

B. Woller, Köln für das „Forum HNO“

Bericht vom Symposium: „Schwindel interdisziplinär“ und „Praktische Neurootologie mit Intensivkursen“ am 22. und 23.02.2008 im DORINT HOTEL FRANKFURT-Main-Taunus-Zentrum in Sulzbach (Taunus)

Praktische Themen mit therapeutischer Relevanz standen im Vordergrund der Symposien „Schwindel interdisziplinär“ am 22.02.2008 und „Praktische Neurootologie“ am 23.02.2008 im Dorint Hotel Frankfurt-Main-Taunus-Zentrum in Sulzbach (Taunus). Dabei wurden unter Leitung von Prof. Hörmann und PD Dr. Walther ein umfangreiches Vortragsprogramm und in Ergänzung zu den Vorträgen Intensivkurse angeboten, in denen die ca. 200 Teilnehmer das Dargebrachte mit praktisch Anwendbaren gleich verknüpfen konnten.

„Aus der Praxis für die Praxis“ wurden Grundlagen zum Gleichgewicht vom Initiator der Veranstaltung, L.E. Walther, gelegt. Er benannte die wichtigsten Faktoren des gestörten Gleichgewichts ebenso wie die Aufgaben des HNO-Arztes bei der Diagnosefindung. F. Waldfahrer aus Erlangen erläuterte die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie und diskutierte die Fraglichkeit einer „Schwindeltablette“. Er zeigte, dass es einige gute Indikationen für eine medikamentöse Prophylaxe und Unterstützung bei bestimmten Schwindelarten gibt. Er wies aber darauf hin, dass die medikamentöse gegenüber der physikalischen Therapie deutlich im Hintergrund steht.

Auf dem weiten Feld des psychogenen Schwindels erläuterte H. Schaaf aus Bad Arolsen die Erscheinungsformen des psychogenen Schwindels, der meist eng an Angst-, Depressions- oder Somatisierungserkrankungen geknüpft ist.

Diese können dazu beitragen, dass – ohne organische Schädigungen - Sinnesreizungen und Erwartungsmuster nicht überein stimmen. Dann wird die Bewegung unter Verlust der Raumkonstanz wahrgenommen. Häufig schildern die Patienten Schwank- oder diffusen Schwindel (Benommenheitsgefühl, Leeregefühl im Kopf, Unsicherheit beim Gehen, Gefühl zu kippen). Besteht schon eine „präformierte Schwachstelle“, wie etwa nach einem Gleichgewichtsausfall, so kann ein psychogenes Geschehen dort einen „schon bekannten“ Wirkmechanismus treffen und eine „entsprechende“ Symptomatik – auch Drehschwindelgefühle - auslösen, obwohl die eigentliche Ursache zentraler zu suchen ist.

Dabei orientiert sich die Qualität des Schwindels am vorher erlebten Modell, das real beim Patienten stattgefunden haben kann oder bei anderen beobachtet wurde. Wesentlich sind daher zum Verständnis die stattgehabten Erkrankungen, die Biographie und die bis dahin entwickelte Persönlichkeitsstruktur. Wichtig zu wissen ist, dass die psychogenen Schwindelempfindungen dabei für die Betroffenen sehr real und keineswegs eingebildet sind.

So steht an erster Stelle eine gute, entängstigende – auch medizinische – Aufklärung. Insbesondere bei psychogenen Schwindelerkrankungen sollte weniger das „nicht Gefundene“ und „eventuell Pathologische“ betont werden, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde.

H. Schaaf warb dafür, **mit** den Patienten ein Erklärungsmodell für die Schwindelsymptomatik zu erarbeiten, das medizinische und psychologische Faktoren berücksichtigt, realistisch das Veränderungspotential erarbeitet und in die Umsetzung gebracht werden kann. Wie bei Somatisierungserkrankungen könne folgende Dialogstruktur hilfreich sein:

1. Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden.

2. Sprechen Sie frühzeitig an, dass die wahrscheinliche Ursache für die Beschwerden keine schwere Erkrankung ist, sondern eine Störung der Wahrnehmung von Körperprozessen, wie sie oftmals unter Belastung oder Stress vorkommt.

3. Vermeiden Sie unnötige Eingriffe (z.B. häufige Wiederholungen von Untersuchungen).

4. Vermeiden Sie Bagatelldiagnosen und sonstige Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner organischen Sichtweise der Erkrankung verstärken können.

5. Vereinbaren Sie feste Termine für Nachuntersuchungen. Versuchen Sie, den Patienten zu unterstützen, spontane Arztbesuche aber zu vermeiden.

6. Motivieren Sie (am besten am eigenen Beispiel) zu einer gesünderen Lebensführung, beugen Sie inadäquatem körperlichem Schonverhalten vor.

7. Stellen Sie Rückfragen und lassen Sie den Patienten das Gespräch zusammenfassen, um mögliche Informationsverzerrung beim Patienten zu erkennen.

Ziel ist, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und ihm aus der Vermeidung von meist angstbesetzten Situationen und Handlungen herauszuhelfen. Gelingt dies – anfangs möglicherweise auch nur in kleinen Schritten - so kann dies die Erwartungsangst wesentlich reduzieren und meistens damit auch schon das Schwindelgefühl.

Th. Nikolaus aus Ulm wies auf die Bedeutung der Sturzanamnese bei Patienten mit Schwindel im Alter hin und stellte erläuterte Ansätze der Sturzprävention und Sturztherapie.

T. Lempert aus Berlin legte bei der Darstellung der neurologischen Erkrankungen mit Schwindel insbesondere Wert auf die oft verkannte Migräne mit assoziiertem oder isolierten Schwindel. Kennzeichnend für eine Migräne sind in der Regel Attacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Diese können bis zu 2 Tagen anhalten und sind oft von Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit begleitet.

Aber viele Migränepatienten geben auch Schwindel als gelegentlichen oder häufigen Begleiter ihrer Kopfschmerzen an. Es gibt sogar Migränepatienten, bei denen allein der Schwindel auftritt, auch ohne Kopfschmerzen“. Dabei kann der Schwindel in drei Varianten auftreten:

- als Drehschwindel,
- als Lageschwindel oder
- als diffuser Schwindel ohne Bewegungserscheinungen.

Wenn der Migräneschwindel ohne Kopfschmerzen auftritt, weisen die sonst auch für eine Migräne typischen Begleitumstände den Weg zur Diagnose. Diese sind etwa eine gleichzeitige Licht- oder Lärmempfindlichkeit.

Für eine vestibuläre Migräne – im Gegensatz zum M. Menière - spricht,

- 1) die zentrale Augenstörung im Intervall,
- 2) das Fehlen einer fortschreitenden Hörminderung trotz vieler Attacken
- 3) und vor allem die Verbindung mit anderen neurologischen Symptomen, wie z. B. Taubheitsgefühl im Gesicht und Kopf- und Nackenschmerzen,
- 4) das Ansprechen auf eine prophylaktische Behandlung mit Betarezeptorenblockern.

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

K. Helling aus Mainz erläuterte differenziert und zugespitzt die Indikationen der Innenohrausschaltung durch Gentamycin beim Morbus Menière und gab dabei aus organischer Sicht klare Anhaltspunkte zur Hand.

Tipps, Tricks und Fallstricke bei der Behandlung des gutartigen Lagerungsschwindels, demonstrierte eindrucksvoll F. Schmä. Der »gutartige« Lagerungsschwindel ist eine der am häufigsten vorkommenden – und leider auch die am häufigsten fehldiagnostizierte organische Schwindelerkrankung überhaupt. Betroffen sind überwiegend Patienten in der 2. Lebenshälfte. In spezialisierten Schwindelambulanzen macht er etwa ein Drittel der Diagnosen aus.

Typisch sind kurze Drehschwindelattacken mit spezifischen Nystagmen nach bestimmten Kopfbewegungen, aber auch beim Bücken oder Hinlegen. Diese halten kaum länger als 30 sec. an. Meist vergehen nach der Lageänderung einige Sekunden, bevor der Schwindel einsetzt. Manchen wird dabei übel; einige müssen sogar erbrechen. Zwischen den Attacken kann eine leichte Gangunsicherheit bestehen.

Die Diagnostik ist schon der Beginn der Therapie. Wenn sich so die Diagnose sichern lässt, können 95% der Beschwerden innerhalb von wenigen Wochen beseitigt werden. Dabei werden bei den Betroffenen durch wiederholte Fortsetzung genau dieser Lageänderung die Steinchen wieder aus dem Bogengang »herausgeschleudert«

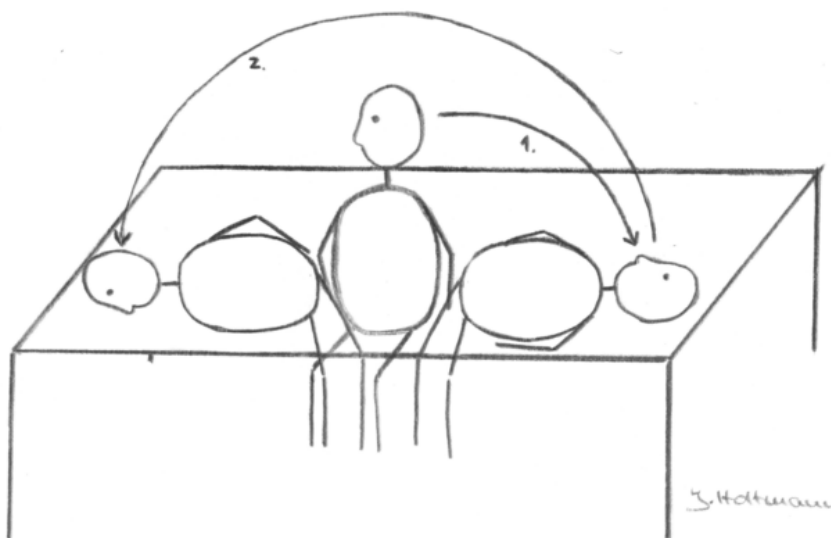
Wenn gewünscht Abb von Lempert 2003 zur Selbstbehandlung möglich

www

www.charite.de/ch/neuro/klinik/patienten/krankheiten/schwindel_vertigo/deutsch_rechts.html

Oder www.drhschaaf.de/Lagerungsschwindel.pdf

oder das von meiner Tochter J. Holtmann: (da sind die Rechte gesichert)



Am darauffolgenden Samstag referierte F. Waldfahrer zu operativen Möglichkeiten, insbesondere bei peripher-vestibulären Störungen, die insgesamt selten sind und dann gut indiziert sein müssen. Eindrucksvoll konnte G. Krombach aus Aachen den aktuellen Stand zur Visualisierung des Innenohres verdeutlichen. Sie stellte die radiologische Diagnostik bei Schwindel dar, unter anderem Krankheitsbilder, wie die fehlende knöcherne Bedeckung des vorderen und oberen Bogenganges sowie Fehlbildungen des Innenohres.

A. Clarke aus Berlin stellte aus seinem großen Erfahrungsschatz den Stand der Otolithenfunktionsprüfung in der Praxis anschaulich dar. Er fasste den derzeitigen Stand bei der Diagnostik von Otolithenfunktionsstörungen zusammen. Für die Praxis stehen einfache Methoden wie die Ableitung der vestibuläre evozierten myogenen Potenziale und die Bestimmung der visuellen subjektiven Vertikale zur Verfügung. Aufwendige apparative Methoden, so die Schrägachsenrotation haben eine geringere diagnostischen Wertigkeit.

In den Intensivkursen standen praktische Themen, wie die Ableitung der vestibulär evozierter Potenziale (VEMP), die visuelle subjektive Vertikale, die Versorgung mit modernen Hörgeräten sowie neue Methoden, wie die Auditory Steady State Responses (ASSR) im Vordergrund.

Am Nachmittag wurden dann sowohl von organischer Seite durch E. Biesinger als auch von psychologischer Seite von H. Schaaf die Grundlagen und Auswirkungen des Tinnitus-Leidens dargestellt, wobei neben dem Leiden am Tinnitus auch die daraus erwachsenen Möglichkeiten sowohl in der Hörgeräteversorgung als auch in der Verbesserung des Bewältigungspotentials durch eben psychosomatische Interventionen verdeutlicht wurden.

Methoden der Mittelohrfunktionsdiagnostik und die Therapie von Mittelohrfunktionsstörungen wurden durch E. Di Martino aus Bremen vorgetragen. S. Plontke ging auf den derzeitigen Stand der Behandlung des Hörsturzes ein. S. Hoth stellte die Stärken und Schwächen der Ableitung stationärer auditorisch evozierter Potenziale, der Auditory Steady State Responses als Methode für die objektive frequenzspezifische Bestimmung der Hörschwelle vor.

Alle Schwindelprobleme können einzeln und kumuliert den alten Menschen treffen, und so schloss L. E. Walther das Thema „Gestörtes Gleichgewicht“ mit der Ermutigung zur fundierten und engagierten Diagnostik und Therapie beim meist multipel betroffenen alten Patienten ab.

Insgesamt konnte die sehr gut besuchte Veranstaltung einen schönen Anklang beim Publikum finden und man kann sicher sein, dass das in letzter Zeit doch vermehrt fokussierte Thema „Schwindel“ zunehmend die ihm gebührende Beachtung finden wird.