

## Diagnosekriterien Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD)

Auszug aus dem Konsensus-Papier des Komitees zur Klassifikation vestibulärer Störungen der Bárány-Gesellschaft (Staab et al., 2017)

### Kriterien für die Diagnose von Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD)

PPPD ist eine chronisch vestibuläre Störung, die durch untenstehende Kriterien A-E definiert ist. Alle fünf Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose zu stellen.

- A. Eine oder mehrere Symptome von Schwindel, Unsicherheit, oder nichtdrehendem Schwindel sind an den meisten Tagen für 3 Monate oder länger vorhanden.<sup>1-3</sup>
  1. Die Symptome halten über einen längeren Zeitraum (Stunden) an, können jedoch an Schwere zu- und abnehmen.
  2. Die Symptome müssen nicht konstant während des ganzen Tages vorhanden sein.
- B. Persistierende Symptome treten ohne spezifische Auslöser auf, aber werden durch drei Faktoren verstärkt:<sup>4,5</sup>
  1. Aufrechte Körperhaltung
  2. Aktive oder passive Bewegung ohne bestimmte Richtung oder Position und
  3. Aussetzen bewegter visueller Stimuli oder komplexer visueller Muster.
- C. Die Störung wird durch Bedingungen hervorgerufen, die Drehschwindel, Unsicherheit, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen verursachen, einschließlich akuter, episodischer oder chronischer vestibulärer Syndrome, anderer neurologischer oder medizinischer Erkrankungen oder psychischer Belastungen.<sup>6</sup>
  1. Wenn der Auslöser ein akuter oder episodischer Zustand ist, bilden sich Symptome im Muster des Kriteriums A zurück, sobald der Auslöser abgeklungen ist. Sie können jedoch zunächst intermittierend auftreten und sich dann zu einem persistierenden Verlauf festigen.
  2. Wenn der Auslöser ein chronisches Syndrom ist, können sich die Symptome zunächst langsam entwickeln und sich allmählich verschlechtern.
- D. Die Symptome verursachen erhebliche Belastungen oder Funktionsstörungen.
- E. Die Symptome können nicht besser einer anderen Krankheit oder Störung zugeordnet werden.<sup>7</sup>

### Bemerkungen:

- (1) PPPD manifestiert sich mit folgenden primären Symptomen wie sie zuvor vom CCBS definiert wurden (Bisdorff, Von Brevern, Lempert, & Newman-Toker, 2009):
  - Nichtbewegende Empfindungen von gestörtem oder beeinträchtigter räumlicher Orientierung (Schwindel)
  - Gefühl der Instabilität beim Stehen oder Gehen (Unsicherheit)
  - falsche oder verzerrte Gefühle des Schwankens, Schaukelns, Wackelns oder Aufprallens (innerer nicht drehender Schwindel) oder ähnliche Gefühle der Bewegung der Umgebung (äußerer nicht drehender Schwindel).
- (2) Die Symptome müssen an mehr als 15 von 30 Tagen vorliegen. Bei den meisten Betroffenen treten täglich oder fast täglich Symptome auf. Die Symptome nehmen im Laufe des Tages zu.
- (3) Momentanes Aufflackern der Symptome kann spontan oder durch Bewegung erfolgen, aber dieses nur Sekunden dauernde vorübergehende Auftreten ist nicht bei allen Patienten vorhanden. Momentane Ausbrüche allein erfüllen dieses Kriterium nicht.
- (4) Sobald die Erkrankung vollständig entwickelt ist, persistieren die Symptome, ohne dass es nötig ist, sich dauernd den auslösenden Bedingungen auszusetzen.
- (5) Die drei verstärkenden Faktoren von Kriterium B müssen in der Krankengeschichte erkennbar sein, obwohl sie nicht gleichermaßen störend sein müssen. Möglich ist, dass Patienten versuchen, diese Faktoren zu

vermeiden, um schädliche Verschlechterungen ihrer vestibulären Symptome zu minimieren. Eine solche Vermeidung kann zur Erfüllung dieses Kriteriums in Betracht gezogen werden.

- Aufrechte Haltung bedeutet Stehen oder Gehen. Patienten, die besonders empfindlich auf die Auswirkungen einer aufrechten Körperhaltung reagieren, berichten, dass selbst das nicht unterstützte Sitzen ihre Symptome verschlimmert (siehe Abschnitt 4.1.3.1 in Staab 2017 für weitere Einzelheiten).
  - Aktive Bewegung bezieht sich auf die von einer Person selbst erzeugten Bewegungen. Passive Bewegung bezieht sich auf eine Person, die von Transportmitteln oder anderen Arten bewegt wird (z. B. in einem Fahrzeug oder Aufzug fahren, ein Tier reiten, in einer Menschenmenge gestoßen werden) (siehe Abschnitt 4.1.3.2 in Staab 2017 für weitere Einzelheiten).
  - Visuelle Reize können große Objekte in der visuellen Umgebung sein (z. B. vorbeifahrender Verkehr, belebte Muster auf Fußböden oder Wandverkleidungen, Grafiken, die auf großen Bildschirmen angezeigt werden) oder kleinere Objekte, die in geringer Entfernung betrachtet werden (z. B. Bücher, Computer, mobile elektronische Geräte) (weitere Informationen finden Sie in Abschnitt 4.1.3.3. in Staab 2017).
- (6) Die häufigsten auslösenden Bedingungen sind periphere oder zentral vestibuläre Störungen (25–30% der Fälle), Anfälle von vestibulärer Migräne (15–20%), Panikattacken oder Angstzustände, die auffälligen Schwindel manifestieren (jeweils 15%), Gehirnerschütterungen oder Schleudertrauma-Verletzungen des Nackens (10-15%) und autonome Störungen (7%). Andere Bedingungen, die Schwindel, Unsicherheit oder Benommenheit hervorrufen oder die Gleichgewichtsfunktionen verändern können (z. B. Herzrhythmusstörungen, unerwünschte Medikamentenwirkungen), führen seltener zu einer Störung (insgesamt ~ 3%) (Staab, Eggers, Neff, & Shepard, 2010; Staab & Ruckenstein, 2007). Die meisten Erkrankungen, die einem PPPD vorausgehen, sind akuter oder episodischer Natur. Patienten berichten über das Auftreten chronischer Symptome der PPPD nach ihren akuten Erkrankungen. Auslöser wie eine generalisierte Angststörung, autonome Störungen und periphere oder zentral degenerative Zustände können sich jedoch heimtückisch entwickeln. In diesen Fällen ist es weniger wahrscheinlich, dass Patienten einen eindeutigen Beginn berichten. Es ist nicht in jedem Fall möglich, einen bestimmten Auslöser zu identifizieren. Wenn ein spezifischer Auslöser nicht identifiziert werden kann, insbesondere wenn sich die Symptome langsam verschlechtern, ist eine Neubewertung der Diagnose angezeigt, und es kann ein Zeitraum prospektiver Überwachung erforderlich sein, um dies zu bestätigen
- (7) PPPD kann zusammen mit anderen Krankheiten oder Störungen existieren. Der Nachweis einer anderen aktiven Krankheit schließt eine PPPD-Diagnose nicht unbedingt aus. Vielmehr muss eine klinische Beurteilung durchgeführt werden, um die beste Zuordnung der vestibulären Symptome des Patienten zu allen identifizierten Krankheiten zu bestimmen (Dieterich, Staab, & Brandt, 2016; Staab, 2012).

## Literatur

- Bisdorff, A., Von Brevern, M., Lempert, T., & Newman-Toker, D. E. (2009). Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res*, *19*(1-2), 1-13. doi:10.3233/VES-2009-0343
- Dieterich, M., Staab, J. P., & Brandt, T. (2016). Functional (psychogenic) dizziness. *Handb Clin Neurol*, *139*, 447-468. doi:10.1016/B978-0-12-801772-2.00037-0
- Staab, J. P. (2012). Chronic subjective dizziness. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, *18*(5 Neuro-otology), 1118-1141. doi:10.1212/01.CON.0000421622.56525.58
- Staab, J. P., Eckhardt-Henn, A., Horii, A., Jacob, R., Strupp, M., Brandt, T., & Bronstein, A. (2017). Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res*, *27*(4), 191-208. doi:10.3233/VES-170622
- Staab, J. P., Eggers, S. D., Neff, B. A., & Shepard, N. T. (2010). Validation of a clinical syndrome of persistent dizziness and unsteadiness. Abstracts from the XXVI Barany-Society Meeting Reykjavik, Iceland, August 18-21, 2010. *J Vestib Res*, *20*, 172-173.
- Staab, J. P., & Ruckenstein, M. J. (2007). Expanding the differential diagnosis of chronic dizziness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, *133*(2), 170-176. doi:10.1001/archotol.133.2.170