

Mal-de-Debarquement-Syndrom

Der Schwindel der Landkranken



© Andrey Popov / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Das Mal-de-Debarquement-Syndrom dauert über 48 Stunden.

Die Seekrankheit kannte schon Hippokrates. Von einer Landkrankheit wusste er wohl noch nichts.

Hippokrates sagte, das Segeln auf dem Meer bringe den Körper in Unordnung. Bis zu einer Beschreibung des umgekehrten Phänomens, nämlich massiven Beschwerden durch Schwindel, gestörtes

Gleichgewicht und das Gefühl von Bootsbewegungen, die den Gang an Land nach längerer Fahrt auf einem Schiff begleiten, dauerte es noch einige Zeit. Eine Beschreibung des persistenten Mal-de-Debarquement-Syndroms lieferten die Neurologen Brown und Baloh erst 1987.

Migräne kann das Krankheitsbild zusätzlich begleiten

Eine Übersicht über das Mal-de-Debarquement-Syndrom gibt ein neuer Artikel der Neurologinnen Saha, Phoenix, und Cha, Minneapolis. Im Vergleich zur einfachen „Landkrankheit“ dauert das Mal-de-Debarquement-Syndrom mehr als 48 Stunden. Die vier Diagnosekriterien sind:

- Persistierender Schwindel, beschrieben als ein Schwanken, Schaukeln, Auf- und Ab-Dümpeln oder Taumeln.
- Beginn binnen 48 Stunden nach Verlassen eines Fahrzeugs (z.B. Schiff)
- Nachlassen der Symptome bei erneuter Bewegung, wie etwa beim Autofahren.

- Keine ungewöhnlichen Merkmale wie Hörverlust oder Koordinationsstörungen.

Nicht ganz einfach, aber wichtig ist die Differenzialdiagnose zur vestibulären Migräne. Die Schwierigkeit rührt teils daher, dass Migräne oft das Mal-de-Debarquement-Syndrom begleitet. Allerdings haben Migränemedikamente keinen Einfluss auf dessen Symptome.

„Ein Mal-de-Debarquement-Syndrom sollte aufgrund klinischer Kriterien diagnostiziert werden“, so Saha und Cha. Neuroradiologische Bildgebung, Tests der vestibulären Funktion und Audiometrie lieferten wenig Ertrag, sofern keine untypischen Merkmale vorlägen. Besonders Drehschwindel, Hörverlust sowie dysfunktionale Augenbewegungen würden nicht zum Mal-de-Debarquement-Syndrom passen. *rb*

Saha K, Cha YH. Mal de Debarquement Syndrome. *Semin Neurol* 2020; doi.org/10.1055/s-0039-3402740

Ein Blick in die Zukunft gefällig?

Leicht zu erhebende Parameter bei pulmonal arterieller Hypertonie

Morbidität und Mortalität von PAH-Patienten korrelieren mit nicht invasiven einfach zu bestimmenden Parametern.

Für die Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) stehen heute Medikamente aus fünf Wirkstoffklassen zur Verfügung, die z.B. nach dem Schweregrad ausgewählt und einzeln oder kombiniert eingesetzt werden, um das Fortschreiten der PAH aufzuhalten. Die Wirksamkeit wird in neueren Studien zunehmend anhand „harter“ Endpunkte wie Krankenhauseinweisungen bewertet, während in älteren Studien vor allem Surrogatparameter wie die 6-Minuten-Gehstrecke (6MWD), die klinische Funkti-

onsklasse (FC) oder BNP/NT-proBNP (Herzinsuffizienzmarker) genutzt wurden. US-amerikanische Forscher haben den Zusammenhang zwischen diesen „weichen“ Endpunkten und den Langzeitergebnissen von PAH-Studien untersucht – und eine gute Übereinstimmung gefunden. „Die Bestimmung dieser Parameter ist eine kostengünstige, wirksame und nichtinvasive Methode, um das langfristige Outcome der Patienten vorherzusagen“, so ihr Fazit.

„Informative prognostische Marker“

Die Wissenschaftler haben 25 PAH-Studien ausgewertet, in denen beide Arten von Endpunkten zur Anwendung kamen.

Danach ist eine kürzere bzw. kürzer gewordene 6MWD mit einem höheren Risiko für den Tod und eine klinische Verschlechterung assoziiert. Dasselbe gilt für Patienten mit schlechter (III/IV) oder sich verschlechternder FC (von II nach III) sowie für Patienten mit erhöhten oder steigenden BNP-/NT-proBNP-Werten. Patienten, bei denen gleich mehrere der nichtinvasiven Parameter ungünstig ausfallen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Lungentransplantation und Tod.

„6MWD, FC und BNP/NT-proBNP sind damit nicht nur wichtige klinische Endpunkte“, so die Autoren, „sie sind auch informative prognostische Marker.“ *bs*

Wrnski SL et al. *Lung* 2020;198:65–86