

Kasuistik

Schwindel

Wolfgang Hausotter



Anamnese I

- 42-jähriger Geschäftsmann, Leiter einer Vielzahl von Firmen mit insgesamt 4000 Angestellten. In den letzten Wochen außergewöhnlicher beruflicher Stress. Seit 2-3 Wochen ungerichteter Schwankschwindel „wie auf einem Schiff“, seit 8 Tagen mehrmaliges Erbrechen. Keine Kopfschmerzen, keine Ohrsymptomatik, keine tageszeitliche Bindung, keine Abhängigkeit von körperlicher Belastung.

Anamnese II

- Vorerkrankungen: Leberparenchymschaden nach Hepatitis A, Hypercholesterinämie, labiler Bluthochdruck
- Vor einigen Jahren Beinahe-Flugzeugabsturz, danach phobische Reaktion mit Klaustrophobie in Flugzeugen
- Unter Infusionsbehandlung durch den Hausarzt mit Trental und HAES anfangs deutliche Besserung der Symptomatik

Neurologischer Befund

- Wechselnder Blickrichtungsnystagmus, unterschiedlich bei mehreren Kontrollen
- Keine Hirnnervenausfälle
- Keine Halbseitensymptomatik
- Gang leicht unsicher, Romberg: leichtes ungerichtetes Schwanken, Unterberger: Drehungstendenz nach links, Strichgang: Abweichtendenz und Fallneigung nach links. RR 170/110 mmHg

Technische Zusatzdiagnostik

- EEG und Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien unauffällig
- AEP: verzögerte Latenzen links
- MRT Schädel: kugeliger Prozess subkalottär links zentral (lt. Radiologie Meningeom)
- MR-Angiographie unauffällig
- Augenärztlicher und HNO-Befund o.B.

Vorläufige Diagnose

- In Anbetracht der Hypercholesterinämie, des Bluthochdruckes und des AEP-Befundes war an eine vaskuläre Genese zu denken gewesen

V.a. vertebro-basiläre Insuffizienz

Über einen phobischen Attackenschwindel ging der klinische Befund eindeutig hinaus

Verlauf I

- Weitere Infusionen mit Trental und HAES durch den Hausarzt, auch Sulpirid und Vertigo-Vomex führten zu keiner Besserung
- Anhaltendes, aber etwas fluktuierendes Beschwerdebild
- Stationäre Behandlung in einer großen internistischen Klinik: Befunde und vaskuläre Genese wurden bestätigt
- Zusätzlich konsultierter Neurologe: benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel

Verlauf II

- Erneute stationäre Aufnahme in einer Inneren Abteilung eines anderen Krankenhauses: Wiederum erhöhter Blutdruck, dies wurde als vaskuläre Ursache angesehen, mit Betablockern behandelt, daraufhin Blutdruckabfall, was den Schwindel verstärkte

Verlauf III

- Einige Monate später bei gleich bleibendem Beschwerdebild Vorstellung in einer Neurologischen Univ. Klinik, wobei ihn seine *Mutter* begleitete! Dort Klagen über verstärkte berufliche Belastungen, eigenartiges Benommenheitsgefühl, Sehstörungen wechselnder Ausprägung, Zittern am ganzen Körper
- Kein Drehschwindel, keine Ohrsymptomatik

Aktueller neurologischer Befund

- Bereits beim Betreten des Untersuchungszimmers eigenartige psychogen anmutende Gang- und Standstörung mit Zittern am ganzen Körper, breitbeinig, diffus schwankender Gang, besser bei Konzentrationsaufgaben und Ablenkung. Bei Fixation eines Punktes ruckartiges Zucken des Kopfes, auslösbarer Willkürnystagmus!

- In der umfassenden neurologischen und neurophysiologischen Diagnostik kein pathologischer Befund
- Der kugelige Prozess im MRT wurde als venöse Ektasie ohne pathologische Bedeutung gewertet
- Die posturographische Ableitung der Standschwankungen wurde als typisch für Pat. mit Angsterkrankungen angesehen

Diagnose

Psychogene Gang- und Standstörung mit Willkürnystagmus im Rahmen einer bereits früher exazerbierten Angst-erkrankung, die unter psychosozialem Stress dekompenzierte

Therapieempfehlung des konsiliarisch zugezogenen Psychiaters: Ruhe- und Entspannung i.S. eines „Kururlaubs“