

consilium-Frage 10 444 von B. A. aus F.:

Anamnese:

Ein 61-jähriger Patient berichtet im Rahmen der Anamnese, dass er seit ca. 5 Jahren unter rezidivierenden Schwindelattacken leidet, die immer in Verbindung mit einem Ohrgeräusch auf der rechten Seite auftreten. Die Schwindelattacken dauern nur einige Sekunden und führen jeweils zu einer kurzen Desorientierung. Am Anfang waren diese Attacken sehr selten und traten ca. 1–2-mal am Tag auf. Nach einem anfallsfreien Intervall von einem halben Jahr fingen die Beschwerden wieder an. Seit einem Jahr kommt es mehrfach pro Stunde zu kurzen Schwindelattacken. Der Patient war bereits mehrfach bei verschiedenen Ärzten, wurde aber immer wieder ohne Befund nach Hause geschickt. Auch ein auswärtig angefertigtes MRT wurde als unauffällig befundet. Auf Befragen gab der Patient an, dass die Attacken in allen Körperpositionen und auch in Ruhe auftreten.

Untersuchungsbefunde:

Die HNO-Spiegelbefunde waren unauffällig- Im Tonaudiogramm zeigte sich eine altersentsprechende Hochtonschwerhörigkeit beidseits.

Beim Dix-Hallpike-Manöver links zeigte sich ein rotatorischer Nystagmus nach links und beim Head-roll-Test mit Kopfdrehung nach rechts ein rotatorischer Nystagmus nach rechts. Im Video-Kopf-Impulstest waren beidseits alle drei Bogengänge funktionsfähig. Während die oVEMP unauffällig waren, zeigte sich bei den cVEMP eine Amplitudenverminderung rechts (Seitendifferenz 56 %).

Expertenantwort:

Bei sekundenartigen Schwindelattacken kommt in erster Linie ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) in Betracht (1). Bei diesem häufigsten peripher vestibulären Krankheitsbild treten die Attacken jedoch in der Regel beim Hinlegen oder Umdrehen im Bett auf (2) und gehen nicht, wie in diesem Fall, mit einem Ohrgeräusch einher.

Trotz der beidseitigen Lagerungsnystagmen ist die Anamnese nicht typisch für einen BPLS.

Bei der Symptomkombination von Schwindelanfall mit einem Ohrgeräusch muss darüber hinaus noch an einen M. Menière gedacht werden. Nach der aktuell gültigen Definition dauern die Anfälle beim M. Menière jedoch mindesten 15 min und meist länger (3).

Eine weitere Erkrankung, die in Betracht gezogen werden muss, ist eine sog. vestibuläre Paroxysmie.

Bei der „vestibuläre Paroxysmie“ (VP) handelt es sich um ein sog. neurovaskuläres Kompressionssyndrom und der Begriff wurde erstmals 1994 von Brandt und Dieterich (4) eingeführt. Bei einer definitiven vestibulären Paroxysmie müssen folgende Kriterien erfüllt sein (5):

- A. Mindestens zehn spontan auftretende Schwindelattacken
- B. Dauer weniger als eine Minute
- C. Gleichförmige Symptome beim individuellen Pat.
- D. Besserung durch eine Therapie mit einem Natriumkanalblocker in adäquater Dosis
- E. Nicht besser erklärt durch andere Erkrankung

Das auswärts als unauffällig befundene MRT wurde bei V. a. eine vestibuläre Paroxysmie nachanalysiert und hierbei zeigte sich rechts ein Kontakt der A. cerebelli anterior inferior (AICA) zum N. vestibulocochlearis (siehe Abb. 1).

Ihtijarevic et al. (6) fanden bei 77 % von Patienten mit vestibulärer Paroxysmie, wie auch in unseren Fall, einen Lagerungsnystagmus vom Nicht-BPLS-Typ (Irritation des N. vestibularis durch die AICA im Rahmen der Lagerung), der zu Verwechslung mit einem BPLS führen kann. Darüber hinaus zeigen einige Pat. auf der betroffenen Seite eine Unterfunktion eines vestibulären Rezeptors (4), in diesem Fall bei Bestimmung der cVEMP des Sakkulus rechts.

Bei vestibulärer Paroxysmie rechts wurde nach Ausschluss eines Hypertonus (kann die Symptome verstärken) nach einer Therapiestudie Bayer et al. (7) eine orale Therapie mit dem Antiepileptikum Oxcarbazepin (off-label use) begonnen, worunter sich die Symptome besserten.

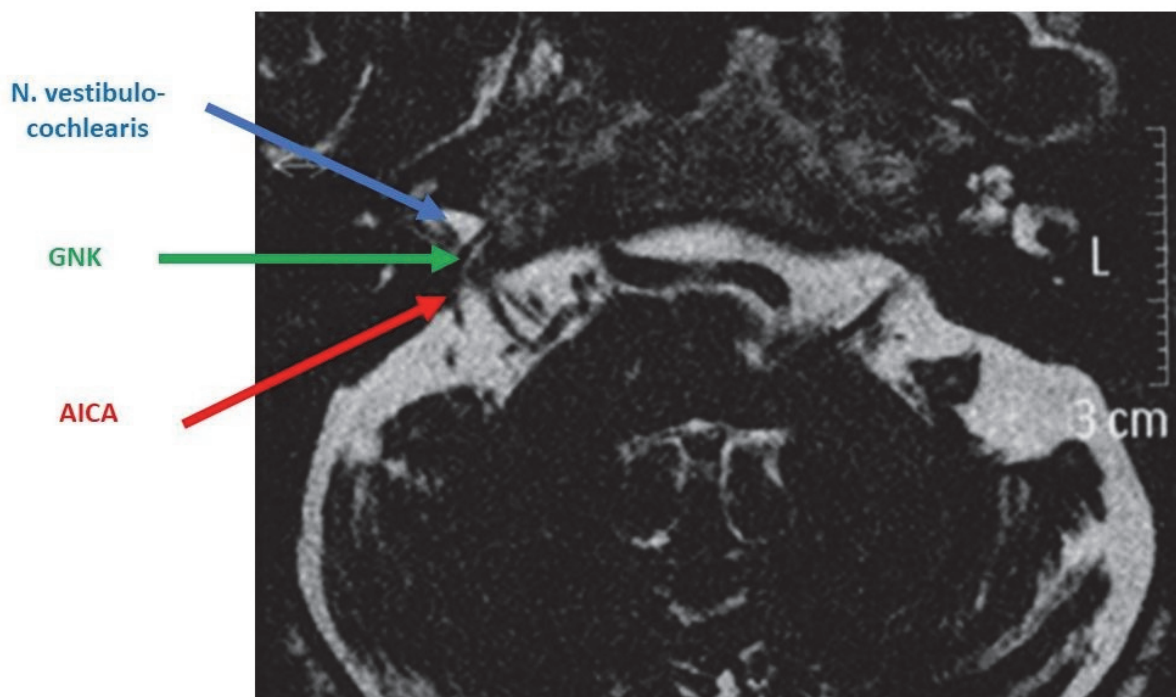


Abb. 1: Gefäß-Nerven-Kontakt (GNK, grüner Pfeil) zwischen der rechten Arteria cerebelli anterior inferior (AICA, roter Pfeil) und dem rechten N. vestibulo-cochlearis (blauer Pfeil) (Quelle (8))

Literatur:

1. Schmäl F. Effektive Diagnostik bei Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. *HNO* 2020, 68 (9), 703–7016. doi:10.1007/s00106-020-00910-4
2. van Dam VS, Maas B, Schermer TR, van Benthem PG, Bruintjes TD. Two Symptoms Strongly Suggest Benign Paroxysmal Positional Vertigo in a Dizzy Patient. *Front Neurol* 2020, 11, 625776. doi:10.3389/fneur.2020.625776
3. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res* 2015, 25 (1), 1–7. doi:10.3233/ves-150549
4. Brandt T, Dieterich M. Vestibular paroxysmia: vascular compression of the eighth nerve? *Lancet* 1994, 343 (8900), 798–799. doi:10.1016/s0140-6736(94)91879-1
5. Strupp M, Lopez-Escamez JA, Kim JS et al. Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria. *J Vestib Res* 2016, 26 (5–6), 409–415. doi:10.3233/ves-160589
6. Ihtijarevic B, Van Ombergen A, Celis L et al. Symptoms and signs in 22 patients with vestibular paroxysmia. *Clin Otolaryngol* 2019, 44 (4), 682–687. doi:10.1111/coa.13356
7. Bayer O, Brémová T, Strupp M, Hüfner K. A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over trial (Vestparoxy) of the treatment of vestibular paroxysmia with oxcarbazepine. *J Neurol* 2018, 265 (2), 291–298. doi:10.1007/s00415-017-8682-x
8. Schmäl F. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen im Alter. Heppenheim: InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH; 2022.