungsschwindel einsetzenden, lang anhaltenden Schwindelgeschehens:

Hier leitete die Frage nach der beidseitigen Hochtonschwerhörigkeit die Aufklärung des spezifischen Wirkmusters bei diesem Patienten ein.

Nachdem sich in der Erwachsenenzeit des Patienten keine konkreten Hinweise für ein stattgehabtes Lärmtrauma finden ließen, wurde der Patient – in Kenntnis seines Geburtsalters sowie des Geburtsorts Danzig – auf seine Kriegserlebnisse angesprochen.

Dabei zeigte sich, dass der Patient sowohl die Bombenangriffe auf Danzig

Wolfgang Stoll (Hrsg.)

Vestibuläre Erkrankungen.

**Eine interdisziplinäre Herausforderung;
3. Henning Symposium, Innsbruck 2000**

Stuttgart: Thieme 2001, (ISBN 3-13-105821-8),
39,95 EUR

Der Referateband ist zwar nicht "interdisziplinär", wie der Titel erwarten ließe, denn die Autoren sind durchwegs HNO-Ärzte, aber das sollte schon die einzige negative Anmerkung zum vorliegenden Buch sein.

Eine in allen Beiträgen eingehaltene, durchgängig exakte Systematik mit einleitenden Schlüsselwörtern, Kommentaren und farblich unterlegten Merksätzen machen jedes einzelne Kapitel gleichermaßen übersichtlich, sodass sich auch der eilige Leser rasch informieren und das Wesentliche für sich herausholen kann.

Inhaltlich spannt sich der Bogen von experimentellen Untersuchungen an Cupula und Synapsen, über klinische Vestibularisdiagnostik, eine ausgedehnte Darstellung operativer und medikamentöser Therapie vestibulärer Erkrankungen bis zur Begutachtung vestibulärer Störungen. Dem aufmerksamen Leser wird auffallen, dass die Autoren nicht in allen Punkten übereinstimmen, vor allem die Diskussion über operative und medikamentöse Therapie noch lange nicht zu Ende ist.

Der vielleicht spannendste Beitrag mag der von H. Scherer sein, in dem eine plausible Hypothese zum akuten Ausfall des Gleichgewichtsorgans vorgestellt wurde: die Cupula soll sich durch Überdruck im Endolymphschlauch von der Ampullenwand lösen. Damit wäre auch das so plötzliche Einsetzen eines vestibulären Schwindelanfalles erklärbar, denn die bisher diskutierten Genesen wie Durchblutungsstörung oder virale Infekte können auf diese Frage keine ausreichende Antwort geben. Leider kann die vorliegende schriftliche Darstellung nicht annähernd jene Überzeugungskraft wiedergeben, wie Scherer sie in seinem temperamentvollen Referat mit hervorragenden Videos ausstrahlte. Fazit: Eine praxisorientierte Standortbestimmung nach dem derzeitigen Wissensstand – sehr empfehlenswert!

H. Pawlata (Hall (Tirol))

wie auch die Trennung von seinem Vater und in den letzten Kriegsjahren auch die Mehrfachvergewaltigung der Mutter miterlebt hatte, wobei er letztere als Pubertierender mit dem Gefühl von erstarrender Machtlosigkeit und Ohnmacht erlitt. Ebenfalls aus dieser Zeit schoß ihm spontan als Erinnerung ein weiteres Ohnmachtserleben hinsichtlich einer durchgemachten Diphtherie durch den Kopf, die den Patienten wohl wochenlang „wie angenagelt“ in einer Scheune liegen ließ, in der er starr und regungslos auf Tod oder Gesundheit wartete.

Soweit in der dann sehr affektgeladenen Situation eruiert werden konnte, hatten die an sich sehr kurzen und sehr organisch bedingten Lagerungsschwindelattacken ein sehr frühes, psychogen zu verstehendes Erleben von Ohnmacht, Verzweiflung und Depressionen reaktiviert und angestoßen. Dies hatte in der Folge das lang anhaltende Schwindelgefühl über Stunden bzw. Tage ausgelöst.

In diesem Fall hatte nicht ein unverarbeiteter Konflikt zum Schwindel geführt, wie es bei einem „rein“ psychogenen Schwindel sonst oft der Fall ist [7, 10]. Hier stieß ein ganz real – und komplett therapierbares – organisches Ereignis ein im Alltag mehr oder weniger gut verdrängtes frühes Erlebnis an, das dann „wie im Film“ mit heftigen körperlichen Sensationen erlebt wurde.

Therapie

Die Therapie bestand aus den schon oben erwähnten

- ▶ Lagerungsmanövern nach Semont, die die organische Symptomatik restlos beseitigen konnten,
- ▶ einer Krankengymnastik zur Behebung des inzwischen massiven Zervikalsyndroms,
- ▶ der Verordnung von 2 Hörgeräten, weswegen der Patient zwar nicht gekommen war, die aber nachhaltig seine Kommunikationsfähigkeit auch im häuslichen Umfeld verbesserte.

Fazit für die Praxis

Die meisten der peripher vestibulären Schwindelformen sind eindeutig diagnostizierbar und in der Regel gut therapierbar. Dies gilt insbesondere für den benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, der allein schon wegen seiner Häufigkeit bei jeder Schwindelerkrankung bedacht werden sollte und dessen Ursache meist innerhalb weniger Minuten beseitigt werden kann.

Unsicherheiten treten oft auf, wenn Schwindelformen beobachtet werden, die nicht oder nicht allein durch die organischen Befunde zu erklären sind. Dann lässt sich über einen die psychologische Seite mitbeachtenden Zugang ein großer Teil der sonst rein organisch wenig verständlichen Schwindelformen erklären und oft gut therapieren.

Literatur

1. Bárány R (1921) Diagnose von Krankheitserscheinungen im Bereiche des Otolithenapparates. Acta Otolaryngologica 2: 434–437
2. Claussen CF, Claussen E (1987) Die Craniocorpopographie – ein neues einfaches Verfahren zur äquilibriummetrischen Analyse von Schwindelzuständen. Sandorma 20: 8–13
3. Eckhardt A, Tettenborn B, Krauthausen H (1996) Schwindel und Angsterkrankungen – Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung. Laryngorhinootologie 75: 517–522
4. Epley JM (1992) The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 107: 399–404
5. Hallpike CS, Cairns H (1938) Observations on the pathology of Menière's Syndrom. Laryngol Otol 53: 625–655
6. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML et al. (1992) Causes of persistent dizziness – a prospective study of 100 patients on ambulatory care. Ann Intern Med 117/11: 898–904
7. Lamparter U (1995) Schwindel. In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H. (Hrsg) Psychosomatik neurologischer Erkrankungen. Schattauer Stuttgart New York S 122–151
8. Lempert T (1999) Der gutartige Otolithen-Lagerungsschwindel. In: Schaaf H, Nelting M, Hesse G: Schwindel – psychosomatisch gesehen. Profil München Wien. S 44–58
9. Lempert T (1995) Benign positional vertigo: recognition and treatment. BMJ 311: 489–491
10. Schaaf H (2001) Psychogener Schwindel in der Otologie. HNO 49: 307–315
11. Semont A, Freyss G, Vitte E (1988) Curing the BPPV with a Liberatory Maneuver. Adv Otorhinolaryngol 42: 290–293