

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 33 (1997)
Heft: 12

Artikel: Der benigne paroxismale Lagerungsschwindel : Theorie, Klinik und Fallbeispiele
Autor: Escher-Sommer, Franco
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929248>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Der benigne paroxismale Lagerungsschwindel



Theorie, Klinik und Fallbeispiele

Franco Escher-Sommer, Physiotherapeut, Schwörstadtstrasse 6, 4058 Basel

Schwindel bedeutet für den Betroffenen eine grosse Einbusse an Lebensqualität. Die Ursachen für dieses, dem Schmerz ähnlichen Symptom, sind vielfältig. Der benigne paroxismale Lagerungsschwindel (BPLS) ist eine mögliche Diagnose. Es ist das Ziel dieses Artikels, diese Form des Schwindels in Theorie und Klinik darzustellen. Vier Fallbeispiele sowie einfache Übungen sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie veranschaulichen.

Einleitung

Schwindel stellt in der ärztlichen Praxis ein sehr häufiges Symptom dar. Die otoneurologischen Untersuchungsmethoden zur Diagnose der mit Schwindel assoziierten Krankheit sind hoch technisiert und weit fortgeschritten. Die therapeutischen Möglichkeiten sind demgegenüber bescheiden. Am Beispiel des benignen paroxismalen Lagerungsschwindels (BPLS) zeigt der Autor eine Möglichkeit der Schwindeltherapie auf.

Geschichte

Although Barany beschrieb im Jahre 1921 als erster den BPLS. Erste Übungen für Patienten mit vestibulärer Dysfunktion wurden im Jahre 1940 durch Terence Cawthorne, einem Otolaryngologen, und F.S. Cooksey, einem Physiotherapeuten entwickelt. Sie differenzierten nicht zwischen den verschiedenen vestibulären Problemen. Sie bemerkten einfach, dass diese Patienten die Tendenz haben, bestimmte Kopfbewegungen zu vermeiden (4). Im Jahre 1952 beschrieben Dix und Hallpike die spezifischen Eigenschaften dieser Krankheit (4).

Begriffsbestimmung

Schwindel

Schwindel (Vertigo), das vom Wort «Schwinden» abgeleitet ist, beschreibt ein typisches, ohnmachtartiges Gefühl. «Es handelt sich um eine bewusst empfundene Störung der Raumorientierung, die immer dann auftritt, wenn das erwartete Bild der Umwelt nicht mit dem von den Sinnesorganen gemeldeten übereinstimmt.» Die bewusste Orientierung im Raum kommt dank dem perfekten Zusammenspiel des vestibulären, optischen und propriozeptiven Systems zustande. Infolgedessen wird Schwindel, nach heutiger Auffassung, als «Ausdruck eines intersensorischen Konfliktes» betrachtet. Die Skala der Schwindelgefühle reicht von Taumeligkeits- oder Unsicherheitsgefühl bis hin zum Dreh-, Schwank-, und Liftschwindel (2,3). Als Gleichgewichtsstörung tritt oft die Fallneigung (Lateropulsion) auf (2).

Bei gesunden Menschen kann Schwindel ausgelöst werden, ohne dass es sich um eine Erkrankung handelt (2). Man unterscheidet:

• Optokinetischer Schwindel

Ein bekanntes Beispiel ist: Wir sitzen im stillstehenden Zug und betrachten einen ebenfalls stehenden Zug. Plötzlich glauben wir zu fahren, bis wir realisieren, dass nicht unser, sondern der gegenüber stehende Zug anfährt. In diesem Fall löst das visuelle System, das eng mit dem vestibulären System verknüpft ist, Schwindel aus (2).

• Visueller Schwindel

Beim Betrachten eines Films (z.B. Szenen schnell fahrender Autos oder Flugzeuge) kann ein unbehagliches Schwindelgefühl ausgelöst werden. Es wird provoziert durch die Diskrepanz von Sollwert (visuelle Realität) und Istwert (kinästhetische Realität). Der Zuschauer erwartet aufgrund der visuellen Beschleunigungs- und Verzögerungsvorgänge kinetische Konsequenzen und reagiert folgerichtig mit einer Gegenbewegung und ist in Gefahr hinzufallen.

• Drehschwindel

Diese Form lässt sich am besten erfahren, indem man sich auf einem Bürostuhl rotieren lässt. Die «Welt dreht sich» anschliessend horizontal eine Weile weiter.

• Vertikaler Schwindel

Ein Kind schlägt nacheinander mehrere Purzelbäume und erfährt anschliessend, dass «sich die Umgebung vertikal weiter dreht».

• Okulärer Schwindel

Diese Form entsteht durch verzerrte oder inkongruente Bilder (z.B. eine Brille auf der Nase des Normalsehenden) (2).

• Kinetosen (Reise- oder Bewegungskrankheit)

Vor allem durch schnelle, plötzlich verursachte Bewegungen, die bei Flug-, Auto-, Bahn- und Seereisen auftreten können, wird der Vestibularapparat wiederholt stimuliert. Dadurch entsteht, aufgrund reflektorischer Verbindungen zwischen dem Hirnstamm und dem Gleichgewichtsorgan, eine vegetative Symptomatik aus: Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Schweissausbrüche, Blutdruckschwankungen und Kopfschmerzen (10).

• Nystagmus

Der Nystagmus ist eine präzise, reflektorische, meist in regelmässigen Perioden auftretende Einstellbewegung beider Augen und wird durch das Zusammenspiel der Augenmuskelkerne und des Vestibularisapparates gesteuert. Er wird in eine langsame und eine schnelle Phase eingeteilt. Die Richtung des Nystagmus beurteilt man nach der schnellen Phase. Alltäglich zu beobachten ist dieser beispielsweise beim Blick aus dem fahrenden Zug (2,3).

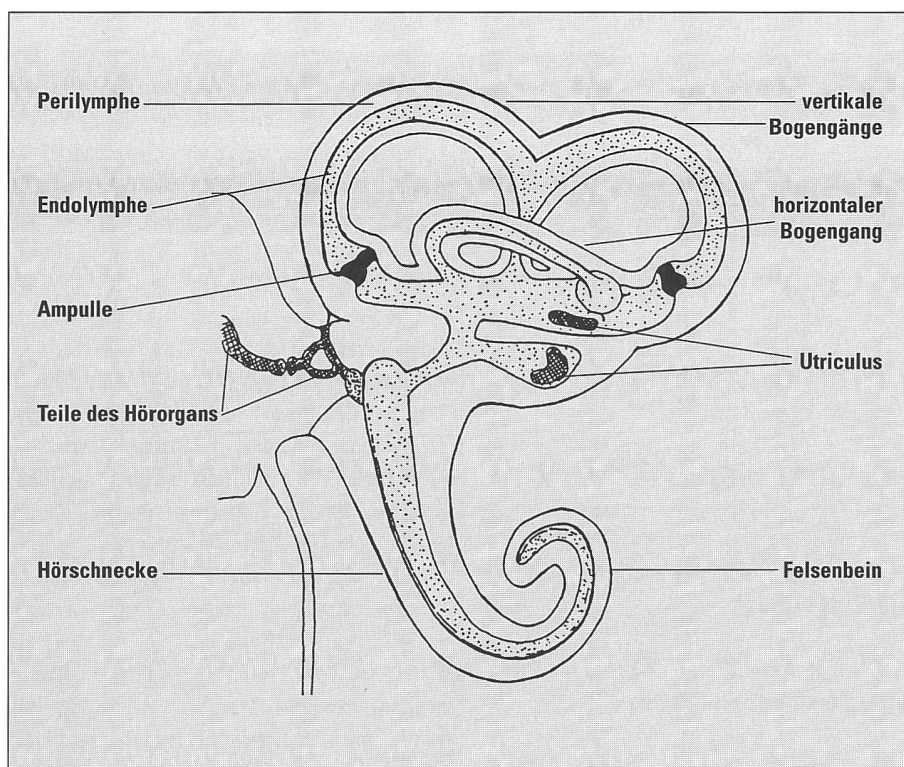


Abb. 1

Anatomie (Abb.1)

Das Gleichgewichtsorgan liegt bilateral, nahe der Hörschnecke im Felsenbein (3). Es bildet anatomisch eine Einheit mit dem Hörorgan (2). Der Vestibularapparat besteht aus zwei funktionell unterschiedlichen Teilen (2). Es sind dies der Bogengangs- und der Otolithenapparat (3).

Der Bogengangsapparat besteht aus den in drei Ebenen des Raumes zueinander senkrecht stehenden Bogengängen (3). Sie enthalten Endolymphe. Jede Ampulle (besondere Ausbuchtung innerhalb eines Bogenganges) enthält eine Leiste bestehend aus Sinneszellen, deren Zilien in eine schwenkbare Kupula eingebettet sind (9).

Der Otolithenapparat ist in den Utriculus und den Sacculus aufgeteilt und befindet sich im Vestibulum, einem Raum zwischen Hörschnecke und Bogengängen (3). Die Sinneszellen der Macula sacculi und der Macula utriculi gehen in Zilien über und tauchen in eine gallertartige Membran ein (9). Auf dieser Membran befinden sich relativ schwere Kalzitkristalle, die Otolithen oder Statolithen (9).

Neuronen leiten die Erregung weiter zu den Vestibulariskernen (9), von dort aus zu den Augenmuskeln, dem Kleinhirn und zu den Motoneuronen der Skelettmuskulatur und dem Gyrus postcentralis, welcher der bewussten Raumorientierung dient (9).

Physiologie

Das Vestibularorgan ist ein System von Mechanorezeptoren (3). Es dient der Stützmotorik, Blickmotorik und der Orientierung im Schwerefeld. Diese Funktionen erfüllt es in Zusammenarbeit mit dem visuellen und propriozeptiven System (3).

Das vestibuläre System liefert die für die Blickmotorik (nach erfolgter Kopfbewegung zur schnellen Fokussierung) nötige Information (3). Auf die Stützmotorik wirkt das vestibuläre System vor allem tonisierend (3). Koordinierte Statik und Dynamik des Körpers bedingen eine ständige Anpassung des Muskeltonus.

Der Bogengangsapparat ist dafür ausgelegt, Winkelbeschleunigungen zu erfassen (3). Jeder Bogengang steht für eine zugeordnete Bewegungsebene. Erfolgt beispielsweise eine Rotation in der horizontalen Ebene, wird die Endolymphe der in der selben Ebene liegenden Bogengänge und schliesslich deren Kupula bewegt. Dies führt zur Erregung der Sinneszellen und zur Modulation der Grundaktivität der Vestibularisneuronen. Diese Impulse werden zentralwärts fortgeleitet (3). Die Otolithen reagieren auf lineare Beschleunigungen, wie sie zum Beispiel im Aufzug oder im Auto auftreten. Die afferenten Impulse werden zur Stabilisierung des Körpergleichgewichts zum Vorderhorn weitergeleitet. Gleichzeitig dienen sie bestimmten Augenbewegungen, die Körper-

bewegungen kompensieren, wodurch die Fixation von Gegenständen möglich wird (2, 3).

Einteilung

Es existieren grundsätzlich drei Krankheitsgruppen der vestibulären Dysfunktion (4). Sie heissen:

- die vestibuläre Hypofunktion oder der unilaterale Verlust
- der totale Verlust
- der benigne und der maligne Lagerungsschwindel

Benigner paroxismaler Lagerungsschwindel (BPLS)

Der BPLS (auch Cupulolithiasis und Canalithiasis genannt) ist eine häufige vestibuläre Endorganstörung. Im Gegensatz zum vestibulären Verlust oder der Hypofunktion handelt es sich dabei um eine Überfunktion des vestibulären Systems. Der Begriff Lage- oder Lagerungsschwindel beinhaltet, dass der Schwindel einsetzt, sobald der Kopf in eine bestimmte Lage gestellt wird, oder durch eine schnelle Bewegung, dessen Lagerung verändert wird (4).

Klinik

BPLS ist charakterisiert durch eine kurze Latenzzeit (Zeit zwischen provozierender Bewegung und Schwindelanfall) von 1–5 Sekunden und einer ebenfalls kurzen Periode des Drehschwindels von 5–30 Sekunden, der dann auftritt, wenn die Position des Kopfes des Patienten in einer besonderen Weise ändert. Typischerweise trifft dies zu, wenn der Kopf rekliniert ist und sich das betroffene Ohr unten befindet. Der Betroffene hat das Gefühl des intensiven Drehens von sich selbst, oder seiner Umgebung, bei offenen und bei geschlossenen Augen. Kennzeichnend sind ebenfalls das Crescendo-Decrescendo-Verhalten sowie Nausea bis zum Erbrechen.

Typisch ist das nächtliche Aufwachen mit heftigem Schwindel, begleitet von Nausea und Erbrechen, nach dem Drehen im Schlaf. Meist folgen die Schwindelattacken in kurzen Abständen bei Kopfdrehungen. Der Patient gibt an nur noch auf einer Seite liegen zu können. Das Drehen auf die andere Seite löst sofort einen Schwindelanfall aus.

Diese Krankheit wird gelegentlich nach Schädelhirntrauma, viraler Labyrinthitis oder chronischer Otitis media beobachtet. Meist lässt sich aber keine auslösende Ursache finden (4).

Pathophysiologie

Für dieses Phänomen existieren zwei verschiedene Theorien. Die erste Hypothese, Cupulolithiasis, nimmt an, dass Fragmente (wahrscheinlich

der Otoconia des Utricel), auf der Oberfläche der Kupula festsitzen. Sie erhöhen dadurch dessen relative Masse und machen so den hinteren Bogengang empfindlicher für die Gravidität. Die verstärkte Empfindlichkeit der Kupula in Relation zur Endolymphe resultiert in eine unverhältnismässige Auslenkung der Kupula des hinteren Bogenganges, wenn dieser aktiviert wird. Das Ergebnis ist Schwindel, Nystagmus und Übelkeit. Die zweite Hypothese, Canalithiasis, besagt, dass das Teilchen nicht auf der Kupula klebt, sondern im hinteren Bogengang frei umherschwimmt. Sobald der Kopf in die Schwindel provozierende Lage gebracht wird, sinkt das Trümmerteilchen ab. Dies bewirkt, dass die Endolymphe von der Ampulle wegfließt. Dieses Abfließen der Endolymphe überwindet die natürliche Trägheit der Kupula. Daraus resultiert eine unverhältnismässige Reizung des entsprechenden vestibulären Nerves (5).

Kompensationsmechanismen

Der menschliche Körper hat die Fähigkeit, partielle Schädigungen auszugleichen. So kann der verbliebene Teil eines Organs durch beträchtliche Leistungssteigerung oder Zellvermehrung die Funktion des geschädigten Organs mehr oder weniger abdecken. Dieser lebenswichtige Vorgang heisst Kompensation. Das zentrale Nervensystem kann sich durch gezielte Übungsbehandlung erstaunlich gut erholen. Dies hängt mit dessen Plastizität und Lernfähigkeit zusammen. Das Zentralnervensystem verfügt über Möglichkeiten, Verluste der neuronalen Substanz zu ersetzen. Verlorene Strukturen werden jedoch nicht wieder hergestellt, sondern nur deren Funktion von intakten Strukturen übernommen. Ein weiterer bekannter Mechanismus ist die Adaptation. Sie kennzeichnet sich dadurch, dass der Sinnesrezeptor sich wiederholten Reizen anpasst und die neuronale Entladungsrate nachlässt.

Als dritter Mechanismus ist die Habituation bekannt. Sie ist eine verminderte zentralnervöse Antwort auf wiederholte Reize. Die wiederholte Benutzung einer Synapse verbessert dessen Erregungsübertragung. Diese Tatsache bildet eine Grundlage für das Lernen des Gesunden. Diese sogenannten Bahnungsphänomene werden zur Übungsbehandlung des Kranken benutzt. In der Physiotherapie sind zu diesem Thema beispielsweise die propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation und die Therapie nach Bobath bekannt, wo der Kranke einzelne Bewegungsabläufe bis hin zum Gehen neu erlernt.

Funktionelle Erholungsvorgänge des Nervensystems werden durch gezielte Übungsbehandlung begünstigt oder überhaupt ermöglicht. Entscheidend für eine erfolgreiche Erholung sind

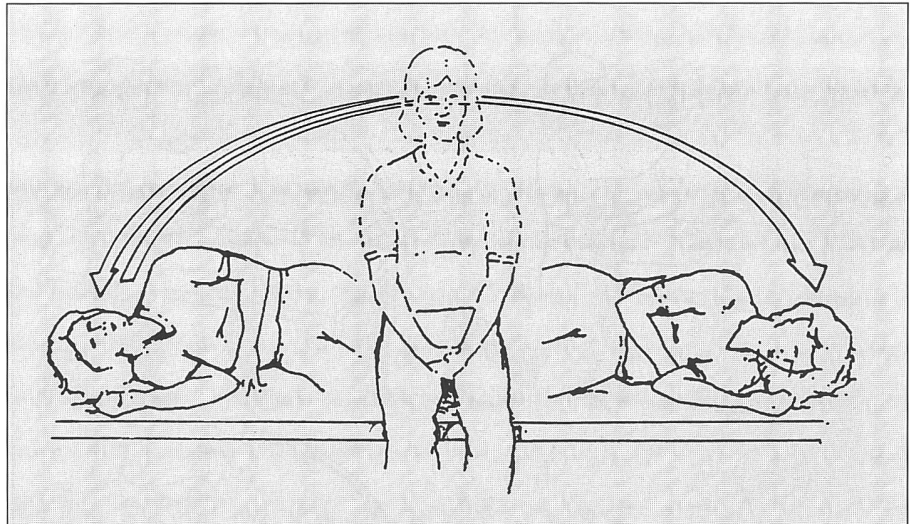


Abb. 2

die genaue Diagnose und die Intensität der Übungen (3).

Diagnostik

Die ärztliche Untersuchung besteht aus folgenden Teilen:

- a) Anamnese
Die Anamnese ist der wichtigste Teil der Diagnostik. In den folgenden Untersuchungen wird die Verdachtsdiagnose verifiziert.
 - b) HNO-Status (Untersuchung von Ohren, Nase, Mund usw.) Normalerweise ist nichts Besonderes festzustellen.
 - c) Audiologische Untersuchung (verschiedene Hörteste)
 - d) Klinische otoneurologische Untersuchung (Prüfung der Hirnnerven)
 - e) Elektronystagmographie (elektrische Ableitung der Augenmuskelbewegungen)
- Zusätzlich bei speziellen Fragestellungen:
- f) bildgebende Verfahren (Röntgen, Kernspintomographie, Ultraschall)
 - g) weitere, wie: neurologische Untersuchung (Koordination z.B. Gang, Romberg)
 - h) Ergebnisse der Vestibularisprüfung (Provokation von Nystagmen)

Als wichtige Einzelprüfung liefert die Lage- und Lagerungsprüfung oft den einzigen pathologischen Hinweis. Es kommt dabei zum sogenannten benignen paroxysmalen Lagerungsnystagmus. Die Kennzeichen sind:

- Latenz bis zum Beginn des Nystagmus
- Horizontal-rotierender Nystagmus mit Crescendo-Decrescendo-Charakter
- Synchron dazu Schwindel und Übelkeit bis Erbrechen
- Richtungswechselnder rotatorischer Nystagmus
- Ermüdbarkeit bei repetitiven Bewegungen.

Beim Fehlen von Übelkeit, bei vertikalen Nystagmen, oder bei einer Dauer von mehr als 60 Sekunden, muss eine zentral-vestibuläre Störung angenommen werden (maligner paroxysmalen Lagerungsschwindel PLS). Der BPLS ist ausgeschlossen.

Übungen

Der Vorteil der Übungen liegt im geringen Zeit- und Materialaufwand. Der Nachteil dieser Übungen ist, dass der Schwindel vorerst verstärkt auftritt. Es bedarf der einfühlsamen Instruktion, damit die Patienten die Angst vor den Symptomen verlieren und trotzdem mit der Übung weiterfahren.

Semont-Manöver (Abb. 2)

Der Patient setzt sich aufrecht auf den Bettrand. Sein Kopf ist zur betroffenen Seite gedreht. Danach legt er sich schnell auf die Seite, welche den Schwindel stärker auslöst. Er bleibt so lange liegen, bis der Schwindel abklingt. Nun hebt er sich schnell und legt sich auf die Gegenseite. Dies entspricht einem Positionswechsel um 180°. Dabei kontrolliert der Physiotherapeut die Beibehaltung der Kopfrotation. Wieder bleibt er so lange liegen, bis der Schwindel abklingt. Schliesslich hebt er sich langsam wieder. Diese Übung sollte, im Sinne eines Trainings, in Serien von 3 bis 4 Wiederholungen täglich dreimal wiederholt werden. Es sollte eine deutliche Ermüdung (Nachlassen) des Schwindels eintreten (5).

Die Autoren dieser Studie empfehlen:

- die nächsten 48 Stunden aufrecht zu sitzen
- sowie, um Bewegungen des Kopfes zu vermeiden, einen Halskragen zu tragen (5).

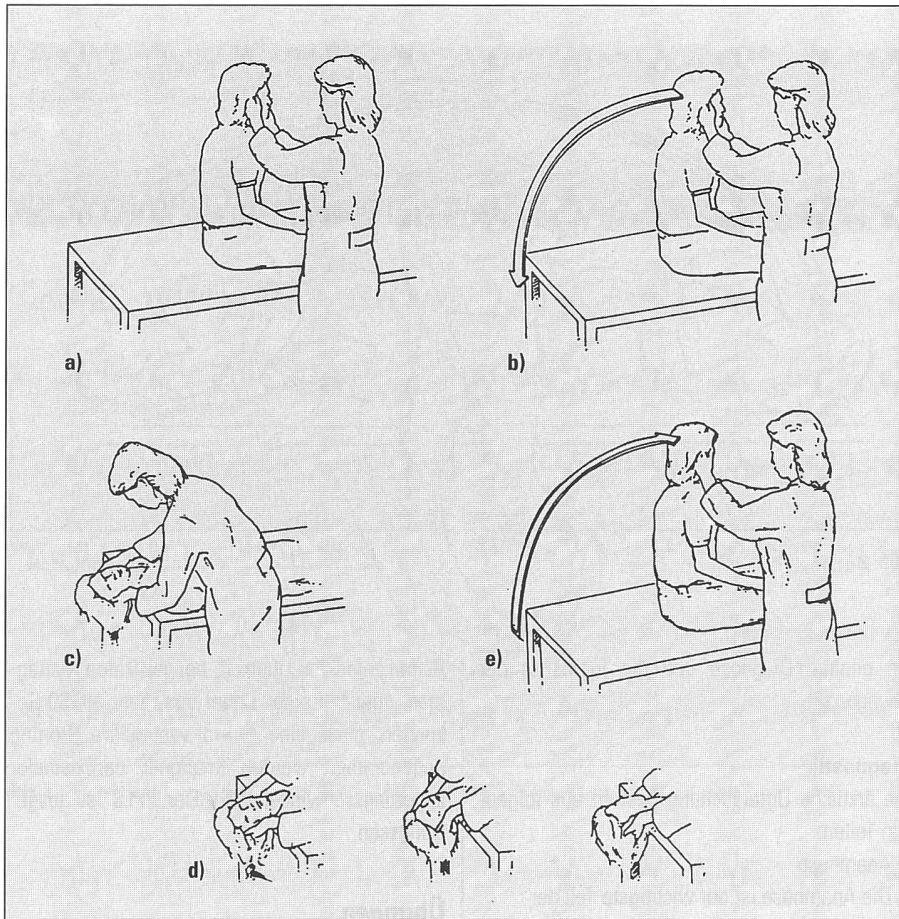


Abb. 3

Epley-Manöver (Abb. 3)

Der Patient sitzt im Langsitz am Kopfende der Behandlungsliege. Sein Kopf ist 45° zur betroffenen Seite rotiert (Abb. 3a).

Nun legt er sich schnell auf den Rücken und zwar so, dass der Kopf über das Tischende hinausragt. Der Physiotherapeut führt den Kopf und hilft dem Patienten die Position des Kopfes beizubehalten (Abb. 3b).

In der Endstellung ist der Kopf des Patienten extendiert und 45° rotiert. Er verbleibt so bis der Schwindel abklingt (Abb. 3c).

Nun dreht er den Kopf langsam auf die Gegenseite. Wenn 45° erreicht sind verharrt er, bis der Schwindel abklingt (Abb. 3d).

Jetzt setzt er sich langsam auf (Abb. 3e) (5).

Fallbeispiele**Frau C. A.***Anamnese*

Frau C. A. klagte über rezidivierende Schwindelbeschwerden. Im Alltagsleben machte sich der Drehschwindel vor allem bei Kopf-Reklination bemerkbar. Er dauerte, nach einer kurzen Latenz, 5–10 Sekunden. Die Beschwerden ließen sie

nachts aufwachen und waren morgens am intensivsten.

Diagnose

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel.

Therapieverlauf

Nach einer kurzen Einführung konnte die Patientin die Übung selbständig ausführen. Nach zwei Wochen setzte sie die Medikamente ab und war beschwerdefrei.

Epikrise

Nach zwei viertelstündigen Sitzungen und zwei Wochen selbständiger, täglicher Therapie, war der Schwindel entscheidend reduziert.

Frau H. R.*Anamnese*

Frau H. R. war Hausfrau und arbeitete auf einem Bauernhof. Sie litt seit vier Wochen an Schwindelbeschwerden. Seitdem hatte sie morgens beim Aufstehen intensive Drehschwindelanfälle mit Übelkeit und Erbrechen. Während des Tages nahmen die Symptome an Intensität ab. Die Anfälle hinderten sie daran, ihrem Beruf nachzugehen. Zeitweise erwachte sie nachts nach dem Drehen im Bett.

Diagnose

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel.

Therapieverlauf

Eine Woche nach der ersten Sitzung teilte sie mir mit, dass die Schwindelbeschwerden abgenommen haben. Das Semont-Manöver schien nicht mehr genügend Schwindel zu provozieren. So versuchten wir es mit dem Epley-Manöver. Der Nachteil dieser Übung ist, dass eine Hilfsperson unentbehrlich ist. Frau H. R. war überzeugt davon, dass ihr Mann bei den regelmäßigen Ausführungen helfen werde. Diese Übung reduzierte, nach ihren Angaben, den Schwindel nochmals beträchtlich. Eine Woche später beschrieb sie, dass «es beim Aufsitzen nicht mehr drehe» und sie sich «tagsüber wieder besser fühle». Nach sechs Monaten war sie wieder voll arbeitsfähig.

Epikrise

Nach zwei viertelstündigen Sitzungen und täglicher Durchführung der Lagerungsübungen war Frau H. R. beschwerdefrei.

Herr P. R.*Anamnese*

Der Patient wurde bewusstlos im Badezimmer vorgefunden. Es besteht eine retrograde Amnesie (Gedächtnisstörung) für etwa zwei Stunden. Er erreichte wieder sein volles Bewusstsein mit vollem Erinnerungsvermögen. Seither litt der Patient an rezidivierenden, vor allem körpositionsabhängigen Drehschwindelattacken mit Gleichgewichtsstörungen. Begleitend komme es auch zu Nausea. Herr P. R. ist Koch im eigenen Betrieb und war über den Schwindel sehr beunruhigt. Er wollte für die kommende Sommersaison unbedingt frei von den Schwindelbeschwerden sein.

Diagnose

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel bei Status nach Schädelhirntrauma.

Therapieverlauf

Nach einer kurzen Einleitung führte er das Semont-Manöver mehrmals selbständig aus. Er gab nach einer Latenzzeit von ein paar Sekunden intensiven Schwindel an. Zusätzlich reagierte er mit Schwitzen und rotem Kopf. Der Nystagmus war kurz sichtbar. In weniger als zwei Wochen nahm der Schwindel von der Stufe «starker» Schwindel auf «mittlerer» Schwindel ab. Nach einem Monat beschrieb er seinen Zustand mit «wenig» Schwindel.

Herr P. R. schilderte den Heilungsprozess als «sehr langsam voranschreitend». Er war überzeugt, dass ihm die Übung sehr helfe. Die Dosis des Medikaments Betaserc 8 konnte er nach



Gratis!

Physiotherapeuten müssen jetzt zugreifen!

Wenn Sie als Physiotherapeut mit den **Verspannungen** in der Kasse genauso problemlos zurechtkommen wie mit jenen in der Rückenmuskulatur, brauchen Sie uns vielleicht wirklich nicht. Wenn Sie hingegen Ihre verstrickte Administration entlasten möchten, dann sind wir bestimmt die richtige Adresse. Die Ärztekasse kümmert sich nämlich seit jeher um all das, was den Therapeutinnen und Therapeuten auf den Ischias geht. Profitieren also auch Sie von den verschiedensten Computer- und Handabrechnungssystemen, von einer ganzen Reihe betriebswirtschaftlicher Massnahmen und von praktisch unbegrenzten Serviceleistungen rund um Ihre Praxis. Übrigens: Wie wär's mit einer kleinen Spartherapie?

ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI



vier Monaten halbieren. Nach sechs Monaten war er wieder zwischen 50 und 70 Prozent arbeitsfähig. Schnelles Bücken waren vorerst noch nicht möglich.

Epikrise

Nach zwei physiotherapeutischen Sitzungen und vier Monaten Durchführung der Heimübung, reduzierte sich der Schwindel von «stark» bis «wenig».

Herrn B. L.

Anamnese

Herr B. L. war Primarlehrer. Das Schwindelgefühl machte sich vor allem bei Kopfreklination bemerkbar, so dass es für ihn unmöglich war, Turnunterricht zu geben. Er klagte auch über einen steifen Nacken und entsprechende Schmerzen.

Diagnose

Zentraler Schwindel bei Hirntumor.

Therapieverlauf

Auffällig war die verstärkte Anteroposition des Kopfes sowie eine vergrösserte BWS-Kyphose. Bei der Palpation der Nacken-Hals-Region stellte ich eine verspannte Nacken-Hals-Muskulatur fest, die sich auch als sehr druckdolent erwies. Ich hatte den Eindruck, dass das Semont-Manöver für Herrn B. L. zu intensiv war. So reduzierte ich die Therapie auf weniger spezifische Gleichgewichtsübungen (1). Mit dem Ziel, die Grenze seines Gleichgewichts festzustellen, verringerte ich jeweils die Unterstützungsfläche. Nach Absprache mit dem Arzt entschied ich mich, die Therapie mit Herrn B. L. abzubrechen. Die Gründe dafür lagen im Verdacht, dass es noch andere Ursachen für seinen Schwindel geben muss.

Später wurde eine Computertomographie durchgeführt. Im Bereich des vierten Ventrikels wurde ein Tumor diagnostiziert.

Besprechung der Patientenbeispiele

Im folgenden stelle ich die Fallbeispiele zusammenfassend dar:

Frau C. A.

Die Diagnose war eindeutig. Die Übung bewirkte, dass der Schwindel innerhalb zwei Wochen stark abnahm und sie sich dann wieder wohlfühlte.

Frau H. R.

Nach zwei Wochen fühlte sie sich besser. Heute ist sie voll arbeitsfähig. Es blieb ein Restschwindel.

Herr P. R.

Die Adipositas führte zu verstärkten vegetativen Symptomen wie: Schwitzen, Herzklopfen und Blutdruckanstieg. Herr P. R. war motiviert und ausdauernd. Der Heilungsprozess verlief sehr langsam.

Herr B. L.

Die Untersuchung zeigte kein typisches Bild des BPLS. Folgende Untersuchungsergebnisse sprechen für eine zentrale Komponente:

- unsicherer Blindstrichgang
- während der Kopfreklination basal (vertikal) gerichteter Nystagmus
- Kopfschmerz oder Kopfdruck

Herr B. L. führte die Übungen wegen Erbrechen unregelmässig aus. Der später diagnostizierte Hirntumor erklärte die für BPLS unspezifischen Untersuchungsergebnisse und die Therapie-resistenz.

Psychologische Aspekte der Therapie (Patientenführung)

Die meisten Patienten empfinden den Schwindel mit Übelkeit und Erbrechen als ausgesprochen beängstigend. Sie verlieren die Kontrolle über wesentliche Körperfunktionen, was ihnen den Eindruck einer sehr schweren Krankheit vermittelt. Deshalb ist die Information des Patienten, als auch die psychologische Führung während der Therapie wichtig. Die Information des Patienten könnte, falls die Diagnose gesichert ist, folgendermassen aussehen. Wir erläutern, dass:

- der BPLS sehr unangenehm und beängstigend ist (der Patient fühlt sich verstanden).
- die Krankheit an sich harmlos ist und kein Ausdruck einer anderen Krankheit oder des Alterns ist.
- sich im Gleichgewichtsorgan winzige Steinchen losgelöst haben und bei Kopfbewegungen Fehlalarme ans Gehirn weiterleiten.
- es nun darum geht das Gehirn zu trainieren, nicht mehr auf diese Fehlermeldungen herein-zufallen.
- der Erfolg der Therapie massgeblich vom konsequenten Einsatz des Patienten abhängt.
- er auf meine Hilfe zum Erreichen dieses Ziels zählen kann.

Weitere wichtige Aspekte sind:

- Der Patient lernt mit seinem Leiden umzugehen. Er verfügt über ein wirksames «Mittel».
- Die nächste Sitzung dient als Ziel und motiviert zum Weiterüben.
- Die Abnahme des Schwindels vermittelt Hoffnung auf Besserung.

Zusammenfassung

Der Vergleich der Literatur und der Fallbeispiele lässt darauf schliessen, dass der BPLS physiotherapeutisch behandelbar ist. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind die eindeutige Diagnose des Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Ebenfalls entscheidend ist die regelmässige Ausführung der Übungen. Mit Ausnahme von Herrn B. führten alle PatientInnen die Lagerungs-Übungen konsequent durch. Dies ist erstaunlich, da diese Manöver wie schon beschrieben, die Symptome Schwindel bis hin zu Nausea und Erbrechen (wenigstens bei der ersten Ausführung) provozieren können.

Für die fachliche und freundschaftliche Unterstützung danke ich herzlich Herrn Dr. med. K. Strub (Assistenzarzt an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Basel), Dr. A. Gmür (FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten Chur), Prof. Dr. biomed. ing. J. H. J. Allum, Prof. Probst (beide Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Kantonsspital Basel) und vielen namentlich nicht erwähnten Helfern im Hintergrund.

LITERATUR

- 1) BIESINGER E., ZIMMERMANN R., ISSINIG P., SCHEINFLUG B.: Krankengymnastisches Trainingsprogramm gegen Schwindel, Krankengymnastik (KG) 43, 1991; 8: 791–800.
- 2) HAID C. T.: Vestibularisprüfung und vestibuläre Erkrankungen Ein Leitfaden für Praxis und Klinik zur Diagnostik und Therapie von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Springer 1990.
- 3) HAMANN K. F.: Training gegen Schwindel, Mechanismen der vestibulären Kompensation und ihre therapeutische Anwendung, 1987.
- 4) HERDMANN S.: Assessment and treatment of patients with vestibular disorders Balance proceedings of the APTA Forum 1990, Chapter 7: 295–300.
- 5) HERDMANN S. J., TUSA R. J., ZEE D. S., PROCTOR L. R., MATTOX D. E.: Single treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo Arch otolaryngol Head Neck Surg., 1993; 119: 450–454.
- 6) HORAK F. B., JONES-RYCEWICZ C., OWEN BLACK F., SHUMWAY-COOK A.: Effects of vestibular rehabilitation on dizziness and imbalance Otolaryngol Head Neck Surg, February 1992; 106/2: 175–180.
- 7) PARNES L. S., PRICE-JONES R. G.: Particle repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. Ann Otol Rhinol Laryngol 102: 1993.
- 8) SCHMIDT R. F., THEWS G.: Physiologie des Menschen, Springer 1985.
- 9) SILBERNAGL S., DESPOPOULOS A.: Taschenatlas der Physiologie, Thieme 1991.
- 10) PSCHYREMBEL: Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter 1990.
- 11) ERNST ZEHNDE: Radio DRS, Sendung: Etcetera vom 21.12.94 «Sprechstunde Schwindel».



Testen und gewinnen!

SISSEL®

Entspannt schlafen ...

RUHEWOHL PLUS +

und sich natürlich gut fühlen!

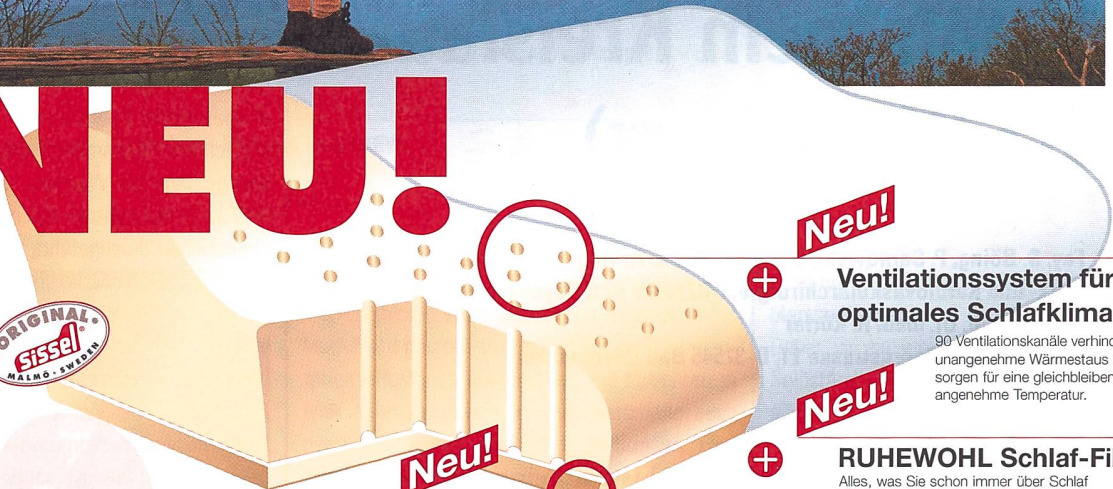


NEU!



Höhenvariabel, durch Vario-Einlage!

Das Kissen kann der jeweiligen Schlafposition Nacht für Nacht optimal angepaßt werden.



Neu!



Ventilationssystem für ein optimales Schlafklima!

90° Ventilationkanäle verhindern unangenehme Wärmestaus und sorgen für eine gleichbleibend angenehme Temperatur.

Neu!



RUHEWOHL Schlaf-Fibel!

Alles, was Sie schon immer über Schlaf wissen wollten ... ein 32-seitiger Ratgeber für natürliche Einschlafhilfen liegt jedem **SISSEL®/RUHEWOHL PLUS +**-Kissen bei.

3+1



Einführungsangebot!

Bei Abnahme von 3 Original **SISSEL®/RUHEWOHL PLUS +**-Kissen erhalten Sie zusätzlich **1 Kissen gratis!**

Ihr Gewinn-Plus!

Nennen Sie uns hier **zwei** Pluspunkte des neuen **SISSEL®/RUHEWOHL PLUS** Nackenkissens und mit ein wenig Glück gewinnen Sie eine dieser drei tollen Reisen!

1. +

2. +

Unter allen Einsendern der richtigen Lösung verlosen wir drei Reisen. (unabhängig davon ob Sie etwas bestellen oder nicht). Freuen Sie sich auf ...

Die Gewinner werden benachrichtigt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Angestellte der Firma **MEDIDOR** sind von dem Wettbewerb ausgeschlossen. Einsendeschluß 31.12.1997

- 1. Preis 2 Wochen „heißen“ Winterurlaub in Canada für 2 Personen.
- 2. Preis 1 Woche Stockholm für 2 Personen.
- 3. Preis 1 verlängertes Wochenende auf dem romantischen Weingut „Hotel Annaberg“ in Bad Dürkheim, ebenfalls für 2 Personen.

Bestellung!

Anzahl	Ja, ich hätte gerne ...	Ihr EK (inkl. Mwst)
1	SISSEL®/RUHEWOHL PLUS + -Kissen	87.30 Fr.
	Einführungsangebot „3+1“	3 SISSEL®/RUHEWOHL PLUS + -Kissen 261.90 Fr.
	<i>Sie erhalten 1 Nackenkissen gratis! (Nur 1 x pro Praxis!)</i>	

Ihr Absender!

