

Migräneschwindel

Typisch für eine Migräne sind Schmerzattacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Sie können Stunden bis zwei oder drei Tage anhalten und sind oft von Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit begleitet. Viele Patienten kennen dabei kurz vor oder während des Migräneanfalls eine sogenannte Migräneaura. Dabei kommen am häufigsten flimmernde Gesichtsausfälle, seltener kribbelnde Missemmpfindungen, Lähmungen, Sprachstörungen, typisches Unwohlsein bis zu Verwirrtheit, Doppelzehen und Gangunsicherheit hinzu.

Viele Migränepatienten geben ebenfalls Schwindelempfindungen als gelegentlichen oder häufigen Begleiter ihrer Kopfschmerzen an. Nicht wenige Migränepatienten erleiden Ihren Schwindel auch ohne Kopfschmerzen. Dann handelt es sich um eine rein vestibuläre Migräne. Immerhin ist der Migräneschwindel einer der häufigsten Gründe für einen wiederholt und spontan auftretenden Schwindel.

Der Migräneschwindel kann in jedem Alter beginnen, wobei das weibliche Geschlecht circa 3:1 überwiegt. Das gehäufte familiäre Auftreten weist auf einen möglichen genetischen Ursprung hin.

Dabei kann der Schwindel in drei Varianten auftreten:

1. als Drehschwindel
2. als Lageschwindel
3. 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, also wie eine Unfähigkeit, klar zu denken. Migräneschwindel kann einige Stunden anhalten und überdauert die Kopfschmerzen sogar einige Tage oder gar Wochen.

Tritt der Migräneschwindel ohne Kopfschmerzen auf, weisen die Migräne-typischen Begleitumstände den Weg zur Diagnose, z.B. eine gleichzeitige Licht- oder Lärmempfindlichkeit.

Oft wird die vestibuläre Migräne mit dem deutlich selteneren Morbus Menière verwechselt. Für eine vestibuläre Migräne – und gegen einen Morbus Menière – sprechen:

- Das Fehlen einer fortschreitenden Hörminderung – trotz vieler Attacken
- Die Migräne-typischen (zentralen) Augenstörungen im Intervall
- Die Verbindung mit anderen neurologischen Symptomen wie z.B. Taubheitsgefühl im Gesicht und die Kopf- und Nackenschmerzen
- Das Ansprechen auf eine prophylaktische Behandlung, etwa mit Betarezeptorenblockern

Vermutet werden allerdings auch Verbindungen zwischen Migräne und dem Morbus Menière. So kommen Migränebeschwerden bei Menière-Patienten deutlich häufiger vor.

Damit bleibt die Unterscheidung gegenüber dem Morbus Menière gelegentlich so schwierig, dass manchmal erst die stufenweise Prophylaxe etwa mit Medikamenten (Betarezeptorenblockern) und der Verlauf Klarheit bringen kann.

Therapie

Akut-Behandlung

Für die symptomatische Befreiung von akutem Schwindel und Erbrechen sind schwindelunterdrückende Medikamente, z.B. Dimenhydrinat 80-150 mg als Tablette, am ehesten aber als Zäpfchen, sinnvoll. Dabei muss die müde machende sedierende Nebenwirkung beachtet werden.

Bei sonst nicht beherrschbarer Symptomatik können Triptane (z.B. Sumatriptan 25 mg supp, Zolmitriptan 5 mg nasal, Rizatriptan 10 mg sublingual) zum Einsatz kommen.

Prophylaxe

Die Meidung von Auslösern, also regelmäßiges Schlafen, Essen und Trinken, Arbeitspausen, Entspannungsverfahren (z.B. Progressive Muskelrelaxation) und Ausdauersport helfen wahrscheinlich auch bei der Verminderung der Schwindelanfälle bei Migränikern.

Hinsichtlich einer pharmakologischen Vorbeugung geht man davon aus, dass Patienten mit häufigen schweren Attacken etwa von

- Betablockern wie Propranolol 40-240 mg und Metoprolol 50-200 mg oder
- Topiramat 50-100 mg,
- Antidepressiva wie Amitriptilin 25-150 mg oder
- Flunarizin 5-10 mg

profitieren können.

Wir raten die Behandlungsentscheidung individuell mit einem Facharzt für Neurologie abzusprechen. Oft kann (circa 50-70%) eine Symptomreduktion erreicht werden.

Unerwünschte Nebeneffekte werden vermindert, wenn mit der kleinsten Dosis begonnen wird, die dann langsam aufdosiert wird.

Eine positive Wirkung für die Behandlung kann 2-3 Monate benötigen und am ehesten gesichert werden, wenn die Patienten den Verlauf kalendarisch protokollieren.

Da der Verlauf der Erkrankung unvorhersehbar ist und auch lang anhaltende Rückbildungen der Symptome möglich sind, kann versucht werden, die Behandlung nach 6 Monaten versuchsweise langsam auszuschleichen.

Wir beraten Sie gerne in unserer Schwindel-Ambulanz (Anmeldung: 07131-49-36010).

