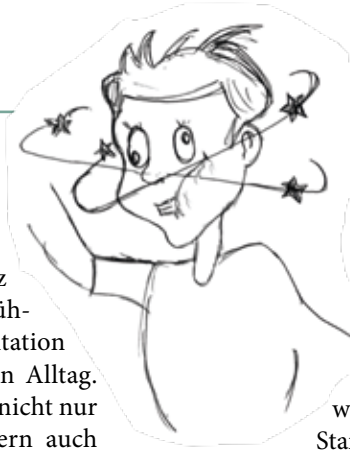


Vestibulärer Schwindel: peripher oder zentral?



Schwindel ist häufig. Mit einer Inzidenz von etwa 11 %¹ ist Schwindel eines der führenden zehn Leitsymptome² zur Konsultation von ärztlichem Personal im medizinischen Alltag. In vielen Fällen geht er für die Betroffenen nicht nur mit einem enormen Leidensdruck, sondern auch mit einer Einschränkung des alltäglichen Lebens einher.

Schwindel ist dabei jedoch keine Diagnose, sondern ein Symptom unterschiedlichster Erkrankungen. Er kann nicht nur vom Innenohr, sondern auch vom Hirnstamm oder dem Kleinhirn ausgehen. Ebenso gibt es psychische Ursachen, die zu akuter oder chronischer Schwindelsymptomatik führen können. Die zeitkritischste Ursache für Schwindel ist der akute Schlaganfall.²

Die Ursachen von Schwindel lassen sich in vier schwindelassoziierte Syndrome einteilen.² So kann

der Ursprung des Schwindels im (1) zentralen oder im (2) peripheren vestibulären System liegen. Zudem kann Schwindel als (3) funktionelles Syndrom eingestuft werden.

Hier weisen die Patient:innen vestibuläre Symptome wie Schwindel oder Gang- und Standunsicherheiten auf, eine organische Ursache kann jedoch nicht gefunden werden. Zuletzt kann Schwindel (4) weder funktionell noch vestibulär begründet sein. Zu dieser Kategorie zählen zum Beispiel Blutdruckregulationsstörungen, unerwünschte Wirkungen nach Medikamenteneinnahmen oder orthostatische Reaktionen.²

Bei plötzlich auftretendem Schwindel spielt besonders die Unterscheidung zwischen einer Störung im peripherem oder zentralen vestibulären System eine wichtige Rolle. In Tabelle 1 werden die beiden Schwindelsyndrome daher schematisch gegenüber gestellt.

Tabelle 1: Vestibuläre Schwindelarten im Vergleich^{1,2}

	Peripherer vestibulärer Schwindel (> 60 %)	Zentraler vestibulärer Schwindel (20-35 %)
Ursprung	Pathologie in Strukturen des Vestibularorgans	Pathologie in intrazerebralen Strukturen
Mögliche Ursache	Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (14 %) Neuritis vestibularis Morbus Meniere (10 %) Chronische Otitis	<ul style="list-style-type: none"> • Infarkt (13 %) <ul style="list-style-type: none"> – Hirnstamm (zerebrale Mikroangiopathie, Basilarisembolie) und andere – Kleinhirn • Vestibuläre Migräne (12 %) • Intrazerebrale Blutung (zum Beispiel in der Pons, im Cerebellum oder Hirnstamm) • Tumore (z. B. im Hirnstamm oder Kleinhirnbrückenwinkel) • Multiple Sklerose • Andere intrazerebrale Prozesse (Abszess, Infektion, metabolische Störung, Trauma)
Klinische Merkmale	intensives Schwindelgefühl – häufig kurze Drehschwindelattacken nach Lagerungswechsel – oft mit starker Übelkeit und Erbrechen <i>richtungsbestimmer</i> Lage- und Horizontalnystagmus – Horizontalnystagmus nach Kopfschütteltest mit Frenzelbrille – optische Fixation kann zu Nystagmushemmung führen Assoziation mit cochleären Symptomen (z. B. plötzlich einseitige und schmerzlose Hörminderung, Druck / wattiges Gefühl im Ohr, Tinnitus)	mäßiges Schwindelgefühl – meist unklarer Schwankschwindel – gering ausgeprägte Übelkeit – ausgeprägte Ataxie <i>richtungswechselnder</i> Nystagmus – vertikaler Nystagmus nach Kopfschütteltest mit Frenzelbrille – fehlende Nystagmushemmung durch optische Fixation Assoziation mit neurologischen Ausfällen (Dysarthrie, Dysphagie, Hirnnervensymptomatik, Doppelbilder, sensomotorische Störungen)

Quellen:

1. Strupp, M; Dlugaiczyk, J; Ertl-Wagner, B. et al.: Vestibular disorders—diagnosis, new classification and treatment, in: Deutsches Ärzteblatt Int. 2020. 117: 300-10; DOI: 10.3238/arztebl.2020.0300 (Zugriff 20.05.2023)
2. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO-KHC). Deutsche Gesellschaft für Audiologie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Hrsg: DGHNO-KHC. SK2-Leitlinie: Vestibuläre Funktionsstörungen. Stand März 2021.

