

Der Ophthalmologe

Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

**Elektronischer Sonderdruck für
P. Franko Zeitz**

Ein Service von Springer Medizin

Ophthalmologe 2013 · 110:39–40 · DOI 10.1007/s00347-012-2727-4

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

P. Franko Zeitz

Schwindel

Ophthalmologisches Addendum

Schwindel

Ophthalmologisches Addendum

Ein Großteil der Schnittmenge von Schwindel und Augenheilkunde befindet sich am neuroophthalmologischen Interface. Dieser Teil wurde detailliert im vorherigen Beitrag (Strupp M, Walther LE, Eckhardt-Henn A, Franko Zeitz P; Diagnose von Schwindel mit besonderem Blick auf Augenbewegungsstörungen) erläutert. Es verbleibt eine heterogene Gruppe erwähnenswerter ophthalmologischer Aspekte, die hier als Addendum zusammengefasst sind.

Pointiert ausgedrückt, leidet ein Patient, den Schwindel zum Augenarzt führt, nie an „echtem“ Schwindel, sollten die Augen wirklich die Ursache des Problems sein. Daher sollte für den Augenarzt an erster Stelle immer die Frage stehen, ob der Patient an Schwindel im engeren Sinne („Vertigo“ – das Gefühl, als würde sich die Umwelt um einen herum drehen) leidet oder ob er zwar von Schwindel spricht, aber diffusere Beschwerden wie ein gestörtes Gleichgewichtsgefühl, ein Benommenheitsgefühl, eine Gang- und Standunsicherheit oder Probleme in der räumlichen Orientierung meint.

» Echter Vertigo deutet auf ein peripher-vestibuläres oder ein zentrales Problem hin

Während echter Vertigo auf ein peripher-vestibuläres oder ein zentrales Problem hindeutet, können letztere Beschwerden durch eine Vielzahl ophthalmologischer Befunde hervorgerufen werden: Die Bandbreite reicht von Erkrankungen mit Auswirkung auf die Motilität (z. B. Hirn-

nervenparesen, endokrine Orbitopathie, Orbitafrakturen) über Refraktionsprobleme (z. B. Gleitsichtbrillenunverträglichkeit, Anisometropie nach Kataraktoperation des ersten Auges), Veränderungen der optischen Medien (Keratokonius) bis hin zu retinalen Veränderungen (vor allem solche, die Metamorphopsien verursachen, wie z. B. die Chorioretinopathie centralis serosa). Diffuse Beschwerden ohne Vertigocharakter schließen allerdings genuine Schwindelerkrankungen keinesfalls aus.

» Bei „visuellem Schwindel“ sind visuelle Trigger ursächlich für den Schwindel

Im Englischen wird der Unterscheidung der Schwindelqualitäten terminologisch durch die Begriffe „vertigo“ und „dizziness“ Rechnung getragen, im Deutschen wird beides als Schwindel vermerkt: „Vertigo“ entspricht dem „Drehschwindel“, „dizziness“ entspricht eher dem „Schwankschwindel“, die Begriffe sind aber nicht exakt bedeutungsgleich. Zu bedenken ist, dass viele Patienten im Rahmen der Anamnese ihre Beschwerden nicht eindeutig einer Schwindelqualität zuordnen können oder diese sogar falsch einordnen. Daher halten einige Autoren die Unterscheidung für nicht zielführend. Nichtsdestotrotz kann eine eindeutige Zuordnung gerade im klinischen Alltag von hohem Wert sein.

Die heterogene Gruppe „visueller Schwindel“, auch irreführend „visueller Vertigo“ genannt, wird darüber definiert, dass visuelle Trigger ursächlich für den Schwindel sind. In diese Gruppe gehören beispielsweise der Höhenschwindel

und der physiologische Schwindel durch optokinetische Stimulation [1, 2]. Der Begriff „visueller Vertigo“ (im Englischen: „visual vertigo“) ist irreführend, da auch Schwindelbeschwerden ohne Vertigocharakter (z. B. durch Doppelbilder) zu dieser Gruppe gezählt werden.

Visuell bedingter Vertigo im engeren Sinne wird ausgelöst durch 2 grundlegende Mechanismen [3, 4]:

- eine mangelnde Übereinstimmung („mismatch“) der visuellen Informationen mit den Informationen des Vestibularapparates („visuovestibular conflict“) und der Haltungskontrolle, beispielsweise wenn beim Lesen während einer Autofahrt das Vestibularorgan eine Bewegung registriert, aber die Augen einen Stillstand suggerieren,
- einen Überfluss an visueller Information, wie er etwa beim Fahren durch eine Allee mit Bäumen entsteht.

Anders als peripher-vestibuläre Veränderungen können peripher okuläre Veränderungen zwar keinen Vertigo auslösen, Brandt und Dieterich [5] konnten aber beobachten, dass durch eine Parese mit Einschränkung der äußeren Augenmuskeln auch zentrale Schwellenveränderungen für die Wahrnehmung von Bewegungen auftreten.

Multidisziplinäre Syndrome, bei denen Schwindel kombiniert mit okulären Veränderungen auftritt, sind zwar selten, hier kann dem Ophthalmologen aber die entscheidende Position in der Diagnosestellung zukommen: In diesem Zusammenhang sind vor allem der Morbus Behçet [6], das Cogan-Syndrom (Cogan I; [7]), das Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom [8] und die Phakomatosen [9] zu erwähnen.

Ophthalmologie 2013 · 110:39–40
DOI 10.1007/s00347-012-2727-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

P. Franko Zeitz

Schwindel. Ophthalmologisches Addendum

Zusammenfassung

Die Hauptaufgabe des Augenarztes bei der interdisziplinären Schwindelabklärung liegt in der Untersuchung der Augenbewegungen und dem Ausschluss zentraler Augenbewegungsstörungen. Weitere neuroophthalmologische Untersuchungen (Pupillenreaktionen, Papille) können unspezifische, aber hilfreiche Befunde liefern. Zudem kann der Augenarzt bei bestimmten disziplinübergreifenden Erkrankungen (z. B. Cogan I, Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom, Morbus Behçet) wegweisende Augenveränderungen erkennen. Okuläre Veränderungen verursachen keinen Schwindel im engeren Sinne (Vertigo), aber eine Vielzahl diffuser Beschwerden, die von manchen Patienten als Schwindel bezeichnet werden.

Schlüsselwörter

Schwindel · Differenzialdiagnose · Augenarzt · Augenheilkunde · Visueller Schwindel

Vertigo and dizziness. Ophthalmological addendum

Abstract

The ophthalmologist's main task in the interdisciplinary approach to vertigo is the examination of ocular motility to rule out central ocular motility disorders. Further neuro-ophthalmological examinations (e.g. pupil reactions and optic disc) may provide unspecific findings that can be helpful. The ophthalmologist may be able to deliver puzzle-solving key findings in some multidisciplinary diseases (e.g. Cogan I, Vogt-Koyanagi-Harada disease and Behçet's disease). Ocular alterations do not cause vertigo but a variety of more diffuse complaints that some patients refer to as vertigo.

Keywords

Vertigo · Dizziness · Differential diagnosis · Ophthalmology · Visual vertigo

Weiterhin kann der Augenarzt durch Untersuchung der Pupillenreaktionen und der Papille unspezifische, aber im interdisziplinären Kontext hilfreiche Befunde liefern.

Fazit für die Praxis

- Okuläre Veränderungen können diffuse Beschwerden in der Sehqualität, räumlichen Orientierung, Gang- und Standsicherheit und im Gleichgewichtsgefühl verursachen, die von Patienten unter dem Begriff „Schwindel“ subsumiert werden.
- Vertigo wird hingegen durch peripher vestibuläre oder zentrale Veränderungen bedingt.

Korrespondenzadresse



Dr. P. Franko Zeitz

Praxis Zeitz Franko Zeitz
Blumenstr. 11-13, 40212 Düsseldorf
info@zeitzfrankozeitz.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Brandt T (1999) Vertigo: its multisensory syndromes, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
2. Bronstein AM, Lempert T (2007) Dizziness: a practical approach to diagnosis and management. Cambridge University Press, Cambridge
3. Guerraz M, Yardley L, Bertholon P et al (2001) Visual vertigo: symptom assessment, spatial orientation and postural control. Brain 124(Pt 8):1646–1656
4. Bronstein AM (2004) Vision and vertigo: some visual aspects of vestibular disorders. J Neurol 251(4):381–387
5. Dieterich M, Brandt T (1987) Impaired motion perception in congenital nystagmus and acquired ocular motor palsy. Clin Vision Sci 4:337–345
6. Kidd D, Steuer A, Denman AM, Rudge P (1999) Neurological complications in Behçet's syndrome. Brain 122(Pt 11):2183–2194
7. Oldenski R (1993) Cogan syndrome: autoimmune-mediated audiovestibular symptoms and ocular inflammation. J Am Board Fam Pract 6(6):577–581
8. Damico FM, Kiss S, Young LH (2005) Vogt-Koyanagi-Harada disease. Semin Ophthalmol 20(3):183–190
9. Kerrison JB (2000) Neuro-ophthalmology of the phacomatoses. Curr Opin Ophthalmol 11(6):413–420

Ärzte rufen zu regelmäßigen Augenuntersuchungen auf

Ab dem 40. Lebensjahr sollte alle 2 Jahre eine augenärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt werden. Dazu riefen Augenärzte im Rahmen der bundesweiten Woche des Sehens auf, die jährlich im Herbst stattfindet. Das diesjährige Motto lautete: „Wir sehen uns – lieber früher als später“. Regelmäßige Untersuchungen beim Augenarzt sind wichtig, um eine spätere Sehbehinderung oder Erblindung zu vermeiden. Je früher Augenkrankheiten diagnostiziert werden, desto besser lassen sie sich behandeln.

Von der Frühdiagnose profitieren besonders ältere Menschen: Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für verschiedene Augenerkrankungen, die unbehandelt zur Erblindung führen. Die häufigsten sind Grauer Star, Grüner Star (Glaukom), diabetische Netzhauterkrankungen und altersabhängige Makula-Degeneration (AMD). Während der Graue Star in jedem Stadium heilbar ist, können Augenärzte bei Glaukom und AMD nur das weitere Fortschreiten der Erkrankung stoppen. Schäden, die bis zur Diagnose eingetreten sind, lassen sich nicht heilen. Besonders tückisch ist der schmerzlose Verlauf des Glaukoms. Wenn die Betroffenen erste Seheinschränkungen bemerken, ist die Krankheit schon weit fortgeschritten.

Der Aufruf zur regelmäßigen augenärztlichen Kontrolle richtet sich auch besonders an Diabetiker. Die Diabetische Retinopathie kann vom Augenarzt diagnostiziert und behandelt werden, bevor der Patient selbst die Symptome wahrnimmt.

*Quelle: Christoffel-Blindenmission e.V.,
Bensheim,
www.woche-des-sehens.de*