

1. Fachtagung der FSG vom 11. November 2023- Vestibuläre Hypofunktion und BPLS



Um 9.00 Uhr begrüsst Lukas Meier, Leiter Physiotherapie SRO AG, die 44 Teilnehmenden zur ersten Tagung der FSG (Fachgruppe Schwindel und Gleichgewichtsstörungen). Es sei erfreulich, wie viele Personen sich für diesen Tag angemeldet hätten. Früher, als er bereits als Physiotherapeut tätig war, habe es bedauerlicherweise kaum Schwindeltagungen gegeben. Er stellt das Spital Langenthal vor.

Cornelia Meier, Co-Präsidentin der FSG, bedankt sich bei Lukas Meier, dass die Tagung im Spital in Langenthal durchgeführt werden könne. Sie begrüsst die Teilnehmenden zur 1. Fachtagung der FSG und stellt die einzelnen Vorstandsmitglieder der Fachgruppe kurz vor.

Maya Kündig, ebenfalls Co-Präsidentin der FSG, begrüsst die Teilnehmenden und stellt die Internetseite <https://www.schwindel-gleichgewicht.ch/> vor, unter anderem mit den überarbeiteten Leitlinien, die hochgeladen wurden.

Die erste Referentin, Dr. med. univ. Timea Gal, welche Fachärztin der HNO ist, stellt die peripher-vestibuläre Hypofunktion vor. Sie zeigt verschiedene Möglichkeiten der Befundsdiagnostik vor, wobei sie zwischen instrumentellen und nicht instrumentellen Messungen unterscheidet. Sie zeigt zudem die Therapiemöglichkeiten auf- medikamentöse sowie physiotherapeutische. Frau Gal geht auch auf die HINTS ein, eine Testbatterie, um zentrale Schädigungen sofort zu erkennen. Zudem nennt und erklärt sie kurz die verschiedenen Pathologien der vestibulären Hypofunktion wie Neuritis vestibularis, Labyrinthitis, Traumatisches AVS, Toxisches AVS, akutes-zentral-vestibuläres Syndrom aber auch Differentialdiagnosen wie PPPD oder chronisches vestibuläres Syndrom. Sie hebt vor, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten essenziell sei und der Patient/die Patientin so am meisten davon profitieren würde.

Die zweite Referentin, Frau Seraina Wick, eine spezialisierte Schwindelphysiotherapeutin, stellt die von der Arbeitsgruppe FSG übersetzte Leitlinie «Vestibuläre Rehabilitation für periphere vestibuläre Hypofunktion» vor. Die Leitlinie besagt folgendes:

- Starke Evidenz für die Indikation von vestibulärer Rehabilitation bei akuter, subakuter und chronischer unilateraler und bilateraler Hypofunktion.
- Starke Evidenz gegen isolierte Sakkaden- oder langsame Blickfolgenbewegungen zur Förderung der Blickstabilität.
- Verringerung von Schwindelgefühlen, Gangunsicherheit und Sturzrisiko.

- Verbesserung der Blickstabilität, des Gleichgewichts, der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität.
- Potenzielle Erhöhung von Reisekosten und Zeitaufwand für den Patienten.
- Symptomintensivierung zu Beginn der Behandlung, Sturzrisiko während den Übungen.
- Moderate bis starke Evidenz für spezifische Übungen.
- Starke Evidenz für supervidierte vestibuläre Rehabilitation.
- Moderate bis starke Evidenz für wöchentliche ambulante vestibuläre Rehabilitation & zusätzliches, mehrmals tägliches Heimprogramm.
- Moderate Evidenz zur Bestimmung des Therapieabschlusses.
- Moderate bis starke Evidenz zur Einschätzung von Einflussfaktoren.

Nach einer halbstündigen Pause, in der Getränke, verschiedene Sorten Brötchen sowie Früchte von der FSG offeriert werden, geht es weiter mit zwei Workshops von Bettina Häberlin und Andrea Nüesch, beides Fachexpertinnen Schwindel in der Physiotherapie, wobei die Teilnehmenden in zwei Gruppen eingeteilt werden.

Bettina Häberlin stellt zwei Fallbeispiele vor mit Schädigung des N. vestibulocochlearis. Die Teilnehmenden werden wiederum in zwei Gruppen unterteilt. In diesen diskutieren sie, welche Testungen beim Fallbeispiel indiziert wären und wie der Übungsaufbau gestaltet werden könnte. Die beiden Gruppen treffen sich danach wieder und stellen einander die Ergebnisse vor.

Andrea Nüesch präsentiert die Differenzierung zwischen zervikal- und vestibulär bedingtem Schwindel. Die Teilnehmenden diskutieren zuerst in 2-3er- Gruppen über verschiedene zervikale Diagnosen. Andrea Nüesch stellt mögliche klinische Untersuchungen vor, je nach Anamnese und Symptomverhalten. Anschliessend stellt sie ihre Masterarbeit vor, in der die beiden Tests, clinical torsion test (CTT) und head neck differentiation test (HNDT), jeweils mit und ohne Torsion, untersucht wurden. Der CTT zeigt eine Spezifität von 95% auf, der HNDT 86%. Zudem zeigt der HNDT eine Sensitivität von 79% auf beim Test en bloc. Andrea Nüesch erklärt, dass der HNDT und der CTT nicht als alleinige Tests verwendet werden sollten. Der HNDT en bloc kann für den vorläufigen Ein-/Ausschluss von peripher-vestibulärer Unterfunktion nützlich sein. Ein positiver HNDT und CTT in der Torsionskomponente können bei peripher-vestibulärer Unterfunktion auf eine HWS-Beteiligung am Schwindel hinweisen. Die beiden Tests werden durch die Kursteilnehmenden aneinander geübt.

In einer stündigen Mittagspause, in der es zusätzlich noch Sandwiches und selbstgebackene Kuchen zur Verpflegung gibt, haben die Teilnehmenden Zeit, sich auszutauschen und sich für das bevorstehende Programm am Nachmittag zu stärken.



Um 13.45 Uhr geht es weiter mit der Vorstellung der überarbeiteten Leitlinie «Benign paroxymal positional vertigo (update).» von Nathalie Schanz, einer spezialisierten Schwindelphysiotherapeutin. Die Leitlinie besagt unter anderem folgendes:

- Behandlung mit Manöver erste Wahl, nicht zu lange warten.
- Aufklärung des Patienten sehr wichtig.
- Diagnostik auch mit gezielter Anamnese präzise durchführen.
- Unnötige Diagnostik und Behandlungen vermeiden.
- Algorithmus hilft Klinikern im Vorgehen, Handout hilft Patienten im Verständnis.

Anschliessend stellt Stefan Schädler, Fachexperte Schwindel in der Physiotherapie, verschiedene Fallbeispiele vor, bei denen es um Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen bei BPLS ging. Stefan zeigt Beispiele auf, bei denen der Dix-Hallpike-Test mit HWS-Extension/Rotation über die Bettkante durchgeführt wurde bei Patientinnen und Patienten mit hypermobiler HWS. Dadurch wurden die Beschwerden nicht reduziert, sondern verschlimmerten sich. Er zeigt Alternativen auf für das Epley-Manöver. Auch zeigt er Beispiele von nicht wirksamen Heimübungen oder bei denen der falsche Bogengang therapiert wurde und somit keine Besserung auftrat. Er sagt deutlich, dass Lagerungsmanöver durch eine Fachperson erfolgen sollten. Stefan zeigt zudem Beispiele auf, bei dem die Diagnose BPLS gestellt wurde und sich später herausstellte, dass es ein zervikales Problem ist. Es sei wichtig, dass die Manöver nur bei positivem Test indiziert seien. Bei zervikalen Problemen sollen die Manöver mit stabilisierter HWS erfolgen. Er sagt, dass regelmässig durchgeführte Manöver zur Prävention eines erneuten BPLS nicht wirksam seien.

Es erfolgt eine 15-minütige Pause.

Nach der Pause geht es weiter mit zwei Workshops von Maya Kündig und Monika Kuhn, beides Fachexpertinnen Schwindel in der Physiotherapie.

Monika Kuhn zeigt den Unterschied zwischen Canalolithiasis- bei dem sich der Nystagmus geotrop oder ageotrop zeigen kann und Cupulolithiasis, auf. Sie erklärt die verschiedenen Varianten mittels eines 3-D-Modells und Zeichnungen auf einem Flipchart. Monika zeigt den Pagani-Mc-Clure-Test, den Bow-and-Lean-Test sowie den Supine-Roll-Test vor, der zur Diagnosestellung eines horizontalen BPLS durchgeführt werde. Zudem zeigt sie das Zuma-Manöver praktisch vor, welches bei allen 3 Varianten eines horizontalen BPLS angewendet werden könne. Obwohl der BPLS des horizontalen Bogenganges nicht der häufigste sei, sei es trotzdem wichtig, diesen nicht zu vergessen.

Beim Workshop von Maya Kündig geht es um die Durchführung des Tests und des Manövers des posterioren Bogenganges. Sie zeigt den Algorithmus auf, der dem behandelnden Therapeuten eine schnelle Diagnosestellung und somit effiziente Behandlung vereinfachen soll. Dieser Algorithmus sei auf der Homepage der FSG zu finden. Sie zeigt die Schritte des Algorithmus anhand eines Fallbeispiels auf. Anschliessend wird das Dix-Hallpike-Manöver in Kleingruppen aneinander geübt. Die Gruppen sollen zudem diskutieren, welche Anpassungen an die Umgebung und an den Patienten/ an die Patientin vorgenommen werden könnten. Maya erklärt den Teilnehmenden zudem den Semont-Plus, welche als Selbstmanöver effizienter sei als das Semont und das Epley-Manöver, weil das Tempo dabei keine so entscheidende Rolle spiele. Wichtig sei es, den Patienten/ die Patientin zu Alltagsaktivitäten gezielt nach Beschwerden zu befragen. Die Instruktionen können mit Vorzeigen/Skizzen/Modellen ergänzt werden. Die Handgriffe dürfen an die Umgebung und an den Patienten angepasst werden, wichtig sei jedoch die Positionen der Bogengänge einzuhalten. Wichtig sei es, den Test durchzuführen, anschliessend das Repositionsmanöver und nach Möglichkeit einen Re-Test zu machen. Das Repositionsmanöver soll vorzugsweise durch eine Fachperson erfolgen. Der



Patient/ die Patientin solle sich zu Hause normal bewegen und solle informiert werden, dass ein unsicheres Gefühl auf den Beinen kurzzeitig normal sei.

Die Teilnehmenden treffen sich zum Schluss der Tagung nochmals. Maya Kündig macht Werbung für die Mitgliedschaft der FSG. Sie bedankt sich für den spannenden, interaktiven und austauschreichen Tag und wünscht den Teilnehmenden eine gute Heimreise.