

Schwindel, Sturz und Osteoporose

Schwindel

Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc

Schwindel ist keine ätiologische Krankheitseinheit, sondern umfasst fächerübergreifende multisensorische und sensomotorische Syndrome unterschiedlicher

Ursache. Schwindel gehört neben Kopfschmerz zu den häufigsten Beschwerden, über die Patienten beim Arzt klagen. Während schätzungsweise insgesamt etwa 10% der Menschen in Deutschland von Schwindel betroffen sind, steigt der Anteil bei den über 60-Jährigen auf 25% und bei den über 75-Jährigen auf mehr als 50% an.

Mit dem Begriff „Schwindel“ (Vertigo) werden von vielen Menschen auch Zustände wie Schwarzwerden vor den Augen, Benommenheit, Kopfleere, Taumel oder Ähnliches bezeichnet. Nicht selten wird Schwindel von Übelkeit, Erbrechen, Gleichgewichtsstörung und Fallneigung begleitet. Der Schwindel kann anfallsweise oder kontinuierlich auftreten, in Ruhe oder besonders bei Kopf- und Körperbewegungen, als Drehschwindel, Lagerungs- oder Schwankschwindel. Wer unter Schwindel leidet, für den sind oftmals selbst einfache Alltagstätigkeiten gar nicht mehr oder nur noch mit Angst und Unsicherheit zu bewältigen. Die Folgen sind Einschränkung sozialer Aktivitäten, Verlust von Lebensfreude und nicht zuletzt Stürze mit Knochenbrüchen. Aus diesem Grund sollte das Symptom „Schwindel“ ernst genommen werden.

Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, dass es sich in vielen Fällen um wenig spezifische Symptome handelt, lassen sich die meisten Schwindelformen durch eine gezielte Anamnese und einfache klinische Untersuchungen sicher diagnostizieren und in der Regel auch erfolgreich therapieren. Ähnlich wie bei Kopfschmerzen liegt der Schlüssel zur richtigen Diagnose nicht in den Ergebnissen der apparativen Zusatzuntersuchungen, sondern in den aus der Befragung und klinischen Untersuchung des Patienten gewonnenen Erkenntnissen.

Wichtige Unterscheidungskriterien, die sich aus Anamnese und klinischer Untersuchung der verschiedenen Schwindelsyndrome ergeben, bilden auch die Grundlage der klinischen Klassifikation:

- (a) Die Art des Schwindels: Drehschwindel wie Karussellfahren (z.B. Neuritis vestibularis) oder Schwankschwindel wie Bootfahren (z.B. phobischer Schwankschwindel) oder Benommenheitsschwindel (z.B. Medikamentenintoxikation).
- (b) Die Dauer des Schwindels: Schwindelattacke über Sekunden bis Minuten (z.B. vestibuläre Paroxysmie), über Stunden (z.B. Morbus Menière, vestibuläre Migräne), Schwankschwindelattacke von Minuten bis Stunden (z.B. Hirnstamm-TIA), Dauerschwindel über Tage bis wenige Wochen (z.B. Neuritis vestibularis), Dauerschwindel über Monate und Jahre (z.B. bilaterale Vestibulopathie, psychogener Schwindel).
- (c) Die Auslösbarkeit/Verstärkung des Schwindels: Ruhe (z.B. Neuritis vestibularis), Gehen (z.B. bilaterale Vestibulopathie), Kopfdrehung (z.B. Vestibularisparoxysmie), Kopflagerung (z.B. benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel), Husten, Pressen oder – als Tullio-Phänomen – laute Töne bestimmter Frequenz (z.B. Perilymphfistel) oder in bestimmten sozialen oder Umgebungssituationen (z.B. phobischer Schwankschwindel)
- (d) Die auftretenden Begleitsymptome: Hörstörung und Ohrgeräusch (z.B. Morbus Menière, Vestibularisparoxysmie), Scheinbewegungen der Umwelt (Oszillopsien; z.B. bilaterale Vestibulopathie), Kopfschmerzen (z.B. vestibuläre Migräne), Hirnstamm-/Kleinhirnzeichen (z.B. Hirnstamminfarkt), Gangstörung und Fallneigung (z.B. ipsiversiv bei Neuritis vestibularis).

Mit zunehmendem Alter verschieben sich die Häufigkeiten der spezifischen Diagnosen, und multifaktorielle Ursachen gewinnen an Bedeutung. Eine differenzierte Erhebung der Defizite aus Anamnese und klinischem Befund gestattet auch bei älteren Patienten die fundierte Aufklärung und Planung einer erfolgversprechenden Therapie. Unter den vestibulären Ursachen für Schwindel nimmt im Alter die Inzidenz für den gutartigen Lagerungsschwindel (Canalolithiasis des posterioren Bogengangs) zu. Auch die bilaterale Vestibulopathie (beidseitiger peripher-vestibulärer Funktionsverlust) wird bei betagten Personen relativ häufiger. Da Schwindel ein multisensorisches Syndrom ist, tragen die zunehmende Häufigkeit afferenter somatosensorischer Störungen (Polyneuropathie) und von Sehstörungen (z.B. Katarakt, Maculadegeneration) zum diagnostischen Spektrum von Schwindelsyndromen im Alter bei.

Literatur beim Verfasser

Sturz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller

Frakturen unterliegen vielen begünstigenden Faktoren. Eine der wesentlichen Ursachen dafür ist naturgemäß der Sturz. Als eine der häufigsten Gründe für stationäre Aufnahmen von geriatrischen Patienten sind der Sturz bzw. im Vorfeld das Sturzrisiko ein oftmals unterschätztes Problem. Als Sturz bezeichnet man jede plötzliche, unbeabsichtigte und unkontrollierte Positionsänderung aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen, bei der die Patienten auf einem niedrigeren Niveau landen.

Die Inzidenz von Stürzen steigt mit dem Alter. In der Gruppe der >65-Jährigen liegt diese bei ca. 30% pro Jahr, in der Gruppe der >80-Jährigen bereits bei ca. 40% jährlich. In Pflegeheimen oder akutgeriatrischen Krankenhausabteilungen liegt die Sturzrate unvergleichlich höher. (ca. 1.500 Stürze/1.000 Bewohner und Jahr!). Als größte Risikofaktoren gelten Demenz, Delir oder Parkinson-Syndrom. 10% der Stürze führen zu Verletzungen, die eine ärztliche Behandlung erfordern. In der Hälfte der Fälle sind dies eben Knochenbrüche. Dabei sind hüftnahe Frakturen am

häufigsten. Physiologische Veränderungen im Alter wie Sarkopenie und Osteoporose begünstigen natürlich diese Folgen. Die Sturzprävention ist somit als „golden goal“ zu betrachten. Zusätzliche körperliche Inaktivität und Immobilität sind diesbezüglich ungünstig. Ein Sturzereignis in den letzten Monaten steigert das Risiko für weitere um das Vierfache. Meist sind die Stürze bei betagten Patienten aber jedoch multifaktoriell bedingt. Die begünstigenden Cofaktoren für Stürze sind ebenso zahlreich: Gang- und Standinstabilität, neurologische Erkrankungen (v.a. Parkinson-Syndrom, St. p. Apoplex), Depression, Demenz, (chronische) Schmerzen, entzündliche oder degenerative Gelenkerkrankungen, Sehstörungen, Polynuropathien, hypertone oder hypotone Kreislaufregulationsstörungen, Vorhofflimmern, Multimedikation (insbesondere Antidepressiva) u.v.m. Auch Stolperfallen im täglichen Umfeld sind zu beachten.

Letztlich ist die Evaluierung des Sturzrisikos bei allen betagten Patienten unerlässlich. Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung stehen dazu verschiedene validierte Testverfahren zur Verfügung (z.B. Timed-up-and-go-Tests, Mobilitätstest nach Tinetti, Balancetest), die im geriatrischen Assessment heute zum Standard gehören.

Eine umfassende Sturzprävention beinhaltet Schulungen, physikalische Therapie und körperliches Training, Umgebungsanpassung, adäquate Gehilfen und entsprechendes Schuhwerk, Sehhilfen, Anpassung der Pharmakotherapie. Darüber hinaus hat Vitamin D nicht nur eine positive Wirkung auf den Knochen und das Frakturrisiko, es wurde auch eine Reduktion der Sturzhäufigkeit durch Vitamin D nachgewiesen, weshalb letztlich bei keinem der Risikopatienten eine entsprechende Substitution fehlen sollte.

Osteoporose

Univ.-Prof. Dr. Peter Pietschmann, Präsident der ÖGGG

Die Osteoporose ist eine Skeletterkrankung, die dadurch charakterisiert ist, dass sie durch eine Störung der Knochenfestigkeit mit einem erhöhten Frakturrisiko einhergeht; die Knochenfestigkeit wird durch die Knochendichte und die Knochenqualität determiniert (JAMA 2001). Die Osteoporose zählt zu den klassischen altersabhängigen Erkrankungen; insbesondere bei älteren Menschen gehen osteoporotische Frakturen mit einer hohen Morbidität und Mortalität einher.

Obwohl die Behandlung der Osteoporose (zumindest bei der postmenopausalen Frau) nach den Kriterien der „Evidence-based Medicine“ gut abgesichert ist, wird die Erkrankung bei vielen älteren Menschen nicht oder inadäquat behandelt. In meinem Vortrag werden einige Problemfelder der Behandlung der Osteoporose bei älteren Menschen besprochen:

- Soll bei geriatrischen Patienten ein Osteoporose-Screening erfolgen?
- Sind die Ergebnisse der Therapiestudien zur Osteoporose auch für hochbetagte Menschen relevant?
- Welche Präparate stehen bei der Behandlung der Osteoporose bei älteren Menschen mit Nierenfunktionseinschränkung zur Verfügung?
- Welchen Stellenwert hat die Osteoporosebehandlung bei multimorbiden geriatrischen Patienten, die bereits eine große Zahl von Medikamenten („Polypharmazie“) erhalten?

Literatur

1. Pietschmann P. (2005) Editorial: Osteoporose – eine vernachlässigte Erkrankung? *Wien Klin Wochenschr* 117/1-2: 5-6
2. Rauner M, Sipos W, Pietschmann P (2007) Osteoimmunology. *Int Arch Allergy Immunol* 143: 31-48
3. Patsch J, Muschitz C, Resch H, Pietschmann P. (2007) Of mice and men: pathophysiology of male osteoporosis. *JMHG* 4(1): 87-93
4. Sipos W, Pietschmann P, Rauner M (2008) Strategies for novel therapeutic approaches targeting cytokines and signaling pathways of osteoclasto- and osteoblastogenesis in the fight against immune-mediated bone and joint diseases. *Curr Med Chem* 15(2); 127-136
5. Müller M, Pietschmann P. (2008) Parathyroid hormone analogues in the therapy of osteoporosis. *Wien Klin Wochenschr* 120 (11-12):321-324
6. Pietschmann P, Rauner M, Sipos W, Kersch-Schindl K. (2009) Osteoporosis: an age-related and gender-specific disease. *Gerontology* 55: 3-12
7. Dimai HP, Pietschmann P, Resch H, Preisinger E, Fahrleitner-Pammer A, Dobnig H, Klaushofer K, AuSBMR (2009) Österreichischer Leitfaden zur medikamentösen Therapie der postmenopausalen Osteoporose – Update 2009. *Wien Med Wochenschr* 159/Suppl 122: 1-34