

Überblick über die Schwindelformen

Présentation générale des vertiges

STEFAN SCHÄDLER

Neben der Einteilung des Schwindels aus medizinischer Sicht ist für die Physiotherapie auch eine Einteilung nach Symptom- und Funktionsgruppen hilfreich. Denn aus dieser lassen sich die Massnahmen der vestibulären Rehabilitation ableiten.

Schwindel ist ein häufiger Grund für einen Arztbesuch und kann die Lebensqualität und Bewegungsfreiheit einschränken. Die Prävalenz liegt abhängig vom Alter zwischen 17 Prozent bei jüngeren und bis zu 39 Prozent bei über 80-jährigen Personen [1, 2]. Die Lebenszeitprävalenz für mittelstarken bis heftigen Schwindel liegt bei 29,5 Prozent und steigt mit zunehmendem Alter [6].

Definition

Schwindel ist keine Krankheitseinheit, sondern umfasst multisensorische und sensorimotorische Syndrome unterschiedlicher Ätiologie und Pathogenese [3].

Unterscheidung zwischen zentraler und peripherer Ursache

Bei einem akuten Schwindel in der Notaufnahme oder der Hausarztpraxis geht es darum, zeitnah eine zentrale von einer peripher vestibulären Erkrankung zu unterscheiden, da sich dies unmittelbar auf die Therapiemassnahmen auswirkt. Eine rasche Diagnostik ist entscheidend. Eine grosse Hilfe, um zwischen zentraler und peripherer Erkrankung zu unterscheiden, ist das HINTS (*Tabelle 1*). Diese Kombination von drei einfachen Tests zur Erkennung eines Schlaganfalls ist empfindlicher als eine MRT [7]. Bei einem Hirninfarkt respektive einer zentralen Ursache

- ist der Kopfpulstest¹ normal
- wechselt die Richtung des Nystagmus beim Blick nach links und rechts (Blickrichtungsnystagmus)
- tritt beim Abdecktest eine Skew-Deviation auf (vertikale Verschiebung des rechten/linken Auges).

¹ Der Kopfpulstest (Halmagyi-Test) untersucht den vestibulookulären Reflex und damit die peripher vestibuläre Funktion des Innenohrs, insbesondere des horizontalen Bogenganges.

À côté de la classification médicale des vertiges, une classification selon les groupes de symptômes et de fonctions s'avère utile en physiothérapie. Elle permet de déterminer les interventions appropriées de rééducation vestibulaire.

Les vertiges peuvent restreindre la qualité de vie et la liberté de mouvement; ce sont des motifs fréquents de consultation chez le médecin. Selon l'âge, leur prévalence varie de 17 % chez les jeunes à 39 % chez les personnes âgées de plus de 80 ans [1, 2]. La prévalence à vie des vertiges modérés à sévères est de 29,5 %; elle augmente avec l'âge [6].

Définition

Le vertige n'est pas une entité pathologique, il englobe des syndromes multisensoriels et sensorimoteurs d'étiologie et de pathogénie variables [3].

Différenciation entre origine centrale et périphérique

En cas de vertiges aigus aux urgences ou dans le cabinet du médecin traitant, il convient de déterminer rapidement s'il s'agit d'une affection vestibulaire centrale ou périphérique car cet aspect a un impact immédiat sur les démarches thérapeutiques. Établir un diagnostic rapide est décisif. Le test en trois étapes *HINTS* constitue une aide précieuse pour distinguer les pathologies centrales des pathologies périphériques (*tableau 1*). Cette combinaison de trois tests simples est plus sensible qu'une IRM pour détecter un AVC [7]. En présence d'un infarctus cérébral ou d'une origine centrale:

- le test d'impulsion de la tête¹ est normal;
- il y a un nystagmus avec changement de direction selon que le patient regarde à gauche et à droite;
- une divergence verticale des yeux (skew deviation) se produit lors du test de recouvrement alternatif des yeux.

¹ Le test d'impulsion de la tête (test de Halmagyi) examine le réflexe vestibulo-oculaire et donc la fonction vestibulaire périphérique de l'oreille interne, notamment le canal semi-circulaire horizontal.

H	Head	Normal
I	Impuls	
N	Nystagmus	Blickrichtungsnystagmus
T	Test	Skew Deviation
S	Skew	(vertikale Verschiebung des Auges)

Tabelle 1: HINTS: Kombination von drei Tests, welche für eine zentrale Ursache respektive einen Schlaganfall sprechen.

H	Head	Normal
I	Impulsion	
N	Nystagmus	Nystagmus « multidirectionnel »
T	Test	Skew deviation
S	Skew	(divergence verticale des yeux)

Tableau 1: HINTS: combinaison de trois tests qui indique une origine centrale ou un AVC.

Einteilung aus medizinischer Sicht (Diagnose)

Daher werden aus medizinischer Sicht die Ursachen und Krankheitsbilder in peripher vestibuläre Ursachen, eine zentrale Ursache, funktionellen Schwindel und in andere Schwindelformen unterteilt (Abbildung 1). Die Bárány-Gesellschaft definierte Diagnosekriterien für die verschiedenen Ursachen in der Nomenklatur für vestibuläre Erkrankungen (International Classification of Vestibular Disorders ICVC) [11].²

Die Häufigkeit verschiedener Schwindelformen hängt sehr stark vom Kontext ab. Während in einer Notfallaufnahme die akuten Formen wie Neuritis vestibularis oder zentral-vestibulärer Schwindel vorwiegen, kommen in einer Physiotherapiepraxis häufiger vestibuläre, chronische, multifakto-

Classification médicale (diagnostic)

Au niveau médical, on distingue les origines et les tableaux cliniques en origine vestibulaire périphérique, origine centrale, vertige fonctionnel et autres types de vertige (illustration 1). La Société Bárány a défini des critères de diagnostic pour les différentes origines dans la nomenclature des troubles vestibulaires (International Classification of Vestibular Disorders – ICVC) [11].²

La fréquence des différents types de vertiges dépend beaucoup du contexte. Alors que les formes aiguës telles que la névrite vestibulaire ou le vertige vestibulaire central prédominent dans un service d’urgence, les formes vestibulaires, chroniques, multifactorielles ou inexplicables de vertige sur-

Diagnose Diagnostic	Anzahl der Fälle Nombre de cas	prozentualer Anteil Pourcentage
Benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel Vertige positionnel paroxystique périphérique bénin	2618	17,8
Somatoformer phobischer Schwankschwindel Vertige oscillatoire phobique somatoforme	2157	14,7
Zentralvestibulärer Schwindel Vertige vestibulaire central	1789	12,2
Vestibuläre Migräne Migraine vestibulaire	1662	11,3
Morbus Menière Maladie de Menière	1490	10,1
Neuritis vestibularis Névrite vestibulaire	1198	8,2
Bilaterale Vestibulopathie Vestibulopathie bilatérale	1067	7,3
Vestibularisparoxysmie Paroxysme vestibulaire	569	3,9
Psychogener Schwindel (andere) Vertige psychogène (autres)	453	3,1
Perilymphfistel Fistule périlymphatique	83	0,6
Unklare Schwindelsyndrome Syndromes de vertige inexplicables	408	2,8
Andere Autres	1287	8,8

Tabelle 2: Häufigkeiten verschiedener Schwindelsyndrome in einer grossen deutschen neurologischen Spezialambulanz für Schwindel- und Okulomotorikstörungen [3]. | Tableau 2: Fréquence des différents syndromes de vertige dans une grande clinique neurologique allemande spécialisée dans le domaine des vertiges et des troubles oculomoteurs [3].

² Internationale Klassifikation für vestibuläre Erkrankungen: www.thebaranysociety.org/icvd-consensus-documents

² Classification internationale des affections vestibulaires: www.thebaranysociety.org/icvd-consensus-documents

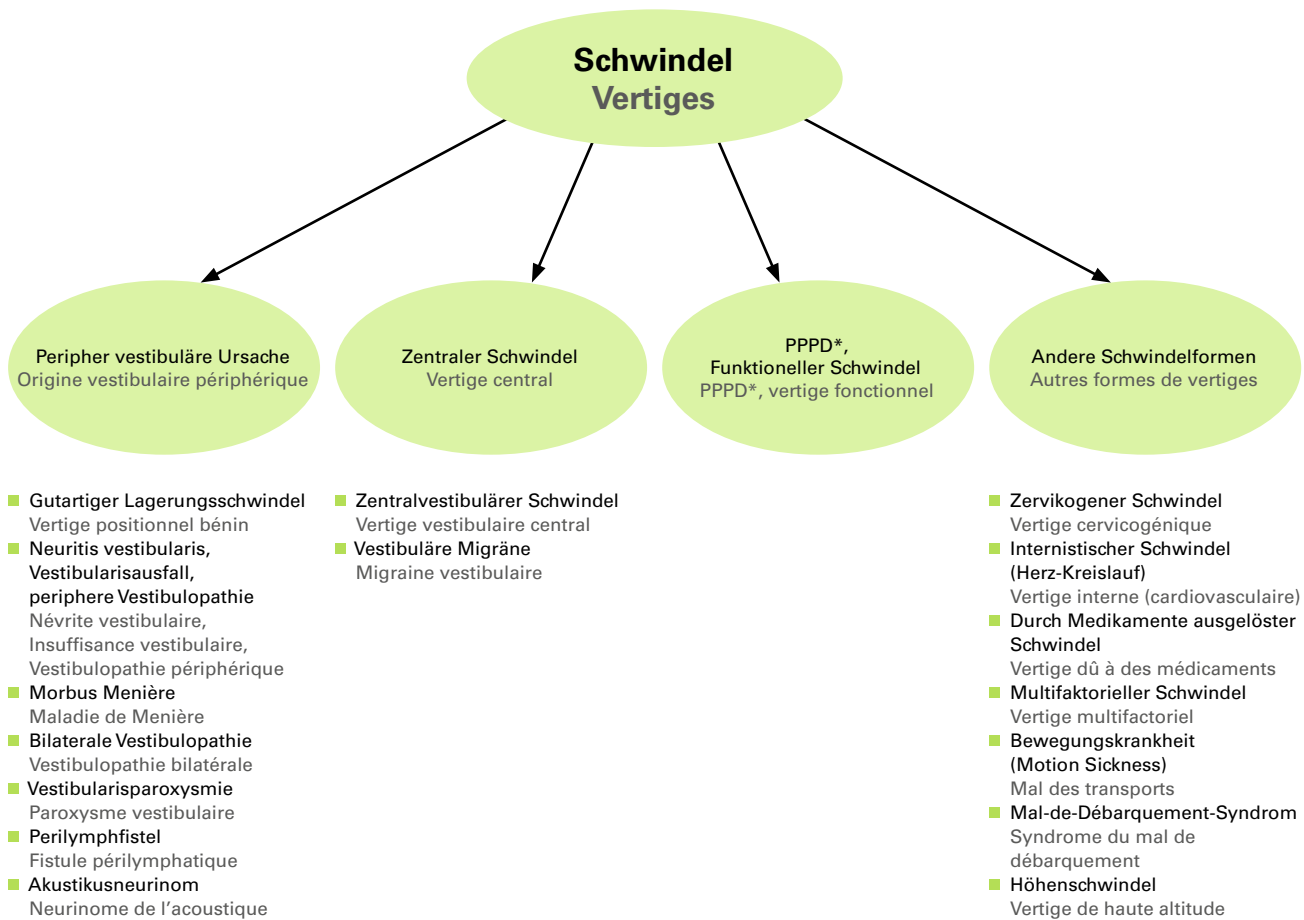


Abbildung 1: Medizinische Einteilung verschiedener Ursachen und Krankheitsbilder von Schwindel. *PPP: Persistent Postural-Perceptual Dizziness. | Illustration 1: Classification médicale des différentes origines et différents tableaux cliniques des vertiges. * PPPD: Persistent Postural-Perceptual Dizziness.

rielle oder unklare Schwindelformen vor. Demgegenüber sind die häufigsten Schwindelformen in einer grossen deutschen neurologischen Spezialambulanz für Schwindel ein gutartiger Lagerungsschwindel mit knapp 18 Prozent, gefolgt vom somatoformen Schwindel mit 14,7 Prozent und von zentralvestibulärem Schwindel mit 12,2 Prozent (Tabelle 2) [3].

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel: Bei Lagewechsel (abliegen, aufsitzen, drehen im Bett) und bei grossen Kopfbewegungen nach vorne unten oder oben tritt typischerweise zwei bis vier Sekunden verzögert ein Drehschwindel auf. Grund dafür ist ein Steinchen (Otolith), welches fälschlicherweise in einen Bogengang geraten ist. Der hintere Bogengang ist häufiger betroffen als der horizontale Bogengang. Ein einfaches Befreiungsmanöver befördert den Otolithen aus dem Bogengang und behebt die Beschwerden rasch.

Vestibularisausfall, Neuritis vestibularis: Akut treten Drehschwindel, Stand- und Gangunsicherheit, Übelkeit und manchmal Erbrechen auf. Das Gehör ist nicht betroffen. Im Befund zeigt sich eine Falltendenz zur betroffenen Seite, ein Ausfallnystagmus zur gesunden Seite und der Kopfpulstest zur betroffenen Seite ist positiv. Grund kann eine Entzündung

viennent plus fréquemment dans un cabinet de physiothérapie. Par contre, dans une grande clinique neurologique allemande spécialisée dans le domaine des vertiges, les types les plus courants sont le vertige positionnel bénin (près de 18 % des cas), suivi du vertige somatoforme (14,7 %) et du vertige vestibulaire central (12,2 %) (tableau 2) [3].

Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB): un vertige rotatoire survient typiquement de 2 à 4 secondes après un changement de position (en se couchant, en s'asseyant, en se tournant dans le lit) et de grands mouvements de la tête vers l'avant, vers le bas ou vers le haut. L'origine est un petit cristal (otolithe) déplacé par erreur dans un canal semi-circulaire. Le canal postérieur est plus souvent touché que le canal horizontal. Une simple manœuvre de dégagement renvoie l'otolithe hors du canal et supprime rapidement l'inconfort.

Insuffisance vestibulaire, névrite vestibulaire: en phase aiguë, on observe un vertige rotatoire, une instabilité en position debout et à la marche, des nausées et parfois des vomissements. L'ouïe n'est pas affectée. Les résultats des tests montrent une tendance à la chute du côté affecté, un nystagmus du côté sain tandis que le test d'impulsion de la tête du côté affecté est positif. L'origine peut être une inflammation



© Darren Baker - AdobeStock

In der Notfallaufnahme überwiegen akute Schwindelformen wie Neuritis vestibularis oder gutartiger Lagerungsschwindel; in einer Physiotherapiepraxis kommen häufiger vestibuläre, chronische, multifaktorielle oder unklare Schwindelformen vor. I Dans un service d'urgence prédominent les formes aiguës telles que la névrite vestibulaire ou le vertige positionnel bénin; les formes vestibulaires, chroniques, multifactorielles ou inexpliquées de vertige sont plus fréquentes dans un cabinet de physiothérapie.

dung oder eine Durchblutungsstörung des N. vestibularis sein. Dies führt zu einem Ausfall des Gleichgewichtsorgans. Inhalte in der Therapie sind vestibuläre Blickstabilisierungsübungen, Habituerungsübungen und Gleichgewichtstraining.³

Morbus Menière: Die Betroffenen erleiden wiederkehrende Schwindelattacken mit Tinnitus, Übelkeit, Erbrechen und Gleichgewichtsstörungen von 20 Minuten bis mehrere Stunden. Grund ist eine Resorptionsstörung der Endolymphe im Innenohr. Die medizinischen Massnahmen sind beschränkt. In der Therapie werden die Betroffenen unterstützt, ihre Bewegungsfreiheit und Mobilität trotz ihrer Anfälle zu bewahren und allfällige Funktionsstörungen gezielt zu behandeln.

Zentraler Schwindel: Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems beispielsweise durch einen Schlaganfall, eine Multiple Sklerose oder ein Schädel-Hirn-Trauma können zu Schwindel und Gleichgewichtsproblemen führen. Nicht selten sind Augenbewegungsstörungen zu finden. Je nach Läsionsort entsteht ein Schwank- oder ein Drehschwindel. Die physiotherapeutische Behandlung erfolgt befundbasiert.

Vestibuläre Migräne: Schwindelattacken mit Stand- und Gangunsicherheit, Übelkeit, manchmal Erbrechen, Ruhebedürftigkeit sowie eine Licht- und Lärmempfindlichkeit treten plötzlich und unabhängig von bestimmten Auslösern auf. Es können gleichzeitig oder kurz danach Kopfschmerzen meist

ou une perturbation circulatoire du nerf vestibulaire, ce qui conduit à une défaillance de l'organe de l'équilibre. Le traitement comprend des exercices de stabilisation vestibulaire du regard, des exercices d'accoutumance et un entraînement du contrôle postural³.

Maladie de Menière: les personnes atteintes présentent des crises récurrentes de vertige avec acouphènes, nausées, vomissements et troubles de l'équilibre qui durent de 20 minutes à plusieurs heures. L'origine est un trouble de la résorption de l'endolymphe dans l'oreille interne. Les moyens d'intervention médicaux sont limités. Le traitement aide les personnes affectées à conserver leur liberté de mouvement et leur mobilité malgré les crises; il permet aussi de traiter d'éventuels troubles fonctionnels de manière ciblée.

Vertige central: les pathologies et les lésions du système nerveux central, dues par exemple à un accident vasculaire cérébral, à la sclérose en plaques ou à un traumatisme crânio-cérébral, peuvent entraîner des vertiges et des problèmes de contrôle postural. Les troubles du mouvement des yeux ne sont pas rares. En fonction de la localisation de la lésion, on voit se développer un vertige oscillatoire ou rotatoire. La physiothérapie se base sur les résultats du bilan et de l'anamnèse.

Migraine vestibulaire: les crises de vertiges avec instabilité à la marche et en position debout, des nausées, parfois des vomissements, un besoin de repos ainsi qu'une sensibilité à la lumière et au bruit surviennent soudainement et indépendamment de déclencheurs particuliers. Un mal de tête peut survenir au même moment ou peu après, généralement à l'arrière de la tête. Comme dans le cas d'une migraine classique, la crise disparaît en quelques heures. Pendant les phases sans crises, les personnes concernées ne présentent aucun symptôme.

Persistent postural-perceptual dizziness: s'agit de la deuxième forme de vertiges la plus courante, également connue sous le nom de vertiges oscillatoires phobiques. Les examens ne révèlent souvent aucun résultat. Un vertige oscillatoire ou étourdissant, constant et chronique, se produit en position debout ou lors de la marche. Ce phénomène est exacerbé ou déclenché dans certains environnements comme dans les centres commerciaux ou les magasins, dans les foules ou en présence d'autres stimuli visuels. Les personnes concernées évitent de plus en plus de se trouver dans de telles situations. Elles rapportent une amélioration grâce à la distraction, à une activité physique intense (sport), à la position allongée ou à la consommation de petites quantités d'alcool, bien que cette dernière reste déconseillée⁴.

³ Vgl. Artikel Goldman in dieser Ausgabe.

³ Cf. l'article de D. Goldman dans le présent numéro.

⁴ Des descriptions plus détaillées des tableaux cliniques et des approches thérapeutiques figurent dans Schädler 2016 [4] ou sur www.schwindeltherapie.ch -> Fachpersonen (informations pour les professionnels).

Symptom-/Funktionsgruppe Groupes de symptômes/groupes fonctionnels	Behandlungsschwerpunkte Priorités du traitement
Gleichgewichtsstörungen Troubles de l'équilibration	Problemorientiertes spezifisches Gleichgewichtstraining Entraînement spécifique de l'équilibre axé sur les problèmes
Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel Vertige paroxystique positionnel bénin	Lagerungsmanöver Manœuvre positionnelle
Peripher und zentral vestibuläre Dysfunktion Trouble vestibulaire périphérique et central	Vestibuläre Stimulation Stimulation vestibulaire
Okulomotorische Dysfunktionen Troubles oculomoteurs	Blickstabilisation, okulomotorisches Training Stabilisation du regard, entraînement oculomoteur
Somatosensorisches Defizit/Wahrnehmung Déficit somatosensoriel/perception	Stimulation/Integration Somatosensorik Stimulation/intégration somatosensorielle
Visuelle Abhängigkeit Dépendance visuelle	Abbau visueller Abhängigkeit Suppression de la dépendance visuelle
Zervikogener Schwindel: a. ursächlich: funktionelle segmentale Instabilität b. ursächlich: myofaszial/artikulär c. ursächlich: vaskulär d. reaktiv: Vermeidungshaltung Vertige cervicogénique: a. cause: instabilité segmentaire fonctionnelle b. cause: myofasciale/articulaire c. cause: vasculaire d. réactionnelle: attitude d'évitement	a. segmentale muskuläre Stabilisation b. manuelle Behandlung/Mobilisation c. Differenzierung/Haltungsänderung d. vestibuläre Rehabilitation/De-tonisierung a. Stabilisation musculaire segmentaire b. Traitement manuel/mobilisation c. Différenciation/changement de posture d. Rééducation vestibulaire/dé-tonification
Orthostase/ Herz-, Gefäßsystem Orthostase, système cardiaque et vasculaire	Differenzierung, Verhaltensänderung Différenciation, changement de comportement
Ungeeignete Dosierung von Aktivität und Pausen im Alltag Dosage d'activités et de pauses inapproprié dans la vie de tous les jours	Pacing Pacing
Emotionale Beteiligung Participation émotionnelle	Problemorientierte Behandlung, dosierte Expositionstherapie Traitement axé sur les problèmes, thérapie dosée d'exposition
Multifaktorieller Schwindel Vertige multifactoriel	Problemorientierte Behandlung, Förderung der allgemeinen Mobilität Traitement axé sur les problèmes, soutien de la mobilité générale

Tabelle 3: Behandlungsschwerpunkte bei entsprechenden Symptom- und Funktionsgruppen [4]. | Tableau 3: Priorités du traitement selon les groupes de symptômes et de fonctions [4].

im Hinterkopf auftreten. Wie bei einer klassischen Migräne klingt die Attacke innerhalb von Stunden wieder ab. In den attackenfreien Phasen sind die Betroffenen beschwerdefrei.

Persistent Postural-Perceptual Dizziness: Es ist die zweithäufigste Schwindelform und auch als phobischer Schwankschwindel bekannt. Untersuchungen zeigen oft keine Befunde. Ein chronischer konstanter Benommenheits- oder Schwankschwindel tritt im Stehen und Gehen auf. Dieser wird in bestimmten Situationen wie zum Beispiel in Einkaufszentren oder -läden, in Menschenmengen oder durch andere visuelle Reize verstärkt oder ausgelöst. Solche Situationen werden von den Betroffenen zunehmend gemieden. Über eine Verbesserung berichten Betroffene durch Ablenkung, intensive körperliche Aktivitäten (Sport), Liegen oder geringe Mengen Alkohol, wobei von letzteren abzuraten ist.⁴

⁴ Ausführlichere Beschreibungen der Krankheitsbilder und Therapieansätze sind zu finden in Schädler 2016 [4] oder auf www.schwindeltherapie.ch -> für Fachpersonen.

Classification en fonction de la qualité du vertige

Dans les guides destinés aux patients ou sur Internet, les types de vertige sont classés en fonction de la qualité du vertige, par exemple vertige rotatoire, vertige positionnel, vertige oscillatoire, vertige d'étourdissement, crise de vertige ou vertige continu. Cette classification reflète les sensations subjectives des personnes concernées, mais elle ne permet guère de tirer de conclusions fiables quant au diagnostic (origine, tableau clinique) ou sur les interventions thérapeutiques appropriées. Par exemple, les vertiges rotatoires indiquent une origine vestibulaire périphérique, mais peuvent également survenir lors d'autres affections, comme les troubles du mouvement des yeux ou une instabilité cervicogénique.

Classification selon les groupes de symptômes et de fonctions pour le traitement

La pratique quotidienne montre que la classification et le diagnostic médicaux ne permettent souvent pas de déterminer



© Nalinratphri - Adobestock

Persistent Postural-Perceptual Dizziness wird in bestimmten Situationen wie zum Beispiel in Einkaufszentren verstärkt oder ausgelöst. | Persistent Postural-Perceptual Dizziness est exacerbé ou déclenché dans certaines situations telles que les centres commerciaux.

Einteilung nach Qualität des Schwindels

In Patientenratgebern oder im Internet findet man eine Einteilung der Schwindelformen nach Qualität des Schwindels, beispielsweise Drehschwindel, Lagerungsschwindel, Schwankschwindel, Benommenheitsschwindel, Attackenschwindel oder Dauerschwindel. Diese Einteilung bildet zwar die subjektiven Empfindungen von Betroffenen ab, lässt aber kaum zuverlässige Schlüsse auf die Diagnose (Ursache, Krankheitsbild) oder auf die geeigneten Therapiemassnahmen zu. Beispielsweise deutet ein Drehschwindel auf eine peripher vestibuläre Ursache hin, kann aber auch bei anderen Erkrankungen wie Augenbewegungsstörungen oder bei zervikogener Instabilität auftreten.

Einteilung nach Symptom- und Funktionsgruppen für die Therapie

Die tägliche Praxis zeigt häufig, dass die medizinische Einteilung und Diagnose nicht direkte Ableitungen für die geeigneten Therapiemassnahmen liefern. Nicht selten finden sich weitere Diagnosen und Funktionsstörungen, welche die Probleme der PatientInnen im Alltag erklären. Verschiedene AutorInnen empfehlen ein problemorientiertes Vorgehen [4–8]. Für die spezialisierte Physiotherapie hat sich die Einteilung in Symptom- und Funktionsgruppen (Tabelle 3) sehr bewährt. Aufgrund der Anamnese werden hypothesengesteuert die entsprechenden Tests durchgeführt. Bei vorliegenden Befunden respektive Funktionsstörungen werden die geeigneten Massnahmen und die individuelle Dosierung für eine Probebehandlung gewählt. Diese Therapieansätze (Symptom- und Funktionsgruppen) sind im Buch «Gleichgewicht und Schwindel» (Schädler 2016) anhand von theoretischem Hintergrund, typischer Anamnese, Tests, Behandlung und Evidenz systematisch beschrieben [4].⁴

direkt den Interventionen therapeutischen geeigneten. Es ist nicht selten zu finden andere diagnostische und funktionelle Probleme, die die Schwierigkeiten der PatientInnen im Alltag erklären können. Verschiedene Autoren empfehlen einen Ansatz, der sich auf die Schwierigkeiten [4–8]. In der spezialisierten Physiotherapie, die Klassifizierung nach Symptomen und Funktionen (Tabelle 3) hat sich als sehr nützlich erwiesen. Abhängig von der Anamnese, werden die entsprechenden Tests durchgeführt. Die Interventionen geeigneten und die Dosierung individuelle einer Probebehandlung sind definiert auf der Basis der Ergebnisse der Tests und der funktionellen Schwierigkeiten. Das spezialisierte Buch «Gleichgewicht und Schwindel» (in französisch «Équilibre et vertiges») (Schädler 2016) beschreibt systematisch diese therapeutischen Ansätze (Symptomen und Funktionsgruppen) abhängerig vom theoretischen Hintergrund, der typischen Anamnese, der Tests, der Behandlung und der tatsächlichen Daten [4].⁴

La rééducation vestibulaire est efficace

Une revue systématique Cochrane a montré que la rééducation vestibulaire constitue un traitement sûr et efficace des troubles vestibulaires périphériques unilatéraux. Les résultats s'appuient sur de nombreux essais cliniques randomisés de grande qualité [9]. La rééducation vestibulaire est supérieure aux autres formes de traitement pour améliorer le contrôle postural, l'acuité visuelle et les AVQ. Rien ne montre qu'une forme de rééducation vestibulaire soit supérieure à une autre. Dans le cas du VPPB, les manœuvres positionnelles sont plus efficaces à court terme que la rééducation vestibulaire. Deux essais ont montré une amélioration de la marche. Dans une revue systématique qui portait sur les interventions physiothérapeutiques auprès des personnes âgées atteintes de vertiges et de troubles de l'équilibre, la rééducation vestibulaire s'est avérée efficace, quelle que soit sa variante [10]. La rééducation vestibulaire assistée par ordinateur, le Tai Chi et la thérapie manuelle l'étaient moins.

La rééducation vestibulaire est en partie encore mal connue des médecins. De même, ces derniers ignorent souvent que des physiothérapeutes spécialement formé·es réalisent ces traitements. |



Stefan Schädler, PT FH, ist auf die Behandlung von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen spezialisiert und Autor eines Fachbuchs zu Gleichgewicht und Schwindel. Er führt eine Praxis in Sumiswald BE.

Stefan Schädler, PT HES, est spécialisé dans le traitement du vertige et des troubles de l'équilibre. Il est l'auteur d'un ouvrage sur l'équilibre et le vertige. Il pratique dans son cabinet à Sumiswald BE.

Vestibuläre Rehabilitation ist wirksam

Eine systematische Cochrane-Review zeigt, dass vestibuläre Rehabilitation bei unilateral peripher vestibulären Dysfunktionen eine sichere und wirksame Behandlung ist. Die Erkenntnisse – basierend auf zahlreichen hochqualitativen RCTs [9]. Vestibuläre Rehabilitation ist anderen Therapieformen überlegen, wenn es um die Behandlung von Gleichgewicht, Visus und ADLs geht. Es gibt keine Hinweise, dass eine Form der vestibulären Rehabilitation einer anderen überlegen ist. Bei BPLS sind Lagerungsmanöver kurzfristig effektiver als vestibuläre Rehabilitation. Zwei Studien zeigen Verbesserungen beim Gehen. Bei der Untersuchung von physiotherapeutischen Massnahmen einer systematischen Review bei älteren Menschen mit Schwindel und Gleichgewichtsstörungen ist vestibuläre Rehabilitation jeder Variation wirksam [10]. Weniger effektiv sind computerunterstützte vestibuläre Rehabilitation, Tai Chi und manuelle Therapie.

Bei ÄrztInnen ist die vestibuläre Rehabilitation zum Teil noch wenig bekannt. Ebenso wissen ÄrztInnen oft nicht, dass speziell ausgebildete TherapeutInnen diese Behandlungen durchführen. |

Weiterführende Informationen | Informations supplémentaires

- www.schwindeltherapie.ch -> Informationen für Fachpersonen
- Schädler S. Gleichgewicht und Schwindel, Grundlagen – Untersuchung – Therapie. Elsevier, Urban & Fischer, München. 2016.

Literatur | Bibliographie

1. DGN/ÖGN. Leitlinien Schwindel-Therapie. Österreichische Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2008; Kap. 052: 1–30.
2. Davis A, Moorjani P. The epidemiology of hearing and balance disorders. In: Luxon ML, Furmann IM, Martini A, Stephens D, eds Textbook of audiological medicine London: Martin Dunitz. 2003: 89–99.
3. DGN/ÖGN. Leitlinien Schwindel-Diagnostik. Österreichische Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2015; Kap. 051: 1–26.
4. Schädler S. Gleichgewicht und Schwindel, Grundlagen – Untersuchung – Therapie. Elsevier, Urban & Fischer, München. 2016.
5. Vereeck L, Wuyts FL, Truijten S, De Valck C, Van de Heyning PH. The effect of early customized vestibular rehabilitation on balance after acoustic neuroma resection. Clin Rehabil. 2008; 22(8): 698–713.
6. Iwasaki S, Yamasoba T. Dizziness and Imbalance in the Elderly: Age-related Decline in the Vestibular System. Aging Dis. 2015; 6(1): 38–47.
7. Mansfield A, Wong JS, Bryce J, Knorr S, Patterson KK. Does perturbation-based balance training prevent falls? Systematic review and meta-analysis of preliminary randomized controlled trials. Phys Ther. 2015; 95(5): 700–9.
8. Marigold DS, Eng JJ, Dawson AS, Inglis JT, Harris JE, Gylfadottir S. Exercise leads to faster postural reflexes, improved balance and mobility, and fewer falls in older persons with chronic stroke. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(3): 416–23.
9. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 1: CD005397.
10. Regauer V, Seckler E, Muller M, Bauer P. Physical therapy interventions for older people with vertigo, dizziness and balance disorders addressing mobility and participation: a systematic review. BMC Geriatr. 2020; 20(1): 494.
11. Bisdorff A. [The Barany Classification of vestibular disorders, its clinical implementation and future prospects]. HNO. 2020; 68(5): 304-12.

Neue Fachgruppe Schwindel und Gleichgewichtsstörung in der Deutschschweiz

Ende März 2021 wurde in der Deutschschweiz die Fachgruppe Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (FSG) gegründet. Die Ziele des Vereins sind die Qualitätssicherung bei der Behandlung von PatientInnen und die Aus- und Weiterbildung von TherapeutInnen im Bereich Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Weiter strebt der Verein eine Vernetzung unter den SchwindeltherapeutInnen sowie auch mit anderen Fachdisziplinen an.

Neue Mitglieder sind willkommen! Weitere Informationen: www.schwindel-gleichgewicht.ch

Nouveau groupe spécialisé «Vertiges et troubles de l'équilibre» en Suisse alémanique

Un groupe spécialisé «Vertiges et troubles de l'équilibre» a été fondé fin mars 2021 en Suisse alémanique. Les objectifs du groupe sont l'assurance qualité du traitement des patient-es ainsi que la post-formation et la formation continue des thérapeutes dans le domaine des vertiges et des troubles vestibulaires. En outre, le groupe spécialisé s'efforce de relier les thérapeutes spécialisé-es dans les vertiges entre eux-elles ainsi qu'avec d'autres disciplines spécialisées.

De nouveaux membres sont les bienvenu-es!
Pour plus d'informations: www.schwindel-gleichgewicht.ch