



## Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)

Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;156(3\_suppl):S1-S47..

### Zusammenfassung/Bemerkungen:

Die Leitlinie gibt einen Überblick über die neusten Erkenntnisse zur Diagnostik und Behandlung von BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel). Es wurden hierbei alle Studien (Guidelines, Reviews und RCTs) zum Thema systematisch gesucht und evaluiert. Grundsätzlich sticht hervor, dass es sich hierbei zwar um einen Leitfaden handeln soll, aber der Patient dennoch individuell bestmöglich behandelt werden soll. Die Version von 2017 gibt ein Update zur Guideline von 2008 desselben Autors.

### Hauptautoren:

- Dr. Neil Bhattacharyya (Professor of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, Harvard Medical School, Physician and Surgeon, Mass Eye and Ear)
- Dr. Samuel B. Gubbels (Director of University of Colorado Hearing and Balance Clinic, Co-Director of University of Colorado Skull Base Program)

### Ziel der Leitlinie:

- Verbesserung der effizienten Diagnostik von BPLS
- Reduktion unangemessener vestibulärer Medikamente (Antihistamine oder Benzodiazepan)
- Reduktion von unnötigen Tests wie Radiologie oder weitere vestibuläre Tests
- Anwenderzielgruppe: Mediziner und Therapeuten (Kliniker)
- Patientenzielgruppe: Patienten mit allen Formen des BPLS

### Methodik:

Update der Guideline von 2008 unter systematischer Suche von Studien (mit hohem Evidenzlevel)

Cochrane Guideline Klassifikation: S2e evidenzbasiert

### Inhalte/Gliederung:

1. Abstract und Differenzierung zur ersten Leitlinie
2. Einleitung
  - 2a** Zweck der Leitlinie
  - 2b** Belastung durch die Gesundheitsversorgung
3. Methodik- Aufgliederung in Statements

**Statement 1a:** DIAGNOSE DES BPLS IM POSTERIOREN BOGENGANG: Kliniker sollten eine BPLS des posterioren Bogengangs diagnostizieren, wenn der Schwindel, der mit einem rotierenden, nach oben gerichtetem Nystagmus einhergeht, durch das Dix-Hallpike Manöver provoziert wird, bei dem der Patient aus einer aufrechten Position in die Rückenlage gebracht wird, wobei der Kopf um 45° zu einer Seite gedreht und der Hals um 20° gestreckt wird und das betroffene Ohr nach unten zeigt. Das Manöver sollte mit dem anderen Ohr nach unten wiederholt werden, wenn das erste Manöver negativ ausfällt.



**Statement 1b: DIAGNOSE DES BPLS IM LATERALEN (HORIZONTALLEN) BOGENGANG:** Wenn der Patient eine Anamnese hat, die mit BPLS vereinbar ist, und der Dix-Hallpike-Test einen horizontalen oder keinen Nystagmus zeigt, sollte der Kliniker einen Supine Roll Test durchführen oder an einen Kliniker überweisen, der einen solchen Test durchführen kann, um festzustellen, ob ein BPLS des lateralen Bogenganges vorliegt.

**Statement 2a: DIFFERENZIALDIAGNOSE:** Kliniker sollten BPLS von anderen Ursachen für Gleichgewichtsstörungen und Schwindel abgrenzen oder an einen Kliniker überweisen, der diese abgrenzen kann.

**Statement 2b: MODIFIZIERENDE FAKTOREN:** Kliniker sollten Patienten mit BPLS auf Faktoren hin untersuchen, die die Behandlung beeinflussen können, wie z. B. eingeschränkte Mobilität oder Gleichgewicht, ZNS-Störungen, fehlende häusliche Unterstützung und/oder erhöhte Sturzgefahr.

**Statement 3a: RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG:** Kliniker sollten bei einem Patienten, der die diagnostischen Kriterien für BPLS erfüllt, keine radiologische Untersuchung durchführen, wenn keine zusätzlichen Anzeichen und/oder Symptome vorliegen, die mit BPLS unvereinbar sind und eine Bildgebung rechtfertigen.

**Statement 3b: VESTIBULÄRE TESTS:** Kliniker sollten bei einem Patienten, der die diagnostischen Kriterien für BPLS erfüllt, keine vestibulären Tests anordnen, wenn keine zusätzlichen vestibulären Anzeichen und/oder Symptome vorliegen, die mit BPLS unvereinbar sind und einen Test rechtfertigen.

**Statement 4a: REPOSITIONIERUNGSVERFAHREN ALS ERSTTHERAPIE:** Kliniker sollten Patienten mit BPLS im hinteren Gehörgang mit einem Manöver behandeln oder an einen Kliniker überweisen, der sie behandeln kann.

**Statement 4b: POSTPROZEDURALE EINSCHRÄNKUNGEN:** Kliniker sollten keine postprozeduralen Haltungseinschränkungen nach Manövern bei BPLS im posterioren Bogengang empfehlen.

**Statement 4c: BEOBACHTUNG ALS ERSTBEHANDLUNG:** Kliniker können Patienten mit BPLS als Erstbehandlung eine Beobachtung mit Nachuntersuchung anbieten.

**Statement 5: VESTIBULÄRE REHABILITATION:** Der Kliniker kann vestibuläre Rehabilitation zur Behandlung von BPLS anbieten.

**Statement 6: MEDIZINISCHE THERAPIE:** Kliniker sollten BPLS nicht routinemäßig mit Medikamenten zur vestibulären Unterdrückung wie Antihistaminika und/oder Benzodiazepinen behandeln.

**Statement 7a: ERGEBNISBEWERTUNG:** Kliniker sollten die Patienten innerhalb eines Monats nach einer anfänglichen Beobachtungs- oder Behandlungsphase



erneut untersuchen, um das Abklingen oder Fortbestehen der Symptome zu dokumentieren.

**Statement 7b:** BEWERTUNG VON BEHANDLUNGSVERSAGEN: Kliniker sollten Patienten mit anhaltenden Symptomen auf ungelöste BPLS und/oder zugrundeliegende periphere vestibuläre oder ZNS-Störungen untersuchen oder an einen Kliniker überweisen, der diese untersuchen kann.

**Statement 8:** AUFKLÄRUNG: Kliniker sollten Patienten über die Auswirkungen von BPLS auf ihre Sicherheit, das Potenzial für ein Wiederauftreten der Krankheit und die Bedeutung der Nachsorge aufklären.

**Seite 37:** Algorithmus Darstellung zur Diagnostik und Behandlung

4. Forschungsbedarf
5. Haftungsausschluss
6. Danksagungen
7. Quellen

#### Kommentar/Kritik:

- Wichtigste Übersichten: Dix- Hallpike Test (Seite 10), Supine Roll Test (Seite 13), Darstellung der Manöver (Seite 21-24), Informationsblatt für Patienten (Seite 35/36), Algorithmus zur Diagnostik/ Behandlung (Seite 37)
- möglich das Kliniker und/oder Patienten bildgebende Diagnostik oder vestibuläre Tests machen/wünschen, um sich sicherer zu fühlen —> versus starke Empfehlung für Manöver -> Sicherheit stärken
- Benötigt weiterhin Forschung v.a.: Follower Up- Langzeitstudien, kostensparende, aber sinnvolle Diagnostik des BPLS, optimale Manöver Wiederholungen definieren, genauere Beschreibung des Manövers für den lateralen Bogengang, Re-test Zeitpunkt definieren
- Schnelligkeit des Manövers nicht definiert, genauso wenig Zeit in Position zu bleiben (relativ: warten, bis Symptome vergehen)
- Diagnostik BPLS des lateralen Bogengangs nicht so einfach sichtbar, kann uneindeutig sein
- Option das Alltagsanpassungen getroffen werden um BPLS-Symptome bei Rezidiv zu minimieren -> sinnvoll?
- Empfehlung 4c -> nicht vertretbar bei Erstbehandlung kein Manöver durchzuführen, es sei denn es sprechen Kontextfaktoren wie Angststörungen, hohe Irritierbarkeit oder multimorbide Erkrankungen etc. Dagegen