

2/2020 April

C 51932

forum

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde



Zum Konzept des »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (»PPPD«)

Helmut Schaaf

Summary

A persistent sense of dizziness after exclusion of organic causes or lack of sufficient compensation after a vestibular crisis has now been summarized in a consensus paper of the Bárány Society under the term »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD). Affected patients show a limited tolerance to postural changes. Therapeutically, in addition to a vestibular rehabilitation, the anxiety component is an essential starting point. The relationships and core elements of PPPD as well as the therapy are presented below.

Keywords

Vertigo, »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD), Bárány Society.

Zusammenfassung

Ein persistierendes Schwindelempfinden nach Ausschluss organischer Ursachen oder bei Ausbleiben einer ausreichenden Kompensation nach stattgehabter vestibulärer Krise wurde nun in einem Konsenspapier der Bárány-Gesellschaft unter dem Begriff »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD) zusammengefasst. Betroffene Patienten zeigen eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Haltungsveränderungen. Therapeutisch ist neben einer vestibulären Rehabilitation die Angstkomponente wesentlicher Ansatzpunkt. Die Zusammenhänge und Kernelemente des PPPD sowie die Therapie werden im Folgenden dargestellt.

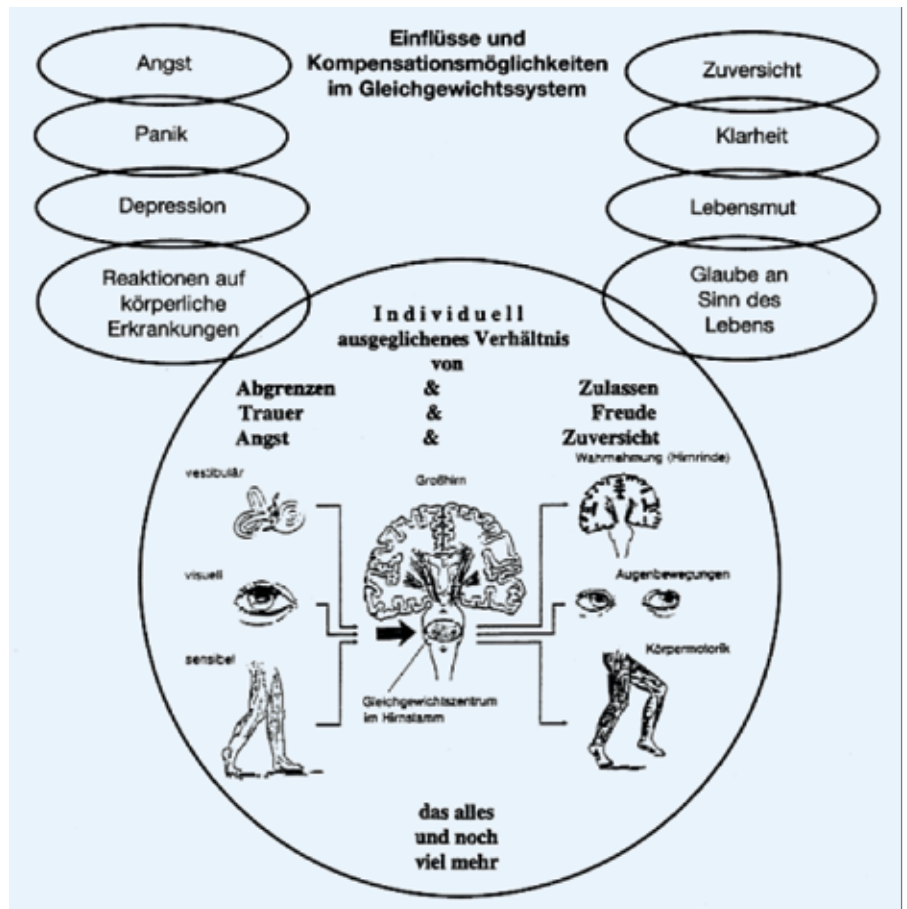


Abb. 1: Die Verbindung zwischen Neurootologie und Psyche hilft sowohl beim Verständnis des anhaltenden Schwindels wie für die Akzeptanz bei den notwendigen Therapieschritten (aus 7)

Schlüsselwörter

Schwindel, »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD), Bárány-Gesellschaft.

Einleitung

Patienten mit anhaltenden Schwindelerscheinungen – ohne ein dafür ausreichend erklärendes organisches Korrelat – stellen eine Herausforderung für die Behandler dar. Den Neurologen Brandt und Dietrich kommt dabei der Verdienst zu, 1986 mit dem Konzept

des »phobischen Attackenschwindels« einen Erklärungsansatz gefunden zu haben, der das Geschehen verstehen lässt und daraus wirksame Therapieansätze ableitet. Im englischen Sprachraum hat man, im Ansatz teilweise ergänzend, aber auch durchaus konträr, mit dem »visuellen Schwindel« (2), dem »Space and Motion Discomfort« (4) sowie dem »chronischen subjektiven Schwindel« (8, 9) ähnliche Konzepte entwickelt (s. auch 5). Die Bemühungen um einen Konsens sollen sowohl dazu dienen, eine ausreichende Berücksichtigung in der internationalen Klassifikation zu bekommen, aber auch Therapieansätze

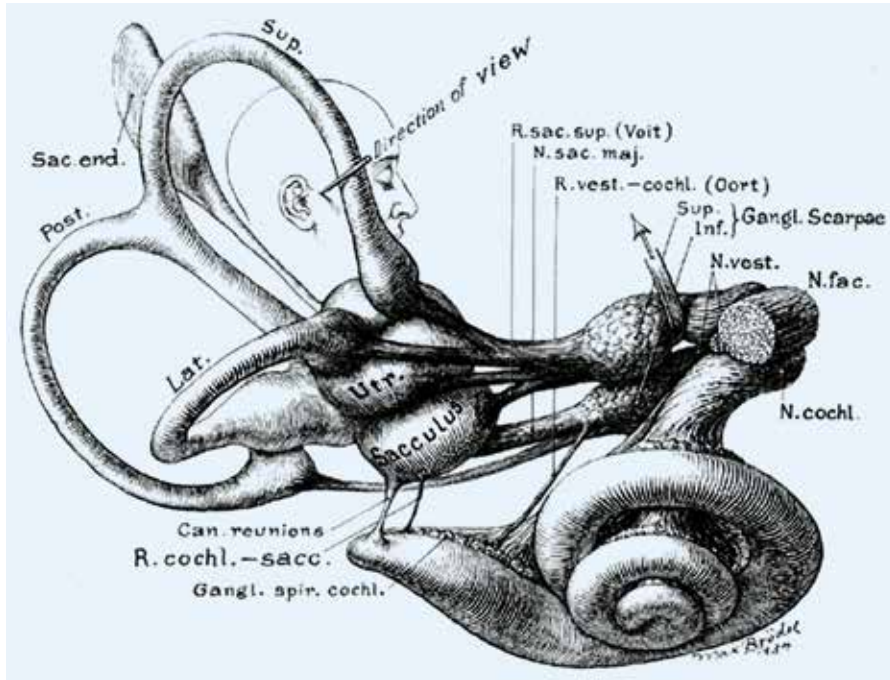


Abb. 2: Die Verbindung zwischen Neurootologie und Psyche muss auch den Kopf hinter dem Labyrinth im Fokus haben

vergleichbar wissenschaftlich auswerten zu können.

Der »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD)

Nun haben sich die wesentlichen Protagonisten in der Bárány-Gesellschaft in einem jahrelangen Diskussionsprozess und Austausch auf ein »Konsensus«-Konzept geeinigt (10). Der dabei entstandene, durchaus holprige Begriff des »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD) ist auch Ausdruck dieses langen, auf Kompromisse zielenden Prozesses. Dabei wurden die Ansätze des »phobischen Attackenschwindels« aufgenommen, bleiben aber »mit einfacher Mehrheit« als Sonderklassifikation bestehen.

Als Kernkriterien des PPPD werden benannt:

- Ein nicht vestibulärer Schwindel über mehr als drei Monate,
- eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen, seien es Eigenbewegungen oder Bewegungen in der Umwelt,

- Schwierigkeiten bei komplexen und präzisen visuellen Anforderungen und Aufgaben.

Ereignisse, die einem PPPD vorangehen können, sind:

- Ein vestibuläres Ereignis wie ein Gleichgewichtsausfall, ein gutartiger Lagerungsschwindel (BPLS), ein M. Menière oder eine vestibuläre Migräne,
- eine andere, primär medizinische Erkrankung (etwa Synkopen),
- eine akute Angstattacke (Panikattacke).

Das Konzept der »ausgebliebenen Readaptation«

Dabei wird konzeptionell von einer »ausgebliebenen Readaptation«, einer primär sinnvollen Adaptation auf vestibuläre Krisen ausgegangen. Letztere erfordern eine schnelle Anpassung, bei der dysfunktionale Impulse aus dem geschädigten vestibulären Anteil gehemmt werden. Dadurch dominiert im Gleichgewichtssystem das visuelle und propriozeptive Systems. Da das

visuelle System nur in einer unbewegten Umwelt als Referenz zur räumlichen Orientierung in der Lage ist, führt eine »visuelle Dominanz« zur Destabilisierung, sobald die Umwelt in Bewegung ist, etwa mitten im Auto- oder Fußgängerverkehr. So können fälschlich Scheinbewegungen wahrgenommen werden. Dies führt zu einem eingeschränkten, hochgradig absichernden Bewegungs- und Haltungsverhalten sowie einer hohen Vorsicht.

Menschen, die länger als drei Monate einen »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« entwickelt haben, zeigen so eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Haltungsveränderungen, seien sie durch (Fremd- oder) Eigenbewegungen oder durch die visuelle Umgebung hervorgerufen (Auslöser). Dies ruft vermehrt hochfrequente, klein amplitudige Haltungskorrekturen hervor und etabliert Strategien der Haltungskontrollen, die zum Ausgleich eines hohen (Sturz-) Risikos angemessen wäre (Gehen auf Glatteis).

Als wesentlicher aufrechterhaltender Faktor konnte das Angstsystem herausgearbeitet werden, dass (unbewusst) die Balance (Ausgleichsbewegungen) beeinflussen kann, auch abhängig vom Kontext und dem Ausmaß der Angst beim Beginn der Erkrankung.

Als Kriterien eines »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (»PPPD«) wurden die in der Tabelle aufgeführten Elemente festgelegt.

Kommentar und Wertung

Aufklärung, Beruhigung und Ermütigung bilden das Fundament der Behandlung – auch des anhaltenden Schwindels. Dies sollte und kann um eine (sachgerecht durchgeführte) vestibuläre Rehabilitation ergänzt werden.

Der Ansatz des PPPD hat den Verdienst, anhaltenden Schwindel von seiner organischen Komponente her zu

Tabelle

Kernelemente eines »Persistent Perceptual and Postural Dizziness« (PPPD) auf Grundlage des Konsensuspapiers der Bárány-Gesellschaft (mod. nach 10)

Beschreibung	
A	Schwindel oder Unsicherheit – oder beides – werden typischerweise länger als drei Monate an den meisten Tagen empfunden
B	Die Symptome sind auch ohne spezifische Auslöser vorhanden, sie können aber sich steigern (Exazerbation) bei: – aufrechter Körperhaltung, – aktiven oder passiven Eigenbewegungen, ohne dass dies einen Bezug zu einer bestimmten Position oder Richtung hat, – der Exposition von großflächigen, bewegten Objekten oder komplexen visuellen Anforderungen, – der Durchführung kleinflächiger, präziser visueller Aufgaben
C	Die Störung wird durch Bedingungen ausgelöst, die Schwindel, Unsicherheit oder Übelkeit verursachen, oder Probleme mit Balance beinhalten, einschließlich akute, episodische oder chronische vestibuläre Syndrome, andere neurologische oder medizinische Krankheiten oder psychische Krisen
D	Die Symptome führen zu erheblichen Belastungen oder Funktionsstörungen
E	Die Symptome können keiner anderen definierten Erkrankung oder Störung zugeordnet werden

betrachten und nicht zu schnell »nur« die als »zentral« zu identifizierende Angstkomponente in den Fokus zu stellen. Dies verbessert die Chance, wie von *Staab* (8) formuliert, Neurootologie und Psyche gleichzeitig – und nicht getrennt voneinander – zu sehen. So wird anhaltender Schwindel nicht »nur psychologisch« als ein (1) mögliches Symptom der Angst verstanden, sondern fachkundig in seinem vestibulären Zusammenhang erklärt. So kommen Schwindel-Patienten in der Regel nicht zum HNO-Arzt, weil er ein besonders guter Psycho-Experte ist, sondern weil sie glauben, dass er etwas von Schwindel versteht (3).

Nach Erfahrung von *Bronstein* und *Lempert* (3) hängt die Reaktion des Patienten auf derart gestaltete Bemühungen im Wesentlichen von der Kommu-

nikationsfähigkeit des Arztes und einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten ab. Ein guter Ausgangspunkt ist, dem Patienten Verständnis zu signalisieren und ihm zu versichern, dass es zunächst einmal normal ist, nach einer vestibulären Erkrankung oder einem anderen belastenden Ereignis Gesundheitsängste zu entwickeln, sich besonders vorsichtig zu bewegen und Situationen zu vermeiden, in denen die Beschwerden zunehmen.

Darauf aufbauend sollte man die vestibuläre Rehabilitation erklären, ermutigen wieder sportlich aktiv zu werden und zum Beispiel auch die progressive Muskelentspannung zu nutzen, da beides sympatholytisch und anxiolytisch wirkt. Voraussetzung ist eine gute klinische Untersuchung und eine »angemessene« Zusatzdiagnostik, weil darü-

ber das Vertrauen entsteht, das zwischen Arzt und Patient entstehen muss (3). Das kann auch die Akzeptanz in der Psychotherapie erhöhen.

Die langfristige Einnahme von vestibulär-dämpfenden Medikamenten und Beruhigungsmitteln ist kontraproduktiv, da sie zum einen die vestibuläre Kompensation behindert und zum anderen das Fallrisiko erhöht.

Wenn aber – wie bei etwa der Hälfte der Patienten mit PPPD – auch eine verifizierbare Angstkomponente für das Krankheitsbild aufrechterhaltend ist, können serotonverstärkende, das heißt antidepressive Medikamente eingesetzt werden – so der Ansatz der amerikanischen Arbeitsgruppe um den Psychiater *Staab* (9). Dabei sollte dies sicherlich nicht der erste Schritt zur Verbesserung sein, sondern auch von einer möglichen psychischen Begleiterkrankung und der eigenen Kompetenz in diesem Ansatz abhängig gemacht werden.

Dass Erfolge auch über die Zeit der Behandlung möglich sind, zeigte eine eigene Untersuchung (6), wenn auch zu einer stationären Behandlung.

Literatur

1. Brandt TH, Dieterich M (1986): Phobischer Attackenschwindel. *MMW* 128, 247–250
2. Bronstein AM (1995): Visual vertigo syndrome: clinical an posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 59 (5), 472–476
3. Bronstein AM, Lempert T (2017): Schwindel. Praktischer Leitfaden zur Diagnose und Therapie. Schattauer, Stuttgart, 176–177
4. Jacob RG, Woody SR, Clark DB, Lilienfeld SO, Hirsch BE, Kucera GD, Furman JM, Durrant JD (1993): Discomfort with space and motion: A possible marker of vestibular dysfunction assessed by the situational characteristics questionnaire. *J Psychopathol Behav Assess* 15 (4), 299–325
5. Schaaf H (2014): Zum Konzept des chronischen subjektiven Schwindels – ein neues, störungsorientiertes Puzzleteil beim psychogenen Schwindel. *forum HNO* (16), 176–183
6. Schaaf H, Hesse G (2015): Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 272 (6), 1529–1535

7. Schaaf H (2017): Gleichgewicht und Schwindel. Asanger Verlag, Kröning
8. Staab JP (2006): Assessment and management of psychological problems in the dizzy patient. Continuum 12 (4), 189–213
9. Staab JP (2012): Chronic Subjective Dizziness. Continuum 18 (5), 1118–1141
10. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, Bronstein A (2017): Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res 27 (4), 191–208

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Helmut Schaaf
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail [hschaaf@](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)
tinnitus-klinik.net