NeuroGeriatrie 2011; 8 (1): 5-8

Schwindel im Alter: An den benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel denken!

M. Djukic, R. Nau

Geriatrisches Zentrum, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende und Abteilung Neuropathologie, Universitätsmedizin Göttingen

Zusammenfassung

Etwa ein Drittel der 70-Jährigen und fast die Hälfte der 90-Jährigen leiden unter Schwindel. In 7-15% ist Schwindel die Ursache von Stürzen. Einem Schwindel liegen Syndrome unterschiedlicher Ätiologie und Pathogenese zugrunde.

Schwindel lässt sich einteilen in systematischen Schwindel mit Dislokationsgefühl und unsystematischen Schwindel ohne Dislokationsgefühl, wobei letzgenannter der häufigere ist. Am häufigsten wird über unsystematischen Schwindel nach dem Aufrichten aus dem Liegen geklagt (orthostatischer Schwindel).

Häufigster systematischer Schwindel des höheren Lebensalters ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPL). Ein Drittel aller über 70-Jährigen sind zeitweise betroffen. Der BPL ist gekennzeichnet durch kurze Drehschwindelattacken nach Kopfbewegungen mit gleichzeitig rotierendem Nystagmus, bei ausgeprägterem Befund mit Übelkeit. Unbehandelt persistiert er in 30%, nach erfolgreicher Behandlung treten Rezidive bei 20-30% der Patienten auf. Die Behandlung des häufigen BPL des posterioren Bogengangs erfolgt mittels der Lagerungsmanöver nach Semont oder Epley. Ein un- oder nicht ausreichend behandelter Lagerungsschwindel ist oft verantwortlich für Stürze und für Depressionen.

Die korrekte Diagnose, welche Form eines Schwindels vorliegt, lässt sich oft durch gründliche Anamnese und mit einfachen Hilfsmitteln stellen. Wenn die eingeschlagene Therapie nicht erfolgreich ist, soll ein Spezialist hinzugezogen werden. Die unkritische Verordnung von Antivertiginosa ohne klare Indikation ist zu vermeiden.

Schlüsselwörter: Schwindel, Alter, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, orthostatischer Schwindel, Semont-Manöver, Epley-Manöver

Vertigo and dizziness in old patients: do not forget benign paroxysmal positional vertigo!

M. Djukic, R. Nau

Abstract

Approximately 1/3 of the 70-year-old and almost half of the 90-year-old persons suffer from dizziness or vertigo. These symptoms are responsible for 7-15% of falls. Syndromes of different etiology and pathogenesis can cause vertigo and dizziness, the latter being more frequent. Most frequently patients complain about dizziness after getting up from a lying position (orthostatic dizziness).

The most common cause of vertigo of the advanced age is benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). 1/3 of over 70-year-old persons are temporarily affected. BPPV is characterized by short attacks of vertigo after head movements associated with rotating nystagmus, in more severe cases accompanied by nausea. When left untreated, it persists in 30% of cases. After successful treatment, recurrences occur in 20-30% of patients. BPPV of the posterior semicircular canal, which is by far the most frequent canal affected, is treated by the manoeuvres of Epley or Semont. An un- or insufficiently treated BPPV often is responsible for falls or depression.

The correct identification of the cause of vertigo or dizziness often is achieved by a thorough medical history and with simple tools. When the chosen treatment is not successful, a specialist should be consulted. The uncritical prescription of vestibular suppressant and antiemetic drugs without a clear indication should be avoided.

Key words: vertigo, dizziness, old age, benign paroxysmal positional vertigo, orthostatic hypotension, Semont manoevre, Epley manoevre

© Hippocampus Verlag 2011

ORIGINALARBEIT M. Djukic, R. Nau

Einleitung

Schwindel gehört zu den häufigsten Beschwerden älterer Patienten. Der Begriff wird für eine Vielzahl von Befindlichkeitsstörungen verwendet, z.B. auch als Synonym für Schwäche. Ein genaues Nachfragen, ob wirklich ein Schwindel vorliegt oder ob der Patient eine andere Störung als Schwindel bezeichnet, ist deshalb zwingend erforderlich. Etwa ein Drittel der 70-Jährigen und fast die Hälfte der 90-Jährigen leiden unter Schwindel [4]. Da Schwindel im Alter so häufig ist, macht sich beim behandelnden Arzt nicht selten ein unangebrachter diagnostischer und therapeutischer Nihilismus breit. Dabei ist Schwindel im Alter alles andere als harmlos. Zwar ist die zugrunde liegende Erkrankung selbst in den meisten Fällen nicht lebensbedrohlich, jedoch ist Schwindel in 7–15% die Ursache von Stürzen [4]. Schwindel ist keine Krankheitseinheit. Ihm liegen Syndrome unterschiedlicher Ätiologie und Pathogenese zugrunde. Gemeinsam ist diesen Syndromen eine gestörte Interaktion der an der dynamischen Raumortientierung beteiligten Sinnessysteme (visuell, vestibulär, somatosensorisch) bzw. eine Affektion deren Verschaltung im Hirnstamm. Ein physiologischer Schwindel ist die Bewegungskrankheit, die durch widersprüchliche Informationen vom Gleichgewichtsorgan und den Augen ans Gehirn entsteht und häufig bei Fahrten auf hoher See oder z. B. beim Lesen auf dem Rücksitz eines Autos auftritt. Ein anderer physiologischer Schwindel ist der Höhenschwindel, der in großen Höhen Gefahr signalisiert und abgegrenzt werden muss gegen den phobischen Schwindel, der bereits bei geringer Höhe auftritt.

Systematischer und unsystematischer Schwindel

Schwindel lässt sich einteilen in systematischen Schwindel mit Dislokationsgefühl (engl. »vertigo«) und unsystematischen Schwindel ohne Dislokationsgefühl (engl. »dizziness«), wobei letzgenannter der häufigere ist. In einer populationsbasierten Untersuchung an 1087 Personen, die mindestens 72 Jahre alt waren und nicht in einem Krankenhaus lagen, klagten 261 Personen (24%) über unsystematischen Schwindel. Bei 74% dieser Personengruppe konnte der Schwindel durch mehrere Aktivitäten ausgelöst werden. Unsystematischer Schwindel war häufig mit Ängsten und Depressionen assoziiert, aber auch mit Hörminderung, Einnahme von ≥ 5 Medikamenten, orthostatischer Hypotonie, Gleichgewichtsstörungen und zurückliegendem Herzinfarkt [6]. Unsystematischer Schwindel im Stehen verdoppelt das Risiko für einzelne und wiederholte Stürze [3].

Orthostatischer Schwindel – der häufigste unsystematische Schwindel im Alter

Am häufigsten wird über Schwindel nach dem Aufrichten aus dem Liegen geklagt (17–40%) [4]. Weitere häufige Formen des unsystematischen Schwindels im Alter sind der medikamentenassoziierte Schwindel sowie durch Polyneuropathien und Sehstörungen mit verursachter Schwin-

del. Zur Diagnose des orthostatischen Schwindels ist die Blutdruckmessung im Stehen bzw. der Schellong-Test nötig (rechtzeitiger Abbruch bei orthostatischer Hypotension).

Schwindel und Medikamente

Zahlreiche Medikamente können einen meist unsystematischen Schwindel (mit)verursachen. Neben Blutdruckmitteln, die den orthostatischen Schwindel auslösen oder verstärken (besonders durch Vasodilatation wirkende Pharmaka wie adrenerge α-Blocker, Dihydralazin, Minoxidil) [8], verursachen Anticholinergika, trizyklische Antidepressiva, Tranquilizer und Hypnotika, Antiepileptika und Parkinson-Mittel häufig Schwindel. An Schwindel als Symptom einer Hypoglykämie bei zu straff eingestelltem Diabetes mellitus bzw. einer Überdosierung mit Theophyllin oder Herzglykosiden ist ebenfalls zu denken.

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel – der häufigste systematische Schwindel im Alter

Häufigster systematischer Schwindel des höheren Lebensalters ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPL): Ein Drittel aller über 70-Jährigen sind zeitweise betroffen, die Punktprävalenz steigt bis zum 80. Lebensjahr auf ca. 10% an [5, 7]. Der BPL ist gekennzeichnet durch kurze Drehschwindelattacken nach Kopfbewegungen mit gleichzeitig rotierendem Nystagmus. Typische Auslöser sind Hinlegen oder Aufrichten, Herumdrehen im Bett, insbesondere zur Seite des betroffenen Ohres, Bücken oder eine Kopfreklination. Mit Abstand am häufigsten ist einer der posterioren Bogengänge des Gleichgewichtsorgans betroffen. Der BPL tritt in 10% der Fälle beidseits auf. Zur Diagnostik des BPL des posterioren Bogenganges dient das Lagerungsmanöver nach Dix-Hallpike. Hierbei dreht der Untersucher den Kopf des vor ihm sitzenden Patienten um 45° zur betroffenen Seite. Dadurch wird der posteriore Bogengang der zu testenden Seite in der Ebene der Beschleunigungsrichtung eingestellt. Dann wird der Patient unter Beibehaltung der 45°-Kopfdrehung rasch auf den Rücken gelegt [9]. Mit einer Latenz von wenigen Sekunden tritt dann ein Drehschwindel mit vertikalem, zur Stirn schlagenden Nystagmus mit rotatorischer, zum unten liegenden Ohr gerichteter Komponente auf. Schwindel und Nystagmus klingen über 15-30s ab. Bei Wiederholung des Dix-Hallpike-Manövers nehmen Nystagmus und Schwindel typischerweise ab. Alternativ wird der Kopf des Patienten im Sitzen um 45° zur gesunden Seite gedreht, so dass der posteriore Bogengang in die koronare Ebene gedreht wird. Dann wird der Patient rasch unter Beibehaltung der Kopfstellung in der koronaren Ebene auf die kranke Seite gelagert. Der mit Drehschwindel einhergehende Nystagmus gleicht dem durch das Dix-Hallpike-Manöver ausgelösten [1]. Nach unseren Erfahrungen wird das letztgenannte Manöver, das dem Beginn des therapeutischen Semont-Manövers entspricht (Abbildung 1 A & B), von der Mehrzahl der Patienten besser toleriert.

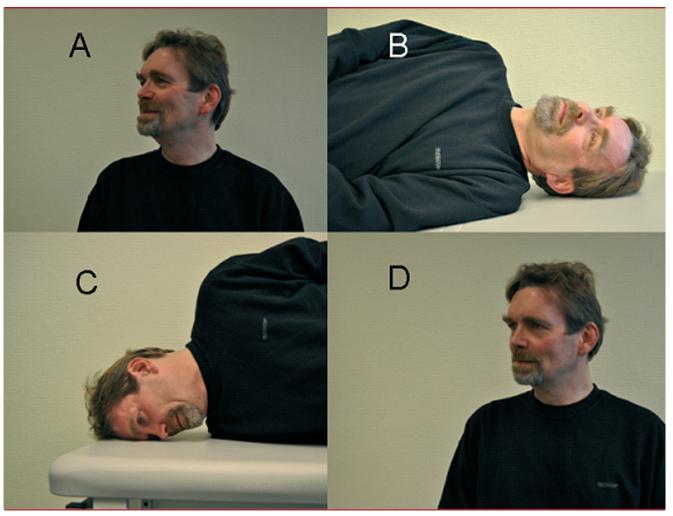


Abb. 1: Therapeutisches Lagerungsmanöver nach Semont bei einem Patienten mit linksseitigem benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel (BPL) des posterioren Bogengangs. (A) Beim sitzenden Patienten wird der Kopf um 45° zur nicht betroffenen (»gesunden«) Seite gedreht. (B) Der Patient wird nach links zum betroffenen Ohr gelagert unter Beibehaltung der Kopfposition. Dies löst eine Bewegung der Teilchen im Bogengang aus und verursacht mit einer Latenz von wenigen Sekunden einen rotierenden, erschöpflichen Nystagmus zum unten liegenden Ohr von ca. 15-30s Dauer. Diese Position soll der Patient ca. 1 Minute beibehalten. (C) Der Patient wird unter Beibehaltung der Kopfposition relativ zum Rumpf im raschen Schwung zum nicht betroffenen Ohr gelagert, so dass die Nase nach unten zeigt. Diese Position soll mindestens 1 Minute eingehalten werden. (D) Der Patient richtet sich langsam auf [2]. Die Teile (A) und (B) des Manövers werden neben dem von HNO-Ärzten bevorzugten Dix-Hallpike-Manöver zur Diagnose des BPL des posterioren Bogengangs benutzt. (Fotografie: Alessa Fleischer, Bovenden)

Bei klinischem Verdacht muss das Dix-Hallpike-Manöver bzw. das laterale Lagerungsmanöver mehrfach durchgeführt werden: ein einmaliger unauffälliger Befund schließt den BPL nicht aus [1].

Unbehandelt persistiert der BPL in 30 %, nach erfolgreicher Behandlung treten Rezidive bei 20-30% der Patienten auf. Die Behandlung des häufigen BPL des posterioren Bogengangs erfolgt mittels der Lagerungsmanöver nach Semont (Abbildung 1) oder Epley (sehr gut beschrieben auf der Homepage der Neurologischen Klinik, Charité, Berlin: http://www.charite.de/ch/neuro/klinik/patienten/krankheiten/schwindel_vertigo/vertigo.html).

Hinsichtlich des Behandlungserfolgs sind beide Manöver gleichwertig. Das Semont-Manöver ist nach unserer Erfahrung leichter zu erlernen, erfordert aber eine hohe Mobilität des Patienten und bereitet bei Oberschenkelfrakturen Probleme. Demgegenüber strapaziert das Epley-Manöver stärker die Halswirbelsäule.

Die Lagerungsmanöver müssen fortgesetzt werden, bis Schwindel und Nystagmus vollständig verschwunden sind. Ausreichend mobile Patienten trainieren wir, das Semontoder Epley-Manöver zu Hause selbst mehrfach pro Woche zur Vorbeugung von Rezidiven durchzuführen.

Ein un- oder nicht ausreichend behandelter Lagerungsschwindel ist oft verantwortlich für Stürze und für Depressionen [5].

Der seltene benigne paroxysmale Lagerungsschwindel des horizontalen Bogengangs lässt sich mit den Lagerungsmanövern nach Semont oder Epley nicht erfolgreich therapieren. Die hier erforderlichen modifizierten Lagerungsmanöver sind in der Leitlinie »Schwindel – Therapie« der Deutschen Gesellschaft für Neurologie detailliert beschrieben [2].

ORIGINALARBEIT M. Djukic, R. Nau

Andere Formen eines systematischen Schwindels im Alter

Neben dem BPL führen Hirnstamm-Affektionen insbesondere auf dem Boden einer Ischämie im Alter nicht selten zu systematischem Schwindel. Ein durch Ischämie induzierter Schwindel kann unter anderem durch eine Kopfbewegung ausgelöst werden, wenn die Kopfbewegung zum temporären Verschluss oder zur hochgradigen Einengung einer oder beider Vertrebralarterien führt. Im Unterschied zum BPL, der spätestens 30s nach Verharren in der neuen Lage sistiert, persistieren beim »rotational vertebral artery occlusion syndrome« Schwindel und Nystagmus so lange, wie der Patient in der die zerebrale Blutversorgung beeinträchtigenden Lage verharrt [1].

Auch im Alter kann eine Neur(on)itis vestibularis auftreten, die die häufigste Ursache eines systematischen Schwindels beim jüngeren Patienten darstellt. Die Neuritis vestibularis ist in der Akutphase durch einen heftigen Drehschwindel mit Erbrechen und mit horizontal-rotierendem Spontannystagmus (= Nystagmus in Ruhe) gekennzeichnet. Wird die Neuritis nicht erkannt und ein Patient mit dieser Erkrankung nach Epley oder Semont gelagert, reagiert er oft mit Erbrechen auf diese zusätzliche Belastung. Die Symptome klingen langsam über zwei bis vier Wochen ab. In der Akutphase können Antivertiginosa verordnet werden, wobei bei alten Menschen stark anticholinerg wirkende Pharmaka vermieden werden müssen. Die Gabe von Glukokortikoiden (Methylprednisolon 100 mg/d initial) verbessert die Erholung der Funktion des befallenen Vestibularorgans. Krankengymnastik zur Förderung der zentralen Kompensation ist indiziert [2].

Der M. Menière manifestiert sich typischerweise zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Er ist charakterisiert durch zwei oder mehr Drehschwindelattacken von 20 Minuten Dauer oder länger, begleitet von einseitigem Tinnitus und Schwerhörigkeit im betroffenen Ohr. Tinnitus und Schwerhörigkeit persistieren in der Regel, nachdem mehrere Attacken aufgetreten sind. Zu Attacken kann es bis ins hohe Alter kommen. Betahistin in hohen Dosen reduziert die Häufigkeit der Attacken [2].

Hinzuziehen von Spezialisten

Die korrekte Diagnose, welche Schwindelform vorliegt, lässt sich in zahlreichen Fällen durch gründliche Anamnese und klinische Untersuchung mit einfachen Hilfsmitteln stellen. Wenn die eingeschlagene Therapie nicht erfolgreich ist, soll ein Spezialist hinzugezogen werden. Die unkritische Verordnung von Antivertiginosa ohne klare Indikation ist zu vermeiden.

Fazit

Schwindel gehört zu den häufigsten Beschwerden älterer Patienten. Besteht ein Schwindel mit Dislokationsgefühl, ist die Ursache am häufigsten der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPL). Nach dieser Erkrankung muss mit den geeigneten Lagerungsmanövern, bei negativem Befund bei der Erstuntersuchung wiederholt, gefahndet werden. Die Behandlung muss bis zum vollständigen Verschwinden des BPL durchgeführt werden. Bei ausreichend mobilen Patienten empfiehlt es sich, sie zur Vorbeugung eines Rezidivs anzuleiten, die Lagerungsmanöver selbstständig durchzuführen.

Literatur

- 1. Brandt T, Dieterich M, Eckhardt-Henn A, Hamann KF, Lempert T, Poewe W, Straumann D, Strupp M. Schwindel - Diagnostik. In: Diener HC, Putzki N (Hg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York 2008, 512-527.
- 2. Brandt T, Dieterich M, Eckhardt-Henn A, Hamann KF, Lempert T, Poewe W, Straumann D, Strupp M. Schwindel - Therapie. In: Diener HC, Putzki N (Hg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York 2008, 528-546.
- 3. Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HM, Bezemer PD, Bouter LM, Lips P. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. Am J Epidemiol 1996; 143: 1129-1136.
- 4. Jönsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. J Vestib Res 2004; 14: 47-52.
- 5. Oghalai JS, Manolidis S, Barth JL, Stewart MG, Jenkins HA. Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122: 630-634.
- 6. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann Intern Med 2000; 132: 337-344.
- 7. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78: 710-715.
- Wehling M, Burkhardt H. Arzneitherapie für Ältere. Springer, Berlin/ Heidelberg, 42-55.
- Wiest G, Deecke L. Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004; 5: 24-

Danksagung

Die Autoren danken Alessa Fleischer, Bovenden, für die Anfertigung der Fotografien.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Roland Nau

Geriatrisches Zentrum, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende und Abteilung Neuropathologie, Universitätsmedizin Göttingen An der Lutter 24

37075 Göttingen E-Mail: rnau@gwdg.de