

Welche Medikamente gegen welchen Schwindel?

Ein Gespräch mit dem Neurologen Professor Michael Strupp

Bei vielen Schwindelformen lassen sich nur mit Medikamenten ausreichende Erfolge erzielen. Viel zu oft kommen allerdings nutzlose Präparate zum Einsatz, wie Professor Dr. med. Michael Strupp von der Universität München kritisiert. Im Interview erläutert der Neurologe, welcher Wirkstoff bei welchem Schwindel tatsächlich sinnvoll ist und welche Fehler man bei der Pharmakotherapie vermeiden sollte.

ARS MEDICI: Herr Professor Strupp, was ist der häufigste Fehler bei der medikamentösen Behandlung von Schwindelbeschwerden?

Strupp: Bei Schwindelsymptomen gilt die Grundregel: erst die Diagnose, dann die Therapie. Oft werden jedoch wahllos irgendwelche Medikamente eingenommen, die völlig nutzlos sind oder nur unnötige Nebenwirkungen haben.

ARS MEDICI: Vor welchen Medikamenten sollte man warnen?

Strupp: Beliebte, aber bei Schwindel unwirksam sind vor allem Präparate, die angeblich oder tatsächlich durchblutungsfördernd wirken. Dies gilt zum Beispiel für Ginkgo biloba, Pentoxifyllin, niedermolekulare Dextrane, Hydroxyethylstärke oder diverse homöopathische Mittelchen. Keinen Nutzen hat in der Schwindeltherapie auch die Stellatumblockade, bei der im Halsbereich Lokalanästhetika injiziert werden, um vegetative Nervenbahnen zu blockieren. Mancherorts kommt auch noch das Neuroleptikum Sulpirid zum Einsatz, das bei Schwindel allerdings unwirksam ist und deshalb nicht gegeben werden sollte. Grundsätzlich kann man sagen, dass Neuroleptika unter anderem wegen des Nebenwirkungsprofils bei Schwindelbeschwerden nicht indiziert sind.

ARS MEDICI: Welche Medikamente sind stattdessen zu empfehlen?

Strupp: Zur symptomatischen Behandlung, die bei vielen Schwindelformen für kurze Zeit zusätzlich erforderlich ist, reicht in den allermeisten Fällen ein Antivertiginosum wie zum Beispiel das Antihistaminikum Dimenhydrinat, das eine hohe Wirksamkeit besitzt und sehr gut verträglich ist.

ARS MEDICI: Wann sind beim gutartigen Lagerungsschwindel, der mit knapp 20 Prozent die häufigste Schwindelform darstellt, Medikamente erforderlich?

Strupp: Beim benignen peripheren, paroxysmalen Lagerungsschwindel stehen die Befreiungsmanöver an allererster Stelle. Damit lassen sich die Schwindel verursachenden Steinchen gezielt aus den Bogengängen herausspülen. In der Regel sind Betroffene dann spätestens nach drei Tagen beschwerdefrei. Medikamente sind nur erforderlich, wenn die Befreiungsmanöver zu starker Übelkeit führen und deshalb nicht korrekt durchgeführt werden können, womit etwa bei 5 bis 10 Prozent der Betroffenen zu rechnen ist. Sinnvoll kann dann beispielsweise die Gabe von Dimenhydrinat sein, das eine halbe Stunde vor den Übungen eingenommen wird. Betroffene haben auf diese Weise weniger Angst, die Übungen durchzuführen, was sehr wichtig ist.

«**Zur Symptombekämpfung reicht oft ein Antivertiginosum wie Dimenhydrinat.**»

ARS MEDICI: Wie hoch muss Dimenhydrinat für die Übungen dosiert werden?

Strupp: 100 bis 300 mg pro Tag reichen völlig aus. Eine solche Medikamenteneinnahme ist allerdings nur am ersten und vielleicht auch noch am zweiten Tag erforderlich. Am dritten Tag ist das nicht mehr notwendig, da aufgrund der Trainingsfortschritte dann kein heftiger Schwindel mehr auftritt.

ARS MEDICI: Welche Medikamente sind indiziert, wenn die Befreiungsmanöver keine Erfolge bringen?

Strupp: Wenn die Befreiungsmanöver korrekt durchgeführt werden, beträgt die Erfolgsquote 100 Prozent. Medikamente



Steckbrief

Prof. Dr. med. Michael Strupp, Leiter der Schwindelambulanz der Neurologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Forschungsschwerpunkte: Diagnose und Therapie von Störungen der vestibulären, okulomotorischen und cerebellären Systeme. Molekularbiologische Untersuchungen bei Erkrankungen von Hirnnerven. Gangstörungen. Funktionelle Bildgebung.
E-Mail: michael.strupp@med.uni-muenchen.de

«Betahistin ist das Mittel der Wahl bei Morbus Menière.»

sind daher nicht erforderlich. Ausserdem gibt es auch keine Präparate, mit denen sich die Steinchen in den Bogengängen zum Beispiel auflösen oder anderweitig beseitigen liessen.

ARS MEDICI: Wann sollten beim phobischen Schwindel Medikamente zum Einsatz kommen?

Strupp: Grundsätzlich steht beim phobischen Schwindel die Aufklärung an erster Stelle. Betroffenen muss die Angst genommen werden, dass hinter dem Schwindel eine schwerwiegende organische Erkrankung steckt. Wichtig ist auch die Empfehlung, angstverursachende Situationen nicht zu meiden, sondern bewusst aufzusuchen, um eine Desensibilisierung durch Eigenexposition zu erreichen. Zudem sollte regelmässig Sport getrieben werden, um das Vertrauen in die Gleichgewichtswahrnehmung zu stärken. Wenn das nicht ausreicht, können im nächsten Schritt auch Medikamente sinnvoll sein. Zusätzlich kann eine Verhaltenstherapie erfolgen, die aber meistens nicht notwendig ist. Erfahrungsgemäss braucht nur 1 von 30 Betroffenen diese relativ aufwendige Massnahme.

ARS MEDICI: Welche Medikamente sind beim phobischen Schwindel sinnvoll?

Strupp: In der Regel kommen selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer zum Einsatz, die in niedriger Dosierung aus-

reichend sind. Welches SSRI ausgewählt wird, ist irrelevant. Wirkungsvoll ist zum Beispiel Paroxetin in einer Dosierung von 10 oder 20 mg pro Tag oder Sertralin oder Citalopram. Höhere Dosierungen bewirken nur mehr Nebenwirkungen, aber keine besseren Therapieerfolge.

ARS MEDICI: Da beim phobischen Schwindel Ängste eine grosse Rolle spielen, würden einige Betroffene aus Furcht vor Nebenwirkungen wahrscheinlich lieber pflanzliche Präparate einnehmen. Ist das eine sinnvolle Alternative?

Strupp: Bei Betroffenen, die keine anderen Psychopharmaka nehmen möchten, könnte man vielleicht auch eine Therapie mit Johanniskraut versuchen. Allerdings spielen dann vor allem Placeboeffekte eine Rolle. Nüchtern betrachtet, helfen solche Therapien in den meisten Fällen sicherlich nicht so, wie man es sich wünscht.

ARS MEDICI: Eine sehr häufige Schwindelform ist auch die vestibuläre Migräne. Wie unterscheidet sich die Therapie dieser Migräneform von einer normalen Migräne?

Strupp: Die vestibuläre Migräne lässt sich prophylaktisch wie eine normale Migräne mit Betablockern oder Valproinsäure behandeln. Indiziert wäre eine solche Behandlung je nach Beschwerdeintensität ab zwei bis vier Attacken pro Monat. Oft wird eine vestibuläre Migräne allerdings nicht erkannt, da etwa ein Drittel der Attacken nicht mit Kopfschmerzen einhergeht. Deshalb sollte man bei rezidivierenden Schwindelattacken auch immer an eine vestibuläre Migräne denken, wenn sich zusätzlich eine Migräneerkrankung in der Vorgeschichte findet oder die Schwindelattacken mit Licht- und Lärmempfindlichkeit einhergehen. Dann wird die Diagnose vestibuläre Migräne sehr wahrscheinlich.

ARS MEDICI: Welche Medikamente sollten beim Morbus Menière zum Einsatz kommen?

Strupp: Die Therapie der Wahl zur Attackenprophylaxe ist ganz eindeutig die langfristige Gabe von Betahistin. Denn Betahistin reduziert im Innenohr den erhöhten Endolymphdruck, der zu den Schwindelattacken führt.

ARS MEDICI: Hat sich für Betahistin die Druckreduktion mittlerweile nachweisen lassen?

Strupp: Die Druckreduktion ist nicht explizit durch Druckmessungen belegt. Allerdings weiss man aus Tierversuchen, dass Betahistin die Blutzirkulation im Innenohr so modifiziert, dass die Endolymphproduktion abnimmt und die Resorption ansteigt. Die Druckreduktion wäre daher als der angenommene Wirkmechanismus zu bezeichnen, der für die Erfolge von Betahistin verantwortlich ist.

ARS MEDICI: Wie wird Betahistin dosiert?

Strupp: Die Devise lautet: viel und lange. Als Standarddosis ist zum Beispiel 3 x 48 mg pro Tag für mindestens 6 Monate zu empfehlen, am besten aber für 12 bis 24 Monate. In einer retrospektiven Studie an 106 Patienten zeigte sich damit eine

Fazit für die Praxis

- Bei Schwindel sind durchblutungsfördernde Substanzen unwirksam (z.B. Ginkgo biloba, Pentoxifyllin, niedermolekulare Dextrane etc.).
- Beim gutartigen Lagerungsschwindel sind Medikamente nur erforderlich, falls die therapeutisch eingesetzten Befreiungsmanöver zu starker Übelkeit führen. Es sind keine Präparate bekannt, mit denen sich die Steinchen in den Bogengängen auflösen lassen.
- Beim phobischen Schwankschwindel steht die Aufklärung an erster Stelle. Angstverursachende Situationen sollten zur Desensibilisierung bewusst aufgesucht werden. Zudem ist regelmässiger Sport zu empfehlen. Wenn das nicht ausreicht, können auch Medikamente wie zum Beispiel SSRI sinnvoll sein.
- Die vestibuläre Migräne lässt sich prophylaktisch wie eine normale Migräne mit Betablockern oder Valproinsäure behandeln.
- Beim Morbus Menière ist die Therapie der Wahl zur Attackenprophylaxe die Gabe von Betahistin, das im Innenohr den erhöhten Endolymphdruck reduziert.
- Bei der Neuritis vestibularis stellt die Cortison-Gabe die Therapie der Wahl dar. Virostatika haben in Studien keine Erfolge gezeigt. Entscheidend ist, dass die Glukokortikoide so früh wie möglich verabreicht werden. Welches Glukokortikoid man dagegen wählt, ist zweitrangig.
- Die Vestibularisparoxysmie hat wie die Trigemineuralgie einen Gefässnervenkontakt als Ursache und wird auch wie die Trigemineuralgie mit Carbamazepin behandelt. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 400 bis 800 mg.
- Medikamente sind eine vergleichsweise seltene Ursache von Schwindelbeschwerden. Infrage kommen zum Beispiel Antihypertensiva, Antikonvulsiva oder Parkinson-Medikamente. Meist handelt es sich um Schwankschwindel oder orthostatische Probleme beim Aufrichten, aber nicht um einen Drehschwindel.

signifikante Reduktion der Attackenhäufigkeit. Diese Reduktion war deutlich besser als bei einer niedrigeren Dosierung. Eine entsprechende prospektive randomisierte Studie ist derzeit am Laufen und wird wahrscheinlich 2009 fertig sein.

Wenn Betroffene sechs Monate attackenfrei sind, kann man die Dosis von 3 x 48 mg auf 3 x 24 mg halbieren. Nach weiteren sechs Monaten ohne Attacken lässt sich die Dosis nochmals halbieren. Ein Teil der Betroffenen kommt nach zwei Jahren ganz ohne Medikamente aus, aber das ist eher bei der Minder-

heit der Fall. Davon abgesehen wollen viele aus Angst vor neuen Attacken nicht, dass die Dosis reduziert wird.

ARS MEDICI: Zum Teil wurde für Betahistin auch eine kürzere Therapiedauer von vier bis zwölf Monaten empfohlen.

Strupp: Das ist richtig, aber die Erfahrung zeigt mittlerweile, dass die Therapieerfolge langfristig umso höher sind, je länger man Betahistin einnimmt. Viele, die Betahistin zu früh absetzen, bekommen wieder Attacken und dann geht es von vorne los.

ARS MEDICI: Wann sollten beim Morbus Menière Diuretika zum Einsatz kommen?

Strupp: Wenn beim Morbus Menière nach sechs Monaten trotz Betahistin unverändert viele Attacken auftreten, können Diuretika sinnvoll sein. Der erste Schritt wäre allerdings erst einmal, die Dosis von Betahistin auf vier- oder fünfmal 48 mg pro Tag weiter zu erhöhen. Wenn dann weiterhin Attacken auftreten, kann man zusätzlich einen Therapieversuch mit Diuretika unternehmen, etwa einem Kombinationspräparat aus Hydrochlorothiazid und Triamteren. Allerdings muss betont werden, dass die Wirksamkeit von Diuretika beim Morbus Menière nicht ausreichend belegt ist.

ARS MEDICI: Teilweise sind beim Morbus Menière auch gute Erfolge für Gentamicin beschrieben.

Strupp: Bei Gentamicin, das durch das Trommelfell hindurch gespritzt wird, muss immer eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen. Denn Gentamicin ist grundsätzlich ein ototoxisches Antibiotikum, das mit dem Ziel eingesetzt wird, bestimmte Haarzellen im Innenohr möglichst selektiv zu schädigen, um so die Attacken zu reduzieren. Allerdings können dabei auch Verschlechterungen des Hörvermögens auftreten, wenn gleichzeitig Sinneszellen in der benachbarten Cochlea in Mitleidenschaft gezogen werden. Gentamicin wird daher nur in besonders schweren Fällen eingesetzt, vielleicht bei 1 Prozent der Betroffenen. Vergleichsweise populär ist die Gentamicin-Therapie dagegen in den USA, wo rund 10 bis 20 Prozent diese Behandlung erhalten. Grundsätzlich sollte man jedoch nicht vergessen, dass die Wirksamkeit von Gentamicin bis anhin nicht durch gut kontrollierte Studien belegt wird.

ARS MEDICI: Welche Medikamente sind beim Morbus Menière während einer Attacke sinnvoll?

Strupp: Es ist kein Wirkstoff bekannt, der die Attacke verkürzt oder die Abheilung anderweitig verbessert. Im HNO-Bereich wird in der Akutphase teilweise Cortison gegeben, für das beim Morbus Menière allerdings keine entsprechende Wirksamkeit nachgewiesen ist. Andererseits hat Cortison bei einer einmaligen Gabe im Allgemeinen ja keine nachteiligen Effekte, weshalb man auch nicht unbedingt davon abraten muss.

Letztlich bleibt nur die symptomatische Behandlung mit Antivertiginosa. Zu empfehlen ist zum Beispiel Dimenhydrinat, das je nach Stärke des Brechreizes in einer Dosierung von 100 bis 300 mg pro Tag oral oder als Zäpfchen sinnvoll ist.

i.v.-Gaben kommen infrage, wenn bei starkem Erbrechen Infusionen zur Flüssigkeitssubstitution erforderlich sind. Da die Attacken in aller Regel schnell abklingen, sollte die Medikamentengabe normalerweise auf einen Tag beschränkt bleiben.

ARS MEDICI: Können auch Benzodiazepine sinnvoll sein?

Strupp: Benzodiazepine können bei stärkerem Schwindel sinnvoll sein, da sie aufgrund der sedierenden Wirkung einen guten Einfluss auf Schwindel und Übelkeit haben. Die Einnahmedauer sollte wegen des Abhängigkeitspotenzials allerdings so kurz wie möglich sein.

«Bei Neuritis vestibularis sollten Glukokortikoide, aber keine Virostatika eingesetzt werden.»»

ARS MEDICI: Bei der Neuritis vestibularis wird als Ursache eine lokale Infektion mit Herpes-simplex-Viren angenommen. Warum zeigen Virostatika dennoch keine überzeugenden Erfolge?

Strupp: Virostatika sind vermutlich unwirksam, weil sie zu spät eingenommen werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist die Virusreplikation bei der Neuritis vestibularis schon abgeschlossen, wenn die Symptome beginnen und die Betroffenen zum Arzt kommen.

ARS MEDICI: Stellen Glukokortikoide nun definitiv das Mittel der ersten Wahl dar?

Strupp: In einer eigenen prospektiven, randomisiert durchgeführten Doppelblindstudie, die 2004 im «New England Journal of Medicine» publiziert wurde, liess sich zeigen, dass Methylprednisolon zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Symptome führte, während Virostatika keine Erfolge brachten. Dieses Ergebnis wird von kleineren Vorläuferstudien aus Japan und einer aktuellen offenen Untersuchung aus Schweden gestützt. Insofern stellt die Cortison-Gabe bei der Neuritis vestibularis nun die Therapie der Wahl dar.

ARS MEDICI: Ist es wichtig, welches Glukokortikoid man wählt?

Strupp: Nein. Entscheidend ist vielmehr, dass man die Glukokortikoide so früh wie möglich und in ausreichender Menge einsetzt. Bei Methylprednisolon beginnt man zum Beispiel mit 100 mg pro Tag und reduziert die Dosis jeden vierten Tag um 20 mg.

ARS MEDICI: Wie lange sollten zusätzlich Antivertiginosa gegeben werden?

Strupp: Antivertiginosa sollten nur in der Akutphase und nicht länger als drei Tage zum Einsatz kommen, da diese Medikamente sedierend wirken und die zentrale Kompensation behindern, die für den Heilungsprozess enorm wichtig ist. Betroffene

sollten so schnell wie möglich wieder aus dem Bett heraus, um den Gleichgewichtssinn zu trainieren. Am ersten Tag schaffen das zwar nur die Wenigsten, aber bis zum dritten Tag können rund 90 Prozent mobilisiert werden.

ARS MEDICI: Gute Erfolge sind oft auch bei der Vestibularisparoxysmie möglich. Wie sollte therapiert werden?

Strupp: Die Vestibularisparoxysmie hat wie die Trigemineuralgie einen Gefässnervenkontakt als Ursache und wird auch wie die Trigemineuralgie mit Carbamazepin behandelt. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 400 bis 800 mg. Damit lassen sich die Schwindelattacken, die ähnlich der Schmerzen

einer Trigemineuralgie typischerweise nur wenige Sekunden oder Bruchteile von Sekunden anhalten, sehr gut kontrollieren.

ARS MEDICI: Ab wann ist bei der Vestibularisparoxysmie eine medikamentöse Prophylaxe indiziert?

Strupp: Die Indikation für eine Behandlung mit Medikamenten sollte man unter anderem von der Anfallshäufigkeit abhängig machen. So ist bei wenigen Attacken pro Monat nicht zwangsläufig eine Medikamenteneinnahme erforderlich. Allerdings ist bei den meisten Betroffenen dringend eine Prophylaxe indiziert. Denn die überwiegende Mehrheit leidet unter 4 oder 5, teilweise sogar unter bis zu 30 Attacken pro Tag.

ARS MEDICI: Welche Rolle spielen Medikamente als Schwindelverursacher?

Strupp: Medikamente sind eine vergleichsweise seltene Ursache von Schwindelbeschwerden. Infrage kommen in erster Linie Wirkstoffe gegen arterielle Hypertonie, Epilepsie (z.B. Carbamazepin) und Parkinson-Krankheit (z.B. Dopaminagonisten). Bei der entsprechenden Schwindelform handelt es sich um Schwankschwindel oder orthostatische Probleme beim Aufrichten, aber nicht um einen Drehschwindel. Der Schlüssel zur Diagnose ist die Anamnese mit der Frage, ob die Beschwerden mit dem Beginn der Einnahme eines Medikamentes oder einer Dosisänderung begonnen haben.

Interessenkonflikte: keine deklariert.

Die Fragen stellte Karl Eberius