Statement:

**Dr. Katharina Meng**

Leiterin der Schwindelambulanz der HNO-Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Süd – Kaiser Franz Josef Spital, Wien

**Häufige Schwindelformen im HNO Bereich**

Schwindel zählt zu den wichtigsten Leitsymptomen der Medizin und zu den häufigsten Gründen für einen ambulanten Arztbesuch überhaupt. Ungefähr jeder Sechste unter 20, fast jeder Zweite bis zum 80. Lebensjahr wurde schon einmal mit dieser Problematik konfrontiert. Dabei ist Schwindel keine eigenständige Erkrankung, er kann Ausdruck von verschiedensten Problemen im Körper darstellen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen (Interne Medizin, Neurologie, Orthopädie...) ist zur Abklärung essentiell, wobei dem HNO Arzt eine wichtige Rolle zufällt, da dieser meist Erstbegutachter ist.

Das Symptom Schwindelwird als das subjektive Gefühl von Scheinbewegungen des Körpers (ich schwanke) bzw. der Umwelt (alles dreht sich) definiert. Es handelt sich um eine fehlerhafte Reizverarbeitung der Sinnesorgane, die für die Berechnung des Gleichgewichts zuständig sind. Dazu gehören vor allem das Gleichgewichtsorgan selbst, das Auge und die Muskelsensoren. Stimmen die Informationen nicht überein, reagiert das Gehirn mit dem Signal Schwindel. Unterschiedliche Krankheiten können zu so einer fehlerhaften Reizverarbeitung führen. Am häufigsten betroffen ist das Gleichgewichtsorgan selbst, welches sich im Innenohr befindet. Die am meisten auftretenden Schwindelerkrankungen im otologoischen Bereich sind der gutartige Lagerungsschwindel, die Neuritis vestibularis und der Morbus Menière. Daneben führen oft psychische Schwindelsyndrome (Depression) zu Schwindel, sowie internistische und neurologische Erkrankungen, Aber auch Verspannungen und Bandscheibenprobleme können Schwindelgefühle verursachen. Im zunehmenden Alter treten all diese Schwindelerkrankungen gehäuft auf.

**Der gutartige Lagerungsschwindel** (BPLS – benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)

ist die häufigste anfallsartige Schwindelform. Betroffen sind vor allem Menschen ab dem 50. Lebensjahr, allerdings können auch Kinder diese Erkrankung bekommen. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer, ein Zusammenhang mit dem Hormonhaushalt wird diskutiert. Grob kann man sagen, dass ab dem 70. Lebensjahr schon jeder Dritte einmal einen Lagerungsschwindel hatte.

Zugrunde liegen dem Schwindel die sog. Kristalle im Ohr, die auch als Ohrsteine (Otolithen/Otokonien) bezeichnet werden. Diese Steinchen sind essentiell für die Weitergabe an Gleichgewichtsinformationen an die Sinneszellen, jeder Mensch besitzt sie. Normalerweise sind diese Otolithen an einer bestimmten Stelle des Gleichgewichtsorganes fest verankert, nämlich an dem Ort, an dem die Gravitation gemessen wird. Lösen sich Teile daraus, dann besteht die Gefahr, dass diese, vor allem während des Schlafens, in einen anderen Teil des Gleichgewichtsorganes rutschen, nämlich dorthin wo Drehbewegungen gemessen werden. Ist dies der Fall, reizen die Kristalle die Sinneszellen der Drehsensoren und es wird uns schwindelig.

Typischerweise empfinden wir diesen anfallsartigen Drehschwindel bei Bewegung, vor allem nach dem Aufstehen, Bücken oder beim Umdrehen im Bett. Das ist deshalb so lageabhängig, da die losen Steinchen sich immer dann bewegen, wenn wir uns bewegen und dadurch kann es zu vermehrter Reizung der Drehsensoren kommen. Diagnostiziert wird der Lagerungsschwindel mithilfe von speziellen Übungen auf der Liege, bei denen der Arzt/die Ärztin durch Beobachtung der Augen des Patienten die Lage der Steinchen im Innenohr feststellen kann.

Die gute Nachricht ist, dass diese Schwindelerkrankung meist von alleine wieder verschwindet, und oft auch nach nur wenigen Tagen, weshalb sie eben gutartiger Lagerungsschwindel genannt wird. Die Steinchen finden quasi den „Ausgang“ und fallen wahrscheinlich dorthin zurück, wo sie hergekommen sind. Ist dem nicht so, müssen spezielle Lagerungsmanöver durchgeführt werden, um die Steinchen aus dem falschen Teil des Gleichgewichtsorganes in den richtigen zurückzubefördern. Diese Übungen sollten mehrmals täglich durchgeführt werden. Medikamentöse Therapie ist bei dieser Art von Erkrankung nicht zielführend.

Die meisten Fälle des Lagerungsschwindels sind idiopathisch, das heißt man kennt die genaue Ursache nicht. Risikofaktoren sind unter anderem Stürze auf den Kopf, lange Bettruhe, hohes Alter, Osteoporose und Vitamin D Mangel. Zur Vorbeugung dient demnach viel Bewegung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und gegebenenfalls der Ausgleich eines Vitamin D Mangels durch Tropfen. Da allerdings die Ursache selten klar ist, lässt sich auch damit ein Lagerungsschwindel nicht zu 100 Prozent vermeiden.

**Die Neuritis vestibularis**

Der einseitige Ausfall des Gleichgewichtsorganes – die Neuritis vestibularis – gehört zu den häufigsten Schwindelerkrankungen in HNO-Notfallambulanzen. Sie tritt bevorzugt im Erwachsenenalter zwischen 30 und 60 Jahren auf – bei Männern und Frauen gleich häufig. Sie kann aber auch bei älteren Patienten vorkommen. Bei Kindern ist dieses Krankheitsbild selten zu beobachten.

Grund für die Problematik dürfte eine Entzündung des Gleichgewichtsnerves sein, der dadurch in seiner Funktion eingeschränkt wird. Die Weiterleitung wesentlicher Information zum Gehirn funktioniert dann plötzlich nicht mehr, das Resultat ist ein massiver Drehschwindel mit typischem Augenzittern und starker Übelkeit. Als Erkennungsmerkmal für die Neuritis ist für den Untersucher das Augenzittern, der sogenannte Nystagmus entscheidend. Der Nystagmus entsteht dadurch, dass bei akutem einseitigen Ausfall eines Gleichgewichtsorganes auch ein wichtiger Reflex verschwindet: der Vestibulookuläre Reflex, kurz VOR genannt. Es handelt sich dabei um eine Verschaltung zwischen Auge und Gleichgewichtssinn, durch die wir trotz Bewegung des Kopfes ein Ziel stabil fixieren können. Funktioniert diese Verbindung nicht mehr, dann fangen die Augen an zu zittern. Das hält solange an, bis sich das Gehirn an die Situation gewöhnt und die Informationen der Gleichgewichtsorgane neu verarbeitet. Diagnostiziert wird der Ausfall am Krankenbett mittels Überprüfung des VOR durch kurze, schnelle Kopfdrehungen (sogenannter Kopfimpulstest), bei denen der Patient einen Punkt fixieren muss. Dies ist Mittlerweile auch mit Videodokumentation möglich (vKIT- Videokopfimpulstest).

Manchmal erholt sich das Gleichgewicht sehr rasch, manchmal bleibt es stumm. Trotzdem ist die Prognose dieser Erkrankung gut, da das Gehirn, obwohl das ausgefallene Gleichgewichtsorgan auf einer Seite vielleicht nicht mehr anspringt, das Defizit gut kompensieren kann. Typischerweise sind die schlimmsten Schwindelprobleme nach 1-2 Wochen vorbei. Wichtig dafür ist allerdings, dass man dem Gehirn auch genügend Impulse für die Neuberechnung gibt, weshalb es entscheidend ist, so schnell wie möglich viel Bewegung zu machen. Zusätzlich ist eine Therapie mit Cortison hilfreich, da es die Krankheitsdauer entscheidend verkürzen kann. Eine antivirale Therapie ist nicht hilfreich. Warum der Nerv sich entzündet ist noch nicht ganz geklärt, vermutet wird eine Infektion mit Herpesviren oder auch eine lokale Durchblutungsstörung. Ein Zusammenhang mit Stress ist wahrscheinlich, allerdings gibt es keine speziellen Maßnahmen, mit der sich diese Erkrankung verhindern lässt.

**Morbus Menière**

Der Morbus Menière ist eine multifaktorielle Erkrankung, benannt nach dem französischen Ohrenarzt Prosper Menière, der 1861 die Symptomen-Trias Schwindel, Hörstörung und Tinnitus erstmals zusammenfasste. Vor der Erkenntnis, dass das Innenohr den Ursprung für Schwindelattacken darstellt, dachte man, es sei eine Form der Epilepsie, die durch einen Blutstau entstünde und mit Aderlass zu behandeln wäre. Diese Vorstellung wurde durch das Wissen über Anatomie und Physiologie des Innenohrs nach den Erläuterungen Menière’s widerlegt und aufgegeben.

Der Morbus Menière ist definiert durch rezidivierende Drehschwindelattacken, welche von typischen Ohrsymptomen wie Tinnitus, Ohrdruck oder Hörminderung, vor allem im Bereich der tiefen Töne, begleitet werden. Meistens kündigen sich die Anfälle durch diese Ohrsymptome individuell an, allerdings können die Attacken auch plötzlich und ohne Frühsymptome auftreten. Auch beim Menière gibt es das typische Augenzittern, da es im Rahmen der Drehschwindelattacke zum Ausfall eines Gleichgewichtorgans kommt, meist auf einer Seite. Typischerweise sind die Patienten zwischen 40 und 60 Jahre alt, Frauen sind etwas häufiger betroffen, Kinder erkranken selten. In ca. 20% der Fälle betrifft der Menière im weiteren Krankheitsverlauf beide Ohren.

Eine typische Menièreattacke dauert von 20 min bis zu 12 Stunden. Es ist sehr unterschiedlich wie oft Patienten diese Attacken bekommen – bei manchen treten sie nur halbjährlich, bei manchen fast täglich auf. Typischerweise hören die Schwindelattacken nach einiger Zeit von selbst wieder auf, im Schnitt nach etwa 5 Jahren. Meistens leidet das Hören im Tieftonbereich sehr unter dieser Erkrankung, viele Patienten haben starke Hörverluste, auch kann man dabei Ertauben. Meist geschieht dies auch über die Jahre schleichend, es kann aber während den Attacken zu sprunghafter Verschlechterung kommen. Warum das Gleichgewichtsorgan beim Morbus Menière plötzlich überreizt wird oder ausfällt, ist noch nicht gänzlich geklärt. Man weiß, dass Patienten mit dieser Erkrankung ein Problem mit den Flüssigkeiten des Innenohres haben. Alle Erkrankten weisen einen sogenannten Hydrops der Endolymphe auf. Die Endolymphe ist eine abgekapselte Flüssigkeit im Innenohr, die sich in Ihrer Zusammensetzung deutlich von der umgebenden unterscheidet. Beim Hydrops dieser Flüssigkeit bläht sich die Kapsel stark auf und verursacht ein Ungleichgewicht zugunsten der Endolymphe. Warum es zum Hydrops kommt ist unklar. Ein Problem in der Druckregulation, der Durchblutung, im Abtransport der Flüssigkeiten aber auch immunologische Ursachen werden diskutiert.

Zur Auslösung der Drehschwindelattacken gibt es aufgrund dieser Erkenntnisse verschiedenste Theorien. Die bekannteste ist, dass bei maximaler Dehnung der Endolymphsack einreißt und sich mit der Umgebungsflüssigkeit, der sogenannten Perilymphe, vermischt. Dies führt zu einem Elektrolytaustausch und zur Reizung, in weiterer Folge zum Ausfall des Gleichgewichts auf dieser Seite. Eine andere Erklärung wäre eine Minderdurchblutung, da der aufgeblähte Endolymphschlauch auch Gefäße abdrücken könnte. In diese Richtung geht auch die Vermutung, dass Menière und Migräne einen ähnlichen Krankheitsursprung haben könnten, nämlich eine kurzzeitig geringere Durchblutungssituation. Zum Menière gibt es unterschiedlichste Therapiekonzepte – medikamentös, minimal invasiv (Spritze ins Mittelohr) und chirurgisch (Operationen am Mittel-/Innenohr). Je nach klinischem Bild, beziehungsweise Leidensdruck des Patienten muss die Therapie individuell gestaltet werden.