

Schnelles Handeln in der Notaufnahme

Schwindel: Immer auch an Hirnstamminstult denken!

Bei Patienten, die mit dem Leitsymptom Schwindel in die Notaufnahme kommen, ist schnelles Handeln gefragt. Welche differenzialdiagnostischen Überlegungen und welche Untersuchungen führen rasch zur richtigen Diagnose?

Bei Patienten mit Schwindelsymptomen, empfiehlt PD Dr. Andreas Zwergal, Institut für klinische Neurowissenschaften, LMU München, zunächst zwischen Schwank- und Drehschwindel zu unterscheiden. Bei Schwankschwindel seien internistisch unter anderem kardiale Ursachen wie Herzrhythmusstörungen, metabolische Ursachen wie Blutzucker- oder Elektrolytentgleisungen und respiratorische Ursachen zu bedenken. Oft spielen bei einem Schwankschwindel auch psychische Faktoren eine Rolle. Zentrale und peripher vestibuläre Ursachen sind sowohl bei Schwank- als auch bei Drehschwindel abzuklären.

Schwindel ist das dritthäufigste Leitsymptom in der neurologischen Notaufnahme.

Peripher vestibulär oder zentral ischämisch?

„Schwindel ist das dritthäufigste Leitsymptom in der neurologischen Notaufnahme, nach Kopfschmerzen und motorischen Defiziten“, berichtet PD Dr. Georg Royl, Neurologie, Uniklinik Lübeck, aus einer Erhebung an der Charité [1]. In einer retrospektiven Kohorte von 475 Patienten, die mit Schwindel als Leitsymptom in die Notaufnahme gekommen waren, wurden folgende Diagnosen am häufigsten gestellt:

- benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPL) (23%)
- zerebrale Ischämie (20%)
- Präsynkope (15%)
- psychogener Schwindel (13%)
- Neuropathia vestibularis (11%)

Zu 124 Patienten standen Verlaufsdaten zur Verfügung. 43% aller in der Notaufnahme gestellten Diagnosen waren später korrigiert worden. 6% der Diagnosen aus der Kategorie „benigne“, z. B. BPL oder psychogener Schwindel, wurden dabei durch eine Diagnose der Kategorie „gravierend“, z. B. Schlaganfall, ersetzt. In 23% der initial als „gravierend“ beurteilten Fälle wurde nachträglich eine „benigne“ Diagnose gestellt. Das am häufigsten verwechselte Diagnosenpaar waren Neuropathia vestibularis und zerebrale Ischämie [2]. Besonders Hirnstamminfarkte können Royl zufolge in ihrem klinischen Aspekt der Neuropathia vestibularis sehr nahe kommen. „Der Hirnstamminfarkt ist gefährlicher und wahrscheinlicher. Deswegen ist er so weit wie möglich auszuschließen“, betont Royl.

Eine retrospektive Studie in Kanada evaluierte die Krankheitsverläufe von 41.794 Patienten, die mit der Diagnose „periphere vestibuläre Störung“ aus dem Krankenhaus entlassen worden waren. 0,18% dieser Patienten erlitten in den darauf folgenden 30 Tagen einen Schlaganfall. Das relative Schlaganfallrisiko war 9,3-mal höher als in der Referenzpopulation, gematchten Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Nierenkolik“ [3]. Eine mögliche Erklärung sieht Royl darin, dass neu aufgetretene Hirnstammischämien primär immer wieder als peripher vestibulär fehldiagnostiziert werden.

HINTS sensitiver als MRT

Eine gründliche Untersuchung auf zentrale Zeichen ist Royl zufolge bei akutem vestibulärem Syndrom, gekennzeichnet durch Schwindel, Nystagmus, Übelkeit oder Erbrechen, Überempfindlichkeit gegenüber Kopfbewegungen und Gangunsicherheit, unerlässlich. Der dreischrittige, für die Untersuchung am Krankbett konzipierte Test HINTS (Head-Impulse-Nystagmus-Test-of-Skew) habe sich in dieser Situation sogar als sensitiver im Vergleich zur MRT erwiesen [4]. HINTS schließt ein:

- horizontaler Kopfdrehimpuls zur Prüfung des vestibulo-okulären Reflexes
- Nystagmus in verschiedenen Blickpositionen
- Evaluation von Blickdeviationen

Im Zweifelsfall empfiehlt Royl, die Indikation für eine MRT-Untersuchung großzügig zu stellen und gegebenenfalls den Patienten stationär zur Verlaufsbeobachtung aufzunehmen.

Dr. Thomas M. Heim

basierend auf: Symposium „Schwindel in der Notaufnahme: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung“, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, „Neurowoche 2018“, Berlin; Literaturliste beim Verlag.