

# Akuter Schwindel

## Zwei Patientengruppen:

- Bereits dem Patienten bekannte Beschwerdekongstellation
- Völlig neue, erschreckende Symptomatik

Insgesamt als schwieriges Thema empfunden

Patienten haben häufig Beschreibungsschwierigkeiten

Assoziierte Gefühle (Pat., Arzt): Hilflosigkeit, Frustration, Herausforderung

Betrifft alle Altersgruppen

Kann Symptom **vieler** Krankheiten sein → **viele** assoziierte AGVs (abwendbar gefährliche Verläufe), diese AGVs sind **jedoch selten**

## Symptomfilter:

Red flags (Warnhinweise)	Eher entwarnende Symptome
Neu aufgetreten	Bereits bekannt
+ stärkste Cephalgien	Auftreten bei bzw. in Zusammenhang mit
+ neurologische Auffälligkeiten (Pupillomotorik, Gleichgewichtsstörung, Doppelbilder, etc.)	- Bücken/ Lagewechsel
Alter	- Hypotonie
→ Jung ≈ eher gefährlich	- Medikamenteneinnahme, etc.
Anhaltend	→ Älter ≈ eher ungefährlich
Fieber	
Trauma in anamnestischem Zusammenhang	
Meningismus	
Mit Augen nicht kompensierbar (Zusammenstoßen mit Türen/Schränken trotz offener Augen)	

## Anamnese:

→ **extrem wichtig**

- Hauptsymptom
  - Dauer der Attacken
  - Intensität
  - Zeitl. Zusammenhang mit mögl. Auslösern

- Trauma
- Lagewechsel<sup>2</sup> (hier kann ein Dix-Hallpike-Manöver weiterführen)
- Exsikkose (Sportler, Dachdecker, Maurer...)
- (RR-)Medikamente
- Drogeneinnahme/ C2
- Pressen
- Überkopfarbeiten
- Nach einem Infekt/ Krankheit
- Neue Lesebrille?

Das Dix-Hallpike-Manöver dient als sinnvoller Standard zur Abgrenzung von Patienten mit BPPV, da diese dann höchst wahrscheinlich auch auf Lagerungsmanöver ansprechen.<sup>2</sup>

- Begleitsymptome
  - Übelkeit
  - Erbrechen
  - Hörminderung
  - Visusstörung

- Fieber
- Cephalgien
- Meningismus
- Neurologische Auffälligkeiten
- Leistungsknick (häufig)

## Untersuchung

- Klinik → diagnostische Vorteile
- Hausarzt → Pat. häufig bekannt, wodurch Symptome leichter beurteil- und einordbar
- Oft wäre die körperliche Untersuchung nur teilweise notwendig, doch für einen Ausschluss zugrundeliegender Erkrankungen ist eine suffiziente Untersuchung und Aufklärung geboten<sup>1</sup>
- Neurologische Untersuchung (grob orientierend):
  - Pupillen-Reflex
  - Nystagmus
  - Meningismus
  - Diadochokinese
  - Kopf drehen lassen (Carotis-Sinus-Syndrom)
  - Romberg-Test
  - Unterberger Tretversuch
  - Finger-Finger
  - Finger-Nase
  - pDMS Extremitäten
  - **grobe Hirnnerven-Untersuchung** (Finger-Folge-Versuch, Desinfektionsmittel vs Salbe riechen, Stirn runzeln, Backen aufblasen, Kussmund/Pfeifen, Zunge herausstrecken, Zähne zeigen, Kopf drehen lassen/ Lagewechsel, Weber, Rinne, Schultern gegen Druck von oben heben, Heiserkeit?)
  - Warnzeichen<sup>2</sup>:
    - Reflex-Abschwächung
    - Ataxie
    - Periphere Hypästhesie
    - Verändertes Gangbild/ Haltung
- Vitalwerte (RR, HF, BZ, Temp)
- Evtl. EKG
- u.U. Blutentnahme → Abklärung Anämie, Entzündungswerte

## Abgrenzung:

1. Dreh- vs. Schwank- vs. Liftschwindel
2. Systematischer (Pat. kann spezifizieren) vs. unsystematischer („Gefühl, auf Watte zu gehen) Schwindel
3. Zentral vs. Peripher
4. Dynamik der Symptomatik

## Fazit:

Kann Symptom **vieler** abwendbar gefährlicher Verläufe (AGVs) sein, diese AGVs sind jedoch **selten**. Gleichzeitig gibt es nicht eine isolierte Schwindelform, die auf einen gefährlicheren Verlauf hinweist, als andere. *Der Schwindel muss in Zusammenschau aller Symptome bewertet werden.*<sup>2</sup>

Denn: Fast **alle** Erkrankungen, die als Schwindelursache in Frage kommen, haben Zusatzsymptome.

Ausnahme:

- Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV),
- bestimmte Formen von Kleinhirnininfarkten,
- Wallenberg-Syndrom<sup>1</sup>

CAVE: Gefahr zu bagatellisieren/ Scheu vor Arbeitsaufwand und deswegen wichtige Red flags zu übersehen.

Zusätzliche Quellen:

DEGAM S3 Handlungsempfehlung Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis

AWMF-Registernr. 053/018

Froehling, D. A., et al. "The Rational Clinical Examination. Does This Dizzy Patient Have a Serious Form of Vertigo?." JAMA 271.5 (1994): 385-388