

H. Schaaf:

Wie könnte man einen M. Menière von einem Migräneschwindel unterscheiden ?

Der Migräneschwindel ist einer der häufigsten Gründe für einen wiederholt spontan auftretenden Schwindel (Bronstein/Lempert 2006). Der Migräneschwindel kann in jedem Alter beginnen, wobei das weibliche Geschlecht ca. 3:1 überwiegt.

Kennzeichnend für eine Migräne sind in der Regel Attacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Aber viele Migränepatienten geben auch Schwindel als gelegentlichen oder häufigen Begleiter ihrer Kopfschmerzen an. Es gibt sogar Migränepatienten, bei denen allein der Schwindel auftritt, auch ohne Kopfschmerzen, dann handelt es sich um ein rein „vestibuläre Migräne“. Dabei kann der Schwindel in drei Varianten auftreten:

- als Drehschwindel,
- als Lageschwindel oder
- als diffuser Schwindel ohne Bewegungserscheinungen.

Diese unterschiedlichen Erscheinungen können alleine, gleichzeitig oder nacheinander auftreten. Langanhaltende Attacken über Stunden oder Tage können mit Drehschwindel und Erbrechen beginnen, was durch Lagerungswechsel und Kopfbewegung verstärkt wird, wobei die Symptome sich unterschiedlich ausgeprägt zeigen können.

Die Dauer der Attacken erstreckt sich von wenigen Sekunden bis hin zu Tagen. So können Patienten eine Serie von kurzen Schwindelanfällen über mehrere Stunde bei einer eher moderaten Gleichgewichtsstörung und (Dauer-)Übelkeit im Hintergrund erleben. Dieses Ausfallmuster ähnelt der Migräne mit einer Kopfschmerzsymptomatik, akzentuiert durch kurze Attacken schweren Kopfschmerzes.

Die Verbindung von Schwindel und Kopfschmerz variiert. Nur eine Minderheit hat Migränekopfschmerzen, während sie über heftigen Schwindel klagen, während andere Schwindelattacken mit oder ohne Kopfschmerzen berichten und wiederum andere haben nie zwei Symptome zusammen.

Die Symptomatik der Migräne kann sich auch bei jedem Einzelnen innerhalb der Jahre ändern. So kann der Migräneschwindel auftreten lange, nachdem der migränöse Kopfschmerz aufgehört hat. Ohr-Symptome wie Hörverlust, Tinnitus oder Druckgefühl im Ohr, können von 10 bis 40 % der Patienten mit Migräneschwindel gesehen werden, aber systematische Untersuchungen in unselektierten Patienten fehlen (Bronstein/Lempert 2006).

Pathophysiologie

Die Pathophysiologie des Migräneschwindels ist letztlich unbekannt. Hypothetisch wird ein anhaltender Schwindel, der die Kriterien einer Migräneaura erfüllt, einer **vorübergehenden** Unterversorgung des Labyrinthes zugeordnet.

Der Mechanismus einer für die Migräne angenommenen „spreading depression“ (einer „sich ausbreitenden „Depressions-Welle“) von Funktionen, wie sie bei Aurasymptomen gefunden werden, kann dann Schwindel hervorrufen, wenn das Kerngebiet des Gleichgewichtsystems (der vestibuläre Kortex) betroffen ist. Dabei fallen komplexe Nystagmen auf die während eines akuten Migräneschwindel gesehen wurden.

Eine andere Erklärung bezieht sich auf verschiedene Neurotransmitter, die während einer Migräneattacke freigesetzt werden und von denen bekannt ist, dass sie Gleichgewichtsfunktionen modulieren können. Wiederum andere Hypothesen bringen den Migräneschwindel in Verbindung mit genetischen Defekten bei den Ionenkanälen, die bei verschiedenen anderen Erkrankungen gefunden wurden (s. ausführlich Bronstein/Lempert 2006, Diener 2002, Brandt 2004)

Unterscheidungsmöglichkeiten Migräne zum M. Menière

Ca. 5 % der Migränepatienten mit begleitenden, Ohr Symptomen werden als Menière verkannt. Vermutet werden aber auch Verbindungen zwischen Migräne und dem Menière (Lempert u. Neuhauser 2001, Shepard NT (2006)), zumal Migräne-Beschwerden bei Menière Patienten deutlich häufiger als bei einer Vergleichsgruppe angetroffen werden können (Perez Lopez et al (2006). Allerdings könnte es auch sein, dass diese Verbindung deswegen so oft festgestellt wird, weil letztendlich die Abgrenzungen so schwierig sind (Straube u. Sostak 2004).

Wenn der Migräneschwindel ohne Kopfschmerzen auftritt, weisen die sonst auch für eine Migräne typischen Begleitumstände den Weg zur Diagnose. Dies sind etwa eine gleichzeitige Licht- oder Lärmempfindlichkeit.

Für eine vestibuläre Migräne – im Gegensatz zum M. Menière – spricht:

1. die zentrale Augenstörung im Intervall,
2. das Fehlen einer fortschreitenden Hörminderung trotz vieler Attacken,
3. vor allem die Verbindung mit anderen neurologischen Symptomen, wie z. B. Taubheitsgefühl im Gesicht und die Kopf- und Nackenschmerzen und
4. das Ansprechen auf eine prophylaktische Behandlung mit Betarezeptorenblockern.
5. die Dauer der Attacken (20 Minuten bis mehrere Stunden beim Morbus Menière, jede Dauer von Schwindel bis hin zu zwei Wochen bei Migräne

Dennoch bleibt die Unterscheidung gegenüber dem M. Menière gelegentlich so schwierig, dass nach Brandt et al. (2004) erst im Laufe der Therapie, etwa durch die stufenweise Prophylaxe etwa mehr Klarheit bringen kann.

Behandlung

Therapeutisch ist die psychosomatische Behandlung der Migräne ebenso anspruchsvoll wie sinnvoll.

Die Behandlung des akuten Anfalls ist notwendig, wenn der Anfall länger als eine Stunde dauert, wobei man den Zeitpunkt zwischen Einnahme des Medikaments bis hin zu seinen Wirkungseintritt bedenken muss. Für die symptomatische Befreiung von Schwindel und Erbrechen ist dabei jedes schwindelunterdrückende Medikament sinnvoll, wobei der Patient vor den sedierenden Nebeneffekten gewarnt sein sollte. Als Alternative kann man Triptane versuchen, die nicht nur den Migränekopfschmerz, sondern auch den Migräneschwindel beseitigen könnten.

Die meisten Experten – so Bronstein/Lempert (2006) glauben, dass Patienten mit häufigen schweren Attacken von einer pharmakologischen Migräneprophylaxe, etwa wie Betablockern oder Amitriptylin profitieren können.

Die Behandlungsentscheidung sollte individuell in neurologischer Kompetenz abgesprochen werden.

Dann kann es realistisch in ca. 50 bis 70 % eine Symptomreduktion erreicht werden. Unerwünschte Nebeneffekte können vermindert werden, wenn mit der kleinsten Dosis begonnen wird, diese dann langsam aufdosiert wird.

Eine positive Wirkung für die Behandlung kann zwei bis drei Monate benötigen und kann am ehesten gesichert werden, wenn die Patienten ihre Schwindelattacken auch aufschreiben.

Nach 6 Monaten kann die Behandlung versuchsweise ausgeschlichen werden, da der Verlauf der Erkrankung unvorhersehbar ist und auch lang anhaltende Rückbildungen der Symptome möglich sind und eine medikamentöse Behandlung nicht länger notwendig ist.

Die nicht pharmakologische Prophylaxe beinhaltet Bewegung und Muskelrelaxation nach Jacobsen.