

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

SCHWINDEL

Benigner paroxysmaler Lagerungs-Schwindel – Orthostatischer Schwindel – Morbus Menière – Bilaterale Vestibulopathie – Zentraler Schwindel – Schwindel-riskante Medikamente – Untersuchungs-Verfahren bei Schwindel

Keine körperliche Beeinträchtigung behindert so sehr wie der Schwindel. Und im Alter lähmt er geradezu - mit allen psychosozialen Folgen für den Alltag. Nachfolgend deshalb in Ergänzung zu dem umfangreichen Beitrag in dieser Serie eine kurz gefasste Übersicht zum Thema Schwindel generell und speziell im Alter.

Zu den hinderlichsten Belastungen des Alters im Alltag gehören Schwindel und Gang-Unsicherheit. Bei Patienten über 75 ist Schwindel sogar die häufigste Klage, die die Alltags-Aktivität einschränkt und zu einem Arztbesuch zwingt. Oder in nackten Zahlen: Bei den über 60-Jährigen in 20%, bei den über 70-Jährigen um 30% und bei den über 80-Jährigen rund 50%. Und das heißt vor allem Gang-Unsicherheit, bei Letzteren in über 85%.

Aber nicht nur das: Das Symptom „Schwindel“ schließt auch ein breites Spektrum von Beschwerden ein, die von konkretem Dreh- und Schwank-Gefühl bis zu Benommenheit oder Angst reichen, von der erwähnten Gang-Unsicherheit ganz zu schweigen. Denn damit wird nicht nur der Gang unsicher, es droht auch eine erhöhte Sturz-Gefahr, und die kann böse Folgen haben. So kommt es innerhalb eines Jahres - übrigens auch ohne Schwindel - bei mehr als 30% der zu Hause lebenden über 65-Jährigen und bei jedem 2. Pflegeheim-Bewohner zu mindestens einem Sturz. Dadurch wird man nachvollziehbar über-vorsichtig, wenn nicht gar ängstlich-vermeidend, um erneuten Stürzen zu entgehen. Damit drohen aber auch Rückzug und Isolationsgefahr. Schwindel-Beschwerden und Gangstörungen sind also weit folgenreicher als eine sonst wie ausgelöste Unsicherheit.

Welche sind nun die wichtigsten Ursachen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht, bei der auch Fachbegriffe nicht vermeidbar sind:

- **Benigner paroxysmaler Lagerungs-Schwindel**

Hier handelt es sich um eine sekunden-anhaltende Schwindel-Attacke bei Änderung der Kopf-lage, oft schon morgens. Beispiele: Umdrehen im Bett, um nur kurz auf den Wecker zu sehen, aber auch den Kopf in den Nacken legen, um nach oben zu schauen und etwas herunterzuholen bzw. den Kopf nach vorne neigen, um nach unten zu sehen oder etwas auszuspucken (z. B. Zähneputzen). Ältere Menschen leiden besonders häufig an einem solchen spontanen, wenn auch gutartigen Lagerungs-Schwindel, was vor allem mit den alters-bedingten Innenohr-Veränderungen zusammenhängt; nicht selten aber auch nach Kopf-Unfall oder Innenohr-Erkrankung.

- **Orthostatischer Schwindel**

Diese Art von vorübergehendem Schwindel, besonders nach dem Aufstehen aus dem Liegen oder auch nur Sitzen, ist nicht nur häufig, sondern auch in der Allgemeinheit besser bekannt („mach es langsam“) - und deshalb nicht ganz so angst-besetzt. Das findet sich beispielsweise nach Einnahme bestimmter Arzneimittel und lässt sich über die Blutdruck-Regulation und entsprechende Vor-sichts-Maßnahmen noch am ehesten mildern.

- **Morbus Menière**

Bei dieser speziellen Krankheit mit minuten-, manchmal sogar stunden-anhalten-den Schwindel-Episoden führen Ohr-Druck, Tinnitus (Ohrgeräusche) und Hör-minderung in der Regel recht schnell zur zutreffenden Diagnose. Es droht ein fortlaufender Hörverlust und verlangt nach einer gezielten Behandlung, die den Facharzt und Geduld voraussetzt.

- **Bilaterale Vestibulopathie**

Das ist eine beidseitige Funktionsstörung der Innenohr-Organen. Dabei handelt es sich um einen bewegungs-abhängigen Schwank-Schwindel (beim Gehen), besonders im Dunkeln und auf unebenem Grund. Manchen Patienten beunruhigt außerdem eine Art Bild-Verwackelung bei Kopfbewegungen, was dann auf eine Gehirn-Verbindung zwischen den Hör- und Seh-Zentren hinweist. Als Ursache gelten bestimmte Medikamente, vorbestehende Innenohr-Erkrankungen (z. B. beidseitiger Morbus Menière - s. o.), Kleinhirn-Störungen, Polyneuropathien (eine Funktionsstörung der langen Nervenbahnen, z. B. an den Beinen) usw. In etwa der Hälfte der Fälle aber findet sich auch keine spezifische Ursache.

- **Zentraler Schwindel**

Beim Zentralen Schwindel belastet meist ein Dauer-Schwindel aufgrund bestimmter Gehirn-Schädigungen. Das führt dann „wenigstens“ zu jenen neurologischen Auffälligkeiten, die eine rasche Diagnose ermöglichen (z. B. Augen-

bewegung, Koordination u. a.). Die Ursachen sind beispielsweise ein Schlaganfall oder hirn-eigene Tumore bzw. Metastasen (Tumor-Tochtergeschwülste) mit typischen Defiziten (z. B. Augenbewegung und Haltungs-Regulation). Allerdings ist es auch bei beginnenden neuro-degenerativen Erkrankungen möglich (z. B. alters-bedingte Veränderungen von Gehirnschubstanz und -funktion), was dann schon schwieriger zuzuordnen ist. Das erfordert dann noch schneller und konsequenter die Untersuchung durch einen Neurologen.

• **Schwindel-riskante Medikamente**

Entsprechende Medikamente sind gar nicht so selten und dann wenigstens als mögliche Ursachen rascher erkennbar (siehe auch die entsprechenden Hinweise in den Beipackzetteln). Dazu gehören vor allem Blutdruck-senkende Arzneimittel (Fachbegriff: Antihypertensiva), die bei Überdosierung zu erniedrigtem Blutdruck (Hypotonie) führen können, bei besonders empfindlichen Patienten auch in ansonsten angepasster Dosierung. Ähnliches gilt für dämpfende Medikamente gegen Depressionen und Psychosen (Fachbegriffe: Antidepressiva bzw. Antipsychotika), vor allem der älteren Arzneimittel-Generation. Und für Substanzen zur Behandlung von epileptischen Anfällen (Antikonvulsiva), die zum Teil auch zur Schmerzbehandlung genutzt werden können. Und - selten erwähnt, weil gerne schamhaft verschwiegen und von den Ärzten nur ungern längere Zeit verordnet -, beruhigende Medikamente zur Behandlung von Angst, innerer Unruhe, Spannung und „Nervosität“ (Tranquilizer) sowie bestimmte Schlafmittel (Hypnotika).

Untersuchungs-Verfahren bei Schwindel

Bei den Untersuchungs-Verfahren wegen der Verdachts-Diagnose „Schwindel“ wird als Erstes der Hausarzt, später der ggf. hinzugezogene Facharzt, sprich Neurologe oder Nervenarzt, bestimmte Fragen stellen. Dabei ist es gut, wenn man sich einige davon schon zuvor überlegt hat, um gemeinsam rascher zum Ziel zu kommen.

So zielen bestimmte Fragen auf die erwähnten Formen von Dreh- und Schwank-Schwindel mit oder ohne Benommenheit, was am besten „wie auf Watte gehen“, „Lift-Gefühl“ oder „dumpfer Kopf“ umschrieben werden kann. Dann natürlich Stürze oder Beinahe-Stürze in entsprechenden Situationen. Schließlich die Fragen nach Schwindel-Attacken und ihrer Dauer, nach Auslöser und Verstärkungsfaktoren, nach Begleit-Symptomen bzw. Begleit-Erkrankungen und natürlich Medikamenten-Einnahme oder Alkohol-Konsum. Letzteres übrigens nicht so selten auch im höheren Lebensalter, wengleich ungern zugegeben oder bagatellisiert.

Danach kommen die Stand- und Gang-Untersuchungen, nämlich:

- Beim *Stand* das Stehen mit offenen/geschlossenen Augen (so genannter Romberg-Test), die Kopfnigungen, die Mehrfach-Anforderungen (d. h. Gehen und gleichzeitig Rechnen) u. a.

- Beim *Gang* geht es um bestimmte Geschwindigkeiten (langsam, selbst gewählt, maximal) sowie Gehen mit geschlossenen Augen. Außerdem um entsprechende Zeit-Messungen für Aufstehen vom Stuhl, eine bestimmte Strecke zurücklegen, umwenden, zurückkommen, hinsetzen u. a.
- Bei den *Untersuchungen der Sinnes-Organen* interessieren beispielsweise Sehschärfe, Augenstellung, Augenbewegung, ferner nutzt man Hör-Tests und spezifische Untersuchungsmethoden für die Funktion des Innenohrs.
- Und schließlich um die allseits bekannten Prüfungen von *Muskel-Eigenreflexen* sowie *Oberflächen- und Vibrations-Empfindung* (Hautberührung, Stimmgabel).
- Und natürlich *Muskelkraft* und -form sowie passive und aktive *Gelenk-Beweglichkeit*.
- Bisweilen wird auch eine *Kognitions-Untersuchung* angeschlossen, schlicht gesprochen: Prüfung der Geistesgaben im Alter.

Denn eine zutreffende und vor allem rasche Diagnose ist der halbe Therapie-Erfolg. Je früher und je gezielter, desto schneller und effektiver lässt sich absehen, was noch zu erreichen ist. Das ist jetzt zwar kein Satz, der zu grenzenlosem Optimismus Anlass gibt, aber man darf auch zweierlei nicht vergessen: Zum einen das Alter (ggf. vielleicht sogar eine konkrete Begleit-Erkrankung mit entsprechenden Zusatz-Konsequenzen). Zum anderen die sehr heikle Aufgabe und Position der betroffenen Organ-Funktionen, was sich in der Regel erst dann offenbart, wenn sie nicht mehr problemlos ablaufen. Und dazu ist der Schwindel mit allen seinen möglichen Folgen ein besonders gutes Beispiel.

Literatur

Grundlage dieser Übersicht ist der Fachartikel

K. Jahn u. Mitarb.: Schwindel und Gangunsicherheit im Alter. Deutsches Ärzteblatt 23 (2015) 387.

Ausführliche Darstellung, auch über gezielte therapeutische Maßnahmen sowie weitere Literatur-Hinweise zum Thema in: www.psychosoziale-gesundheit.net.

Gesamt-Übersicht in:

Volker Faust: Von Amok bis Zwang. Band 1 - 3. ecomed, Landsberg 2011-2014