

Infoblatt:

Migräne – Schwindel: Schwindel bei Migräne

Kennzeichnend für eine Migräne sind in der Regel Attacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Diese können bis zu 2 Tagen anhalten und sind oft von Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit begleitet.

Viele Patienten kennen kurz vor oder während des Migräneanfalls auch eine sog. Migräneaura. Dabei kommen am häufigsten flimmernde Gesichtsfeldausfälle, seltener kribbelnde Missempfindungen, Lähmungen, Sprachstörungen, Verwirrtheit, „Doppelt-Sehen“ und Gangunsicherheit hinzu. Als Ursache wird vermutet, dass eine vorübergehende Gefäßverengung in den betroffenen Hirnbezirken die Aura verursacht.

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“.

So ist der Migräneschwindel – nach Lempert und Bronstein 2006 einer der häufigsten Gründe für einen wiederholt spontan auftretenden Schwindel und die zweithäufigste Gleichgewichtsstörung nach dem gutartigen Lagerungsschwindel. Der Migräneschwindel kann in jedem Alter beginnen, wobei das weibliche Geschlecht ca. 3:1 überwiegt. Ein gehäuftes familiäres Auftreten ist nicht selten, was auf einen möglichen genetischen Ursprung hinweist.

Dabei kann der Schwindel in drei Varianten auftreten:

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

Der Drehschwindel und der Lageschwindel gehen wahrscheinlich auf eine – vorübergehende!!! – Durchblutungsstörung im Hirnstamm zurück.

Der diffuse Schwindel äußert sich als Benommenheit, manchmal auch als Unfähigkeit, klar zu denken. Der Schwindel kann, so berichten die Betroffenen, einige Stunden anhalten, manchmal überdauert er sogar die Kopfschmerzen einige Tage oder gar Wochen.

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 – und gegen einen 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.

Vermutet werden aber auch Verbindungen zwischen Migräne und dem Menière (Lempert u. Neuhauser 2001, Shepard NT (2006)), zumal Migräne-Beschwerden bei Meniere 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).

So bleibt die Unterscheidung gegenüber dem M. Menière gelegentlich so schwierig, dass nach Brandt et al. (2004) erst die stufenweise Prophylaxe etwa mit Carbamazepin oder Betarezeptorenblockern und der Verlauf Klarheit bringen kann.

Behandlung

Therapeutisch ist die psychosomatische Behandlung der Migräne ebenso anspruchsvoll wie sinnvoll. Dabei haben neben den bewährten Schmerzmitteln für den Anfall teilweise auch vorbeugende Medikamente ihre Berechtigung. Dazu gehören sog. „Triptane“. Dies sind Medikamente, die relativ gezielt in Stoffwechselprozesse des Serotins, eines Botenstoffes im Zentralnervensystem, eingreifen.

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.

Die meisten Experten glauben, dass Patienten mit häufigen schweren Attacken von einer pharmakologischen Migräneprophylaxe, etwa wie Betablockern oder Amitriptylin profitieren können.

Die Behandlungsentscheidung muss sowohl die Effizienz als auch die Nebenwirkung und auch die individuelle Komorbidität in Betracht ziehen. So kann ein Mensch mit Bluthochdruck den Betablocker zuerst probieren, während ein depressiver Patient eher von Amitriptylin profitiert. Die Auswahl der Substanzen wird aber beschränkt etwa einer schon vorbestehenden Fettleibigkeit, die Valporat, Pizotifin, Amitriptylin und Fluazetin ausschließt, oder bei niedrigem Blutdrucks, der Betablocker und Amitriptylin ausschließt. In dieser Situation kann Topiramate eine Alternative, weil dies nicht den Blutdruck beeinflussen und sogar das Körpergewicht reduzieren kann.

Es kann und in ca. 50 bis 70 % eine Symptomreduktion erreicht werden. Die unerwünschten Nebeneffekte können vermindert werden, wenn mit der kleinsten Dosis begonnen wird, diese dann langsam aufdosiert wird. So kann man etwa mit 20 mg Propanolol dreimal am Tag beginnen und diese Dosis jeden 3. Tag auf 30 bis 40 mg bis hin zu 60 bis 80 mg erhöhen, wenn dies nötig ist oder toleriert wird.

Bei Männern wird Propanolol schneller metabolisiert, so dass Dosen von 60 bis 80 mg dreimal am Tag normalerweise notwendig sind.

Amitriptylin sollte am Abend gegeben werden, weil es auch einen sedierenden schlafanstoßenden Effekt hat. Entsprechend der Halbwertszeit ist eine Einmalgabe ausreichend, insbesondere wenn eine Retardform benutzt wird. Begonnen werden kann dann mit 25 mg, aber auch 10 mg können bei Leichtergewichtigen ausreichen. Die Dosis kann gesteigert werden im Dreitagessintervall bis zu 50 mg oder 75 mg, was oft für einen prophylaktischen Effekt ausreicht. Manchmal sind aber auch höhere Dosen bis zu 200 mg notwendig.

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. Der spontane Charakter der Erkrankung ist unvorhersehbar, so dass der Patient oft auch langanhaltende Remissionen erlebt und dann eine Behandlung zumindest medikamentöser Art nicht länger notwendig ist.

Die nicht pharmakologische Prophylaxe beinhaltet die Elimination individueller Migränetrigger, ein ausreichendes Stressmanagementtraining, Jogging, Fahrradfahren oder Schwimmen, und Muskelrelaxation nach Jacobsen.

s. auch:

Bronstein, Adolfo und Lempert, Thomas

Dizziness. A practical approach to diagnosis and management.

Cambridge, 2007: Clinical Guides. 220 S., DVD mit Untersuchungsanleitungen