

Der Ophthalmologe

Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

**Elektronischer Sonderdruck für
P. Franko Zeitz**

Ein Service von Springer Medizin

Ophthalmologe 2013 · 110:5–6 · DOI 10.1007/s00347-012-2572-5

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

P. Franko Zeitz · M. Strupp

Schwindel aus interdisziplinärer Sicht

Schwindel aus interdisziplinärer Sicht

In Klinik und Praxis ist Schwindel eines der häufigsten Leitsymptome. In den letzten 25 Jahren hat sich auf diesem Gebiet diagnostisch und therapeutisch sehr viel bewegt: Es wurden neue Krankheiten beschrieben wie die vestibuläre Migräne [1], die zu den 5 häufigsten Schwindelursachen zählt, die Vestibularisparoxysmie [2] und das sog. „superior canal dehiscence syndrome minor“ [3]. Neue Diagnoseverfahren wurden erarbeitet wie der Kopfpulstest zur Testung der Bogengangsfunktion – auch mittels Videookulographie [4] – oder die vestibulär evozierten Potenziale zur Testung der Otolithenorgane [5, 6]. Schließlich wurden neue medikamentöse Behandlungsformen etabliert, wie z. B. Steroide bei der akuten Neuritis vestibularis [7], Hochdosis- und Langzeittherapie mit Betahistin beim Morbus Menière [8], Carbamazepin bei der Vestibularisparoxysmie oder Aminopyridine beim Downbeat-Nystagmus, Upbeat-Nystagmus und bei der episodischen Ataxie Typ 2 sowie bei zerebellären Gangstörungen (Übersicht in [9]).

Schwindel ist eines der genuin interdisziplinären Gebiete in der Medizin. Anders als in Bereichen, wo der Begriff „interdisziplinär“ zwar gerne genutzt wird, aber eigentlich ein paralleler multidisziplinärer Ansatz ohne nennenswerte interdisziplinäre Interaktion gemeint ist, liegen viele Ursachen für Schwindel an der Schnittstelle mehrerer Disziplinen: Paradigmatisch ist hier der vestibulookuläre Reflex (VOR), der anschaulich die Interaktion zwischen Ohr, Auge/Augenbewegungen und zentralem Nervensystem darstellt. Außerdem agiert Schwindel in gewisser Weise selbst interdisziplinär, indem er „vom Organischen in die

Psyche wechselt“: Der sekundäre somatoforme Schwindel ist ein psychogener Schwindel, der in Folge von primär organischen Schwindelerkrankungen wie etwa dem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, Morbus Menière oder vestibulärer Migräne auftritt. Er gehört zur häufig für Schwindel ursächlichen (und trotzdem vermutlich immer noch zu selten diagnostizierten) Gruppe der somatoformen Beschwerden [10, 11]. Er unterscheidet sich charakteristisch vom vorhergehenden primären Schwindel, ist aber nicht immer einfach abzugrenzen, da die Bandbreite der vom Patienten geschilderten Symptome sowohl für viele primäre Erkrankungen als auch für den sekundären somatoformen Schwindel groß ist.

» In der Schwindeldiagnostik hat die Anamnese eine zentrale Bedeutung

Hiermit ist auch schon eines der Hauptprobleme in der Schwindeldiagnostik umrissen: Dass eine sorgfältige Anamnese der Schlüssel zur richtigen Diagnose ist, darf man quer durch alle Fachrichtungen als gern zitierte Binsenweisheit betrachten. In der Schwindeldiagnostik allerdings hat die Anamnese wirklich eine zentrale Bedeutung – etwa zwei Drittel aller Schwindelursachen lassen sich nach einer gezielten Anamnese schon mit hoher Wahrscheinlichkeit vermuten. Ganz einfach deshalb, weil – wie beim Kopfschmerz – die diagnostischen Kriterien im Wesentlichen auf den anamnestischen Angaben beruhen. Entsprechend können die Bandbreite der geschilderten Symp-

tome und die Vielzahl scheinbar untypischer Verläufe gerade an dieser entscheidenden Schlüsselstelle für Unsicherheit sorgen. Umso wichtiger ist es, die Anamnese systematisch durchzuführen und insbesondere nach Art des Schwindels, der Dauer, den Auslösern und Begleitsymptomen zu fragen.

In den Beiträgen werden aus Sicht der HNO, Neurologie, Augenheilkunde und Psychosomatik in einheitlicher Weise die jeweils häufigsten Schwindelsyndrome mit typischer Anamnese, typischen Befunden, Differenzialdiagnosen und der aktuellen Therapie beschrieben. So entsteht sowohl ein Überblick als auch eine Darstellung der Schnittmenge der verschiedenen Sichtweisen, um so den notwendigen interdisziplinären diagnostischen und therapeutischen Ansatz zu verdeutlichen.

Philipp Franko Zeitz

Dr. Philipp Franko Zeitz

Michael Strupp

Prof. Dr. Michael Strupp

Korrespondenzadresse



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

Literatur

- Dieterich M, Brandt T (1999) Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? J Neurol 246(10):883–892
- Brandt T, Dieterich M (1994) Vestibular paroxysmia: vascular compression of the eighth nerve? Lancet 343(8900):798–799
- Minor LB, Solomon D, Zinreich JS, Zee DS (1998) Sound- and/or pressure-induced vertigo due to bone dehiscence of the superior semicircular canal. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 124(3):249–258
- Bartl K, Lehnen N, Kohlbecher S, Schneider E (2009) Head impulse testing using video-oculography. Ann NY Acad Sci 1164:331–333
- Rosengren SM, Welgampola MS, Colebatch JG (2010) Vestibular evoked myogenic potentials: past, present and future. Clin Neurophysiol 121(5):636–651
- Walther LE, Schaaf H, Sommer D, Hörmann K (2011) Air conducted ocular VEMP: I. Determination of a method and application in normal patients. Laryngorhinootologie 90(7):410–415
- Strupp M, Zingler VC, Arbusow V et al (2004) Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. N Engl J Med 351(4):354–361
- Strupp M, Hupert D, Frenzel C et al (2008) Long-term prophylactic treatment of attacks of vertigo in Meniere's disease – comparison of a high with a low dosage of betahistamine in an open trial. Acta Otolaryngol 128(5):520–524
- Strupp M, Thurtell MJ, Shaikh AG et al (2011) Pharmacotherapy of vestibular and ocular motor disorders, including nystagmus. J Neurol 258(7):1207–1222
- Eckhardt-Henn A, Tschan R, Best C, Dieterich M (2009) Somatoform vertigo syndrome. Nervenarzt 80(8):909–917
- Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S et al (2008) Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. J Neurol 255(3):420–428



Der Ophthalmologe bietet Ihnen jeden Monat umfassende und aktuelle Beiträge zu interessanten Themenschwerpunkten aus allen Bereichen der Ophthalmologie.

Möchten Sie ein bereits erschienenes Heft nachbestellen? Einzelne Ausgaben können Sie direkt bei unserem Kundenservice zum Preis von je EUR 36,- zzgl. Versandkosten beziehen:

2012

- 01/12 Smartphones in der Augenheilkunde
- 02/12 Therapieansätze bei erblichen Netzhautdystrophien
- 03/12 Ophthalmologische Therapie in der Schwangerschaft
- 04/12 Funktionelle Glaukomdiagnostik
- 05/12 Lidchirurgie
- 06/12 Morbus Behçet
- 07/12 Submakuläre Blutung
- 08/12 Myope Makuladegeneration
- 09/12 Oberflächenrekonstruktion bei Limbusstammzellinsuffizienz
- 10/12 Pseudoexfoliation
- 11/12 Konservanzien in Ophthalmika
- 12/12 Frühgeborenenretinopathie

2013

- 01/13 Schwindel aus interdisziplinärer Sicht
- 02/13 Flimmerperimetrie
- 03/13 Ophthalmologische Epidemiologie und Versorgungsforschung
- 04/13 Aktuelle chirurgische Therapie der Glaukome
- 05/13 Keilbeinmeningiom
- 06/13 Erkennen und vermeiden von Komplikationen in der Hornhautchirurgie
- 07/13 Implantate bei Glaukom
- 08/13 Kontaktlinsen
- 09/13 Frühdiagnose und stadiengerechte Therapie des Keratokonus
- 10/13 Aktuelle Medikamentöse Therapie und Verlaufsbeobachtung bei Glaukomen
- 11/13 Scheimpflug-Verfahren
- 12/13 Pharmakokinetik und -dynamik in der Augenheilkunde

So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer Customer Service Center GmbH
 Kundenservice Zeitschriften
 Haberstr. 7
 69126 Heidelberg
 Tel.: +49 6221 345-4303
 Fax: +49 6221 345-4229
 E-Mail: leserservice@springer.com

www.DerOphthalmologe.de