



Häufig, bewegungsabhängig, kurz und heftig, aber im Prinzip gut heilbar

Der gutartige Lagerungsschwindel (BPLS)

von Dr. Helmut Schaaf

Viele Tinnitus-Patienten erleben im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte zahlreiche zusätzliche Erkrankungen, die nichts direkt mit dem Tinnitus zu tun haben müssen, aber durchaus belastend sein können. Kommt ein wiederholter Schwindel, vielleicht bei (vorbestehendem) Hörverlust, hinzu, wird meist an einen Morbus Menière gedacht. Übersehen wird dabei oft eine andere, sehr viel häufigere, aber gut behandelbare Erkrankung, die wir hiermit vorstellen wollen – gerade auch weil sie gut behandelbar ist. Da diese Erkrankung auch im Laufe eines M. Menières häufiger aufzutreten scheint, meist wenn man denkt, das Schlimmste sei vorbei, soll auf diese Extrakomponente auch gesondert hingewiesen werden. (Mit diesem Thema beschäftigt sich auch der Leserbrief in der vorliegenden TF-Ausgabe.)

Erkrankungen am Gleichgewichtsorgan – Leitsymptom Drehschwindel

Schäden, Beeinträchtigungen oder Fehlfunktionen an einem oder beiden Gleichgewichtsorganen führen zu Gleichgewichtsstörungen. Diese machen sich typischerweise als Drehschwindel bemerkbar, der in der Regel heftig beginnt und dann zunehmend nachlässt. Am häufigsten finden sich Irritationen durch den gutartigen und behandelbaren Lagerungsschwindel, der sich bei bestimmten Lageänderungen kurz, aber heftig bemerkbar macht. Ebenfalls häufig ist ein heftiger, aber lang anhaltender Schwindel nach einem einseitigen Gleichgewichtsausfall. Dieser kommt meist fulminant daher, lässt den Betroffenen für einige Tage bis Wochen taumelnd und endet in aller Regel wieder in einem ausreichend neuen Gleichgewicht. Dennoch kann in dessen Gefolge auch noch ein gutartiger Lagerungsschwin-

del auftreten, wenn der Gleichgewichtsausfall selbst schon auf dem Weg der Besserung ist.

Der gutartige Lagerungsschwindel (BPLS)

Der „gutartige“ Lagerungsschwindel (medizinisch „Benigner Paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)“) ist einer der am häufigsten vorkommenden organischen Schwindelerkrankungen.

Typisch sind bewegungsabhängige kurze Drehschwindelattacken mit spezifischen Augenzitterbewegungen (Nystagmen). Diese treten auf nach bestimmten Kopfbewegungen in der Ebene der betroffenen Bogengänge, auch beim Bücken oder Hinlegen. Meist vergehen nach einer Lageänderung einige Sekunden, bevor der Schwindel einsetzt. Die Attacken selbst dauern dann zwischen 30 und 60 Sekunden an.

Betroffen sind überwiegend Menschen nach Unfallereignissen sowie Patienten in der zweiten Lebenshälfte. In etwa einem Drittel der Fälle geht dem gutartigen Lagerungsschwindel ein Schädelhirntrauma (etwa nach einem Unfall) oder ein Ausfall des Gleichgewichtsorgans voraus.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, einen gutartigen Lagerungsschwindel zu erleben – auch ohne vorangegangenes Trauma. Dann besteht eine erhöhte Gefahr von Stürzen.

Auslöser: „Verirrte“ Gleichgewichtssteinchen im Bogengang

Ausgelöst werden die Turbulenzen im ansonsten intakten Gleichgewichtsorgan dort, wo die Strukturen der mit Steinchen gefüllten Gleichgewichtssäckchen an die mit Endolymph gefüllten Bogengänge grenzen.

Täglich ligafrische Nachrichten: www.tinnitus-liga.de

Da die Gleichgewichtssäckchen (Otolithenorgane) mit den Bogengängen in einer übergangslosen Verbindung stehen, geraten immer wieder einige der ca. 30.000 Otolithen in die Bogengänge.

Hauptsächlich betroffen ist der – bei aufrechtem Gang am tiefsten liegende – hintere Bogengang (62 Prozent). In 35 Prozent der Fälle kann auch der seitliche, horizontale Bogengang beteiligt sein. Wenn sich zu viele der kleinen Kalkkristalle aus dem Gleichgewichtssäckchen (Utriculus) abgelöst haben, kann die Masse der verklumpten Otolithen eine kritische Größe überschreiten (Abb. 1). Wird dieser Pfropf aus Kalksteinchen durch die Schwerkraft angezogen, kann er eine Endolymphströmung in seine Richtung auslösen (Abb. 2). Dadurch wird der Gallertkörper (die Kupula) wie bei einer Spritze angesaugt. Dabei kommt es, wie bei einer „normalen“ Bewegung, zu einer Abscherung der Sinneszellen, was auf Stammhirnebene als Bewegung interpretiert wird.

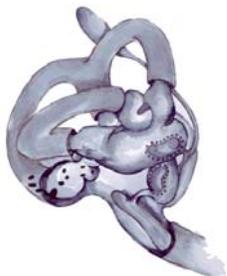


Abb. 1: Gleichgewichtsorgan mit Einblick in den hinteren Bogengang: Zu Turbulenzen bei Bewegung kann es kommen, wenn die Steinchen aus dem Utriculus im Bogengang eine kritische Menge überschritten haben.



Abb. 2: Verklumpte Otolithen können bei Bewegungen einen Sog auf die Kupula ausüben.

Über den Vestibulo-Okulären Reflex – einen schnellen und automatisierten Reflex, der von den Gleichgewichtsorganen ausgeht und zu kompensatorischen Augenbewegungen führt – werden schnelle Ausgleichbewegungen ausgelöst. Diese vermitteln eine intensive, drehende Umgebung und bedingen damit den Drehschwindel.

Nachdem die Otolithenmasse den tiefsten Punkt des Bogengangs erreicht hat, kommt auch die Endolymph wieder zur Ruhe: Schwindel und Nystagmus klingen ab. Nach dem Aufsetzen rutschen die Otolithen in die umgekehrte Richtung, was zu erneutem Schwindel und Nystagmus in die Gegenrichtung führen kann.

Diagnostik

In aller Regel führt schon die Schilderung der Beschwerde zum Krankheitsbild: *„Immer wenn ich mich zu einer Seite im Bett umdrehe, dreht sich schlagartig der Raum.“* – *„Beim Aufstehen und beim Hinlegen wird mir kurz und heftig ganz plötzlich schwindlig.“*

Gesichert wird die Vermutung durch eine diagnostische Lagerung, die schon den Einstieg in die Therapie bedeuten kann. Bei der diagnostischen Lagerung werden die Betroffenen rasch aus dem Sitzen in die Seitenlage gebracht. Dazu bestehen zwei sinnvolle Möglichkeiten, die weiter unten beschrieben werden.

Entweder sind die Augenbewegungen vom Untersucher gut zu sehen und/oder der Betroffene berichtet spontan und stimmig über den ausgelösten Schwindel oder sich drehende, vielleicht flackernde Bilder. Mit einer speziellen Untersuchungsbrille, der sogenannten Frenzel-Brille, werden auch kleine, sonst nicht so einfach sichtbare Augenzitterbewegungen erkennbar (Abb. 3). Dabei zeigt die schnelle Augenbewegung in die Richtung des betroffenen Bogenganges. Ein um die Sehachse rotierender Nystagmus weist auf eine Aktivierung des hinteren Bogengangs hin. So kann man als Untersucher aus der Ebene und Richtung des Nystagmus auf den erkrankten Bogengang schließen.

Hilfreich ist, wenn man vor der Lagerung auf die zu erwartende Schwindelsensation vorbereitet wurde. So können individuell unterschiedlich starke Reaktionen auftreten, die Übelkeit, manchmal auch Erbrechen auslösen können. Es ist gut, darauf vorbereitet zu sein.

Diagnostische Lagerung zur Prüfung des hinteren Bogengangs

Bei der Methode nach Hallpike-Stenger (Abb. 4) wird der Kopf des Patienten um 45 Grad zur Seite des betroffenen Ohres gedreht (1). Im Anschluss daran erfolgt eine rasche Lagerung des Patienten in die Rückenlage (2), wobei der Kopf über das Ende der Untersuchungsliege herausragen sollte („Kopfhängelage“). Nach Abklingen von Schwindel und Nystagmus wird wieder die sitzende Position eingenommen.

Beim Seitwärts-Lagerungsmanöver nach Semont (Abb. 5) sitzt der Patient auf einer Liege, dem vor ihm stehenden Untersucher gegenüber. Der Kopf wird hier zur Seite des gegenüberliegenden, nicht betroffenen Ohres, ebenfalls um ca. 45 Grad, gedreht. Dann wird der Patient rasch auf die erkrankte Seite gelagert. Nach Abklingen von Schwindel und Nystagmus wird der Patient wieder in



Abb. 3: Mit der sogenannten Frenzel-Brille werden auch kleine, sonst nicht so einfach sichtbare Augenzitterbewegungen erkennbar.

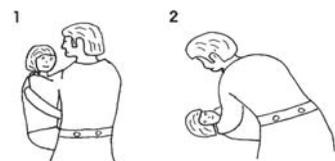


Abb. 4: Methode nach Hallpike-Stenger.

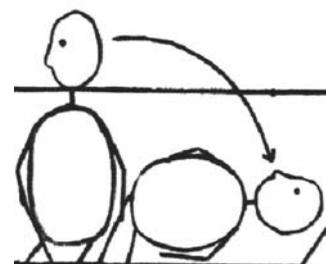


Abb. 5: Methode nach Semont.

die sitzende Position gebracht. Die Kopfstellung darf während der Lagerungen nicht geändert werden.

Beim einseitigen Lagerungsschwindel des hinteren Bogenganges ist typischerweise nach einer Verzögerung von wenigen Sekunden ein zur Schwerkraft schlagender, stark rotierender Nystagmus zu sehen. Dieser weist ebenso wie die einsetzende Schwindelempfindung einen stark ansteigenden und dann schnell ausklingenden Charakter auf.

Diagnostische Lagerung zur Prüfung des seitlichen (horizontalen) Bogenganges

Der weniger häufige gutartige Lagerungsschwindel des seitlichen (horizontalen) Bogenganges kann durch eine schnelle Kopf- oder Körperdrehung um die Längsachse des Körpers im Liegen erkannt werden.

Es zeigt sich ein horizontaler Nystagmus, der in Richtung des betroffenen Ohres schlägt. Die Intensität der Attacken ist ausgeprägter und die Dauer ist länger als beim hinteren Bogengang. Zudem zeigt sich beim horizontalen Bogengang kaum eine Tendenz zur Ermüdung.

Folgende Nystagmus-Eigenschaften helfen, die betroffene Seite herauszufinden:

- Der Nystagmus ist stärker, wenn der Kopf zur betroffenen Seite gedreht wird.
- Der Wechsel vom Sitzen ins Liegen kann einen vorübergehenden horizontalen Nystagmus zur gesunden Seite provozieren, während das nach vorne Beugen normalerweise einen Nystagmus zur betroffenen Seite auslöst.

Therapie der häufigsten Erscheinungsform des BPLS

Gefahr erkannt, Gefahr gebannt – sollte man meinen. Leider wird der gutartige Lagerungsschwindel zu oft nicht erkannt, sondern übersehen. Stattdessen wird mehr oder weniger lange Krankhaftes gesucht und meist nichts gefunden, was die Beschwerden erklärt.

Dies liegt auch daran, dass der Lagerungsschwindel erst wieder neu entdeckt werden musste, ehe entsprechende Therapieformen entwickelt wurden. So fehlt vielen die

Kenntnis dieses häufigen Phänomens, und es gibt keine Ziffer im Abrechnungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Dabei ist es strittig, ob man für die Therapie gegenüber den Kassen etwas abrechnen darf oder das Lagerungsmanöver als „Individuelle Gesundheitsleistung“ in Rechnung stellen kann. In der Folge unterbleibt zu oft die hinführende Lagerungsuntersuchung und oft auch noch der nächste Therapieschritt.

Im Prinzip stehen zwei Lagerungsmanöver zur Verfügung, die über unterschiedliche Wege helfen, die Kalksteinchen aus dem hinteren Bogengang wieder in das Gleichgewichtssäckchen (Utriculus) zurückgleiten zu lassen.

Mit den von Semont (1988) und Epley (1992) entwickelten Lagerungsmanövern werden etwa 70 Prozent der Patienten schon nach einmaliger Anwendung beschwerdefrei. Bei wiederholter Behandlung steigt die Erfolgsrate auf etwa 95 Prozent. Am besten ist es, wenn die Lagerung zwei- bis dreimal durchgeführt wird, oder man sich – wie weiter unten beschrieben – schon selbst traut.

Das Semont-Manöver

Beim Semont-Manöver (Abb. 6) dreht der Betroffene, wie bei der diagnostischen Lagerung, den Kopf um 45 Grad zur gesunden Seite und wird für mindestens 30 Sekunden dann auf die andere, betroffene Seite gelegt. Nach den 30 Sekunden wird er – bei gleicher Kopfhaltung – rasch zur Gegenseite gelagert, ohne in der Sitzposition anzuhalten. Der Geschwindigkeitsfaktor ist wichtig, um die kleinen Otolithen über die entscheidende Bogengangskrümmung in Richtung Utriculus zu bringen.

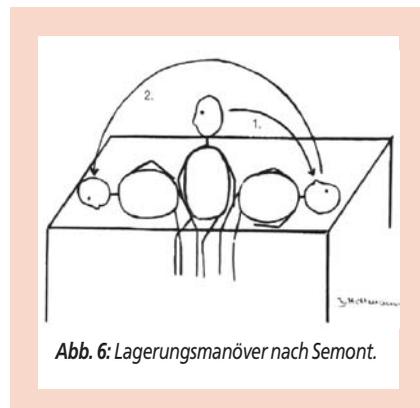


Abb. 6: Lagerungsmanöver nach Semont.



Abb. 7: Epley-Manöver zur Behandlung von BPLS des rechten hinteren Bogengangs. Abbildung modifiziert von Salokat.

Die Drehung des Kopfes um 45 Grad zur gesunden Seite muss während des gesamten Manövers beibehalten werden, so dass der Patient mit der Nase zur Liege gewandt in der zweiten Position landet. Nach zwei Minuten kann sich der Patient wieder aufrichten.

Wichtig zu wissen: Eine erfolgreiche Lagerung geht meist mit erneutem Schwindel und Nystagmus in der zweiten Position einher – auch wenn es vorübergehend für den Betroffenen unangenehm ist. Dabei schlägt der Nystagmus wieder zum kranken, jetzt oben liegenden Ohr.

Das Epley-Manöver

Das Manöver nach Epley (Abb. 7) bezeichnet eine Bewegungsabfolge, in der der hintere Bogengang entsprechend seiner räumlichen Ausrichtung *durchbewegt* wird, ohne dass es wesentlich auf die Geschwindigkeit der Durchführung ankommt. Dies beinhaltet eine Reihe aufeinander abgestimmter Kopfbewegungsmanöver mit jeweils 90 Grad Bewegung. Um dabei auch den Nystagmus beobachten zu können, wird der Betroffene gebeten, seine Augen aufzubehalten.

Ein Lagerungsnystagmus tritt in der zweiten und dritten Kopfposition auf. Dabei schlagen die schnellen Augenbewegungen in die Richtung der Kopfbewegung, in der sich die Otolithen vom hinteren Bogengang zum Utriculus hin bewegen. Auch hier zeigen die flackernden Augenbewegungen und der – vorübergehende – Schwindel die Wirksamkeit der Behandlung und damit einen günstigen Verlauf an.

Erfahrenes Kompetenz-Team
HNO-Ärztlich geleitet
in ganzheitlich geführter Klinik

Multimodale Rehabilitation

- Retraining-Therapie
- Hörgeräteakustiker im Haus
- Tinnitus-Gesprächsgruppe
- psychol. Beratung / Therapie verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch orientiert
- Entspannungsverfahren
- Krankengymnastik
- Kraniosakrale Therapie
- Massagen, med. Bäder
- Akupunktur
- Bewegungstherapie, Sport
- Sozialmedizinische Beratung

Angepasstes Epley-Manöver zur Selbstbehandlung des rechten hinteren Bogenganges

Mit Eigeninitiative und Mut können Betroffene auch schon alleine versuchen, ein Befreiungsmanöver von ihren Beschwerden durchzuführen. Dazu hat der Berliner Neurologe Th. Lempert folgende Übung ausgearbeitet (Abb. 8):

Nach der ersten Runde ist das meiste geschafft! Bei der Wiederholung kann der Schwindel schon deutlich weniger stark sein, weil die meisten Steinchen wieder aus dem Bogengang verschwunden sein werden.

Führen Sie diese Bewegungsfolge dreimal täglich aus. Beenden Sie die Übungen, wenn 24 Stunden lang kein Lagerungsschwindel aufgetreten ist, weder beim Üben noch zu

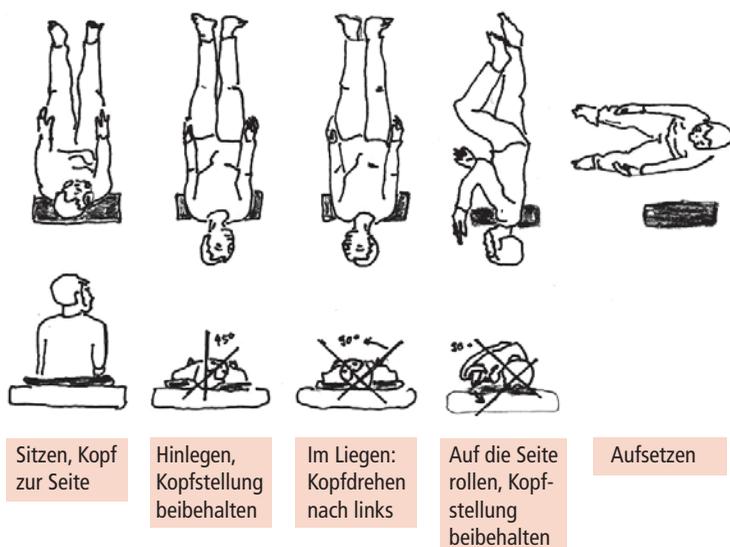


Abb. 8: Das angepasste Epley-Manöver zur Selbstbehandlung des rechten hinteren Bogenganges, nachgezeichnet nach einer Internetpräsentation (Quelle: www.charite.de/chl/neurologiklinik/patientenkrankheiten/schwindel_vertigo/deutsch_rechts.html).

1. **Setzen Sie sich aufrecht hin** (am besten auf einem Tisch oder einer Liege mit der Möglichkeit, die Beine hängen zu lassen). Drehen Sie den Kopf um 45 Grad zur betroffenen, in diesem Fall zur rechten Seite. Wenn Sie versehentlich die gesunde Seite „lagern“, wird kein Schwindel ausgelöst, Sie können dabei also keinen Fehler machen.
2. **Legen Sie sich unter Beibehaltung der Kopfstellung auf den Rücken** und das vorher hingelegte Kissen, so dass der Kopf leicht nach hinten überstreckt wird. Wahrscheinlich tritt jetzt – auf dem Weg zur Heilung – ein rasch ansteigender und rasch abklingender Schwindel auf – wenn Sie die richtige Seite genommen haben. Warten Sie 30 bis 60 Sekunden in dieser Position nach dem Abklingen des Schwindels.
3. **Drehen Sie den Kopf 90 Grad nach links**, ohne ihn dabei anzuheben. Auch hier kann kurz Schwindel auftreten und wird wieder schnell abklingen. Warten Sie wieder 30 bis 60 Sekunden.
4. **Rollen Sie mit Körper und Kopf 90 Grad nach links**, warten Sie erneut 30 Sekunden.
5. **Setzen Sie sich aus der vorherigen Position auf.** Auch hier kann noch einmal kurz Schwindel auftreten – und wieder weggehen.



GesundheitsKlinik „Stadt Hamburg“
Klinik für Rehabilitation u. Prävention
25826 St. Peter-Ording · Im Bad 35
Tel. 04863 / 86-702
E-Mail: Info@Gesundheitsklinik.com
www.Gesundheitsklinik.com



anderen Zeiten. Sollte der linke hintere Bogenengang betroffen sein, muss alles entsprechend zur anderen Seite durchgeführt werden.

Therapie des gutartigen Lagerungsschwindels des seitlichen horizontalen Bogengangs

Wenn der seitliche Bogenengang mit betroffen ist, hilft meist ein sogenanntes Barbecue-Manöver weiter (Abb. 9). Dieses beginnt auf dem Rücken liegend. Der Kopf wird auf die betroffene Seite gelegt. Dann dreht sich der Betroffene in 90-Grad-Schritten, von der kranken Seite bis hin zur gesunden Seite um insgesamt 270 Grad. Wieder auf der betroffenen Seite angekommen, setzt er sich auf.

Alternativ kann damit begonnen werden, auf dem gesunden Ohr zu ruhen oder zu schlafen, bevor man nach acht Stunden auf die andere Seite wechselt.

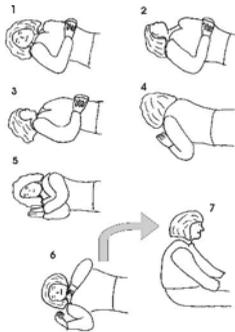


Abb. 9: Das Barbecue-Manöver zur Therapie des gutartigen Lagerungsschwindels des seitlichen horizontalen Bogengangs.

Verlauf

In der Regel kann der Lagerungsschwindel – auch selbst – gut behandelt werden. Nötig ist allerdings, noch einmal durch den Schwindel zu gehen, damit seine Ursache beseitigt werden kann. Dies kann bei sehr ängstlichen Patienten schwer sein. Bei ent-

sprechender Vorbereitung kann dann schon mal ein stark Schwindel dämpfendes Medikament helfen, den körperlichen Vorgang der Lagerung durchzuführen, ohne dass allzu viel Bewusstsein dabei sein muss.

Aber auch ohne Behandlung – oder während der Suche nach möglichen anderen Ursachen – kann sich der Klumpen aus Kalksteinchen nach einigen Wochen bis Monaten so aufgelöst haben oder zurückgerutscht sein, dass keine Symptome mehr bemerkbar sind. Allerdings kann der Lagerungsschwindel jedoch nach einigen Monaten oder Jahren wiederkehren. Dann gilt das Gleiche wie bisher hinsichtlich der Therapie beschrieben.

Mögliche Komplikationen

Während viele Betroffene den BPLS nur als lästig erleben, wird manchen Menschen übel, einige müssen sogar erbrechen. Zwischen den Attacken kann eine leichte Gangunsicherheit bestehen.

Besonders die erste Attacke kann mit lebensbedrohenden Befürchtungen einhergehen. So sorgen sich viele, oft ungewollt verstärkt durch einen herbeigerufenen Notarzt, an einem Schlaganfall oder einem Hirntumor erkrankt zu sein. Wenn dann nichts Therapierbares gefunden wird und sich Therapeuten vielleicht sogar mit Verdachtsdiagnosen wie „fraglicher M. Menière“ behelfen, verstärkt sich oft die Sorge, ob sich das wohl wiederholt.

Die Möglichkeit des wiederholten Auftretens ist groß. Ohne dann zu wissen, was eigentlich so Schwindel erregendes vor sich geht, kann sich eine ängstliche Beobachtung der begleitenden Umstände entwickeln. Dabei werden die Umstände oft fälschlich für die Auslöser gehalten, ohne tatsächlich die Ursache sein zu können. Dies kann zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten führen und dazu beitragen, dass der Lebensradius erheblich einschränkt wird.

Dies allein ist schon Komplikation genug. Hinzukommen kann aber auch noch die Entwicklung eines seelischen Schwindels, den der Betroffene so erleben kann wie den organischen Schwindel vorher. Anders als der Lage-

rungsschwindel kann sich der psychogene Schwindel ausbreiten und selbst die Ausheilung des Lagerungsschwindels überstehen. Gefährdet sind dabei Menschen, die schon aus anderen Gründen psychische Belastung erlebt haben.

Kontakt zum Autor:



Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
Gleichgewichtsambulanz
der Klinik Dr. Hesse
im Stadt Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
Tel. Ambulanz: 05691 800339
Fax: 05691 800329
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net
www.tinnitus-klinik.net
www.drhschaaf.de

Quellennachweis:

Aus Schaaf, H. (2012): Gleichgewicht und Schwindel, 5. Aufl. Kröning, Asanger Verlag, über 100 Abb.; S. 152; 19,80 Euro.

Wir danken dem Autor für die freundliche Erlaubnis zum Abdruck.