

Migräne – Schwindel: Schwindel bei Migräne

von Dr. med. Helmut Schaaf

[Impressum](#), LÄK [Hessen](#), [die Berufsordnung](#) und das [Hessische Heilberufsgesetz](#)

Datenschutz-Erklärung:

Ich sammle KEINE Daten und verwende keine Cookies ([Ausführliche Datenschutzerklärung](#)).

Die Hinweise auf meiner Internet-Seite können keine ärztliche Beratung ersetzen.

Es kann auch keine Beratung per email erfolgen.

Bitte wenden Sie sich an Therapeuten Ihres Vertrauens und /

oder an das [Ohr- und Hörinstitut bzw. das Gleichgewichtsinstitut Hesse\(n\)](#)

Typisch für eine Migräne sind Schmerzattacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Sie können Stunden bis 2 Tage anhalten und sie sind oft von Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit begleitet. Viele Patienten kennen dabei kurz vor oder während des Migräneanfalls eine sog. Migräneaura. Dabei kommen am häufigsten flimmernde Gesichtsfeldausfälle, seltener kribbelnde Missempfindungen, Lähmungen, Sprachstörungen, typisches Unwohlsein bis zu Verwirrtheit, „Doppelt-Sehen“ und Gangunsicherheit hinzu. Viele Migränepatienten geben auch Schwindelempfindungen als gelegentlichen oder häufigen Begleiter ihrer Kopfschmerzen an.

Nicht wenige Migränepatienten, erleiden ihren Schwindel auch ohne Kopfschmerzen. Dann handelt es sich um ein rein „vestibuläre Migräne“.

Immerhin ist der Migräneschwindel einer der häufigsten Gründe für einen wiederholt und spontan auftretenden Schwindel.

Der Migräneschwindel kann in jedem Alter beginnen, wobei das weibliche Geschlecht ca. 3:1 überwiegt. Das gehäufte familiäre Auftreten weist auf einen möglichen genetischen Ursprung hin.

Dabei kann der Schwindel in drei Varianten auftreten:

1. als Drehschwindel,
2. als Lageschwindel oder
3. als diffuser Schwindel ohne Bewegungserscheinungen.

Der Drehschwindel und der Lageschwindel gehen wahrscheinlich auf eine – vorübergehende!!! – Durchblutungsstörung im Hirnstamm zurück.

Der diffuse Schwindel äußert sich als Benommenheit, also wie eine Unfähigkeit, klar zu denken. Migräne-Schwindel kann einige Stunden anhalten und überdauert die Kopfschmerzen sogar einige Tage oder gar Wochen.

Tritt der Migräneschwindel ohne Kopfschmerzen auf, weisen die Migräne-typischen Begleitumstände den Weg zur Diagnose, zum Beispiel eine gleichzeitige Licht- oder Lärmempfindlichkeit.

Oft wird die vestibuläre Migräne mit dem deutlich selteneren M. Menière verwechselt. Für eine vestibuläre Migräne – und gegen einen M. Menière – sprechen:

- das Fehlen einer fortschreitenden Hörminderung - trotz vieler Attacken
- die Migräne-typischen (zentralen) Augenstörungen im Intervall
- die Verbindung mit anderen neurologischen Symptomen, wie z. B. Taubheitsgefühl im Gesicht und die Kopf- und Nackenschmerzen
- das Ansprechen auf eine prophylaktische Behandlung, etwa mit Betarezeptorenblockern.

Vermutet werden allerdings auch Verbindungen zwischen Migräne und dem Menière. So kommen Migräne-Beschwerden bei Menière Patienten deutlich häufiger vor.

Damit bleibt die Unterscheidung gegenüber dem M. Menière gelegentlich so schwierig, dass manchmal erst die stufenweise Prophylaxe etwa mit Medikamenten (Betarezeptorenblockern) und der Verlauf Klarheit bringen kann.

Therapie

Akut - Behandlung

Für die symptomatische Befreiung von akutem Schwindel und Erbrechen sind schwindelunterdrückende Medikamente, z. B. Dimenhydrinat 80 - 150 mg als Tablette, am ehesten aber als Zäpfchen, sinnvoll. Dabei muss die müde machende „sedierende“ Nebenwirkung beachtet werden.

Bei sonst nicht beherrschbarer Symptomatik können Triptane (z. B. Sumatriptan 25 mg supp, Zolmitriptan 5 mg nasal, Rizatriptan 10 mg sublingual) zum Einsatz kommen.

Prophylaxe

Die Meidung von Auslösern, also regelmäßiges Schlafen, Essen und Trinken, Arbeitspausen, Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation) und Ausdauersport helfen wahrscheinlich auch bei der Verminderung der Schwindelanfälle bei Migränikern.

Hinsichtlich einer pharmakologischen Vorbeugung geht man davon aus, dass Patienten mit häufigen schweren Attacken etwa von

- Betablockern wie Propranolol 40–240 mg und Metoprolol 50 – 200 mg oder
- Topiramat 50 - 100 mg
- Antidepressiva wie Amitriptylin 25 - 150 mg oder
- Flunarizin 5 -10 mg oder

profitieren können (Frauen die halbe Maximaldosis).

Wir raten, die Behandlungsentscheidung individuell mit einem Facharzt für Neurologie abzusprechen. Oft kann (ca. 50 - 70%) eine Symptomreduktion erreicht werden. Unerwünschte Nebeneffekte werden vermindert, wenn mit der kleinsten Dosis begonnen wird, diese dann langsam aufdosiert wird.

Eine positive Wirkung für die Behandlung kann 2 -3 Monate benötigen und am ehesten gesichert werden, wenn die Patienten den Verlauf kalendarisch protokollieren.

Da der Verlauf der Erkrankung unvorhersehbar ist und auch lang anhaltende Rückbildungen der Symptome möglich sind, kann versucht werden, die Behandlung nach 6 Monaten versuchsweise langsam auszuschleichen.

Tab. 1 Medikation bei Migräne	
Prophylaxe	Häufige Nebenwirkungen
Propranolol 40–240 mg*	RR-Abfall, Bradykardie
Metoprolol 50–200 mg*	RR-Abfall, Bradykardie
Topiramate 50–100 mg	Kognitive Störungen, Parästhesien, Appetitmangel, Gewichtsabnahme
Amitriptylin 75–150 mg 25-75	Gewichtszunahme, Mundtrockenheit
Valproinsäure	Gewichtszunahme, Thrombopenie
Flunarizin 5–10 mg	Gewichtszunahme, Depression

* bei Frauen: halbe Maximaldosis

Klassifikation der Migräne vom Basilaristyp G43.103 nach der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen ICHD	
Beschreibung	Migräne mit Aura, bei der die Aurasymptome eindeutig dem Hirnstamm und/oder beiden Hemisphären gleichzeitig zuzuordnen sind und keine motorische Schwäche vorhanden ist
Diagnostische Kriterien	
A:	Mindestens 2 Attacken, welche die Kriterien B-D erfüllen
B:	Die Aura besteht aus mindestens einem der folgenden vollständig reversiblen Symptomen, nicht aber aus einer motorischen Störung: <ol style="list-style-type: none"> 1. (Vorübergehende) Sprechstörung (Dysarthrie) 2. Schwindel 3. Tinnitus 4. Hörminderung 5. Doppeltsehen 6. Sehstörungen gleichzeitig sowohl im temporalen als auch im nasalen Gesichtsfeld beider Augen 7. Störung der Koordination (Ataxie) 8. Bewusstseinsstörungen/Empfindungsstörungen (simultane bilaterale Parästhesien oder Taubheit)
C:	Wenigstens einer der folgenden Punkte ist erfüllt: <ol style="list-style-type: none"> 1. wenigstens ein Aurasymptom entwickelt sich allmählich über ≥ 5 Minuten hinweg und/oder verschiedene Aurasymptome treten nacheinander in Abständen von ≥ 5 Minuten auf 2. Jedes Symptom hält ≥ 5 Minuten und ≤ 60 Minuten an
D	Kopfschmerzen, die die Kriterien B-D für eine Migräne ohne Aura erfüllen, beginnen noch während der Aura oder folgen dem Aurabeginn innerhalb von 60 Minuten
E	Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen