

# Schwindel – eine interprofessionelle Herausforderung

## Les vertiges – un défi interprofessionnel

ANDREA NÜESCH

Um der anspruchsvollen Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Schwindel gerecht zu werden, arbeiten am Universitätsspital Zürich die Professionen im interdisziplinären Schwindelzentrum zusammen. Die Physiotherapie übernimmt dabei auch neue Aufgaben.

Herr K., 40 Jahre, ohne Vorerkrankungen und körperlich fit, berichtet von diffusem Schwindel und Mühe mit schnellen Körperbewegungen. Er erwähnt auch Sehstörungen, wenn er den Kopf beim Autofahren stark wendet. Deshalb kann er seine Arbeit als Rettungssanitäter zurzeit nicht ausüben. Das frustriert und deprimiert ihn. Als die Symptome vor zehn Wochen begannen, überwies der Hausarzt Herrn K. an einen ORL-Arzt. Dieser veranlasste eine Abklärung im Universitätsspital Zürich (USZ).

Im «Interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen» finden ausführliche vestibuläre Untersuchungen statt, die keine Auffälligkeiten zeigen. Die Diagnose lautet «Visual Vertigo» – möglicherweise als Folge eines unfallbedingten Kopftraumas vor fünf Jahren. Die Ärztin bespricht die Diagnose mit Herrn K. und verordnet Physiotherapie. Beim ersten Treffen führt die Physiotherapeutin eine Anamnese und eine funktionelle Untersuchung durch. Anschliessend bespricht sie das Vorgehen mit dem Patienten. Sie leitet Herrn K. für ein tägliches Gleichgewichtstraining an und empfiehlt ihm, sich visuell verwirrender Umgebung auszusetzen. Nach vier Sitzungen innerhalb eines Monats hat Herr K. keine Beschwerden mehr.

### Schwindel interprofessionell abklären

Die Abklärung der Schwindelproblematik bei Herrn K. gehört zu den 3000 vestibulären Untersuchungen, die jährlich im interdisziplinären Schwindelzentrum des USZ erfolgen. Schwindel zählt generell zu den häufigsten Symptomen. Die Prävalenz für periphere und zentrale vestibuläre Krankheiten liegt bei zehn Prozent [1].

Der Vorteil eines Zentrums besteht darin, dass Fachpersonen unterschiedlicher Bereiche vor Ort sind, um ihre Ex-

Différentes professions collaborent au sein du centre interdisciplinaire des vertiges de l'hôpital universitaire de Zurich pour répondre aux besoins exigeants en matière de diagnostic et de traitement des personnes atteintes de vertiges. Dans ce cadre, les physiothérapeutes assument aussi de nouvelles tâches.

Monsieur K., 40 ans, sans maladie préexistante et en bonne santé physique, rapporte des vertiges diffus et des difficultés à effectuer des mouvements rapides du corps. Il mentionne également des troubles visuels lorsqu'il tourne brusquement la tête au volant. C'est pourquoi il est actuellement incapable d'exercer son métier d'ambulancier. Cette situation le frustre et le déprime. Lorsque les symptômes sont apparus, voici dix semaines, son médecin traitant l'a envoyé chez un spécialiste ORL qui a fait le nécessaire pour faire examiner son patient à l'hôpital universitaire de Zurich (USZ).

Le Centre interdisciplinaire des vertiges et des troubles neuro-ophthalmologiques de l'USZ a procédé à des examens



Stellt sich eine Patientin oder ein Patient im Notfall mit akutem Schwindel vor, gilt es zu klären, ob ein Schlaganfall vorliegt. I Quand une personne en proie à des vertiges aigus se présente aux urgences, il faut clarifier que l'origine n'est pas un AVC.

pertise für die PatientInnen einzubringen: ÄrztInnen mit einer Ausbildung in ORL, Neurologie, Ophthalmologie und Psychiatrie, aber auch PhysiotherapeutInnen und OrthoptistInnen. Zudem steht die gesamte weiterführende Diagnostik zur Verfügung, beispielsweise Laboruntersuchungen, Elektromyografie oder bildgebende Verfahren.

Die «Bárány Society» – ein Zusammenschluss internationaler ExpertInnen auf dem Gebiet der Neurologie und HNO – unterteilt vestibulären Schwindel in drei Kategorien [2]:

- **Akutes vestibuläres Syndrom (AVS):** permanenter Schwindel (>24 Stunden, Tage bis Wochen). Nystagmus, Nausea, Erbrechen, Gangunsicherheit, Bewegungsintoleranz
- **Episodisches vestibuläres Syndrom (EVS):** transient (<24 Stunden), repetitiv, ausgelöst durch Kopfbewegungen oder Positionswechsel. Nausea, Erbrechen, Nystagmus, Gangunsicherheit, Stürze
- **Chronisches vestibuläres Syndrom (CVS):** permanenter Schwindel (Monate bis Jahre), Oszillopsien<sup>1</sup>, Gangunsicherheit.

Stellt sich eine Patientin oder ein Patient im Notfall mit akutem Schwindel vor, gilt es bereits beim Erstkontakt zu klären, ob ein potenziell lebensgefährlicher Schlaganfall als Ursache der Beschwerden vorliegt<sup>2</sup>.

### Komplexe Diagnostik

Für die Anamnese bei PatientInnen mit Schwindel gilt das Prinzip «**T**iming, **T**riggering and **T**argeted **E**xamination» – zusammengefasst im Akronym TITRATE [2]:

- Wann ist der Schwindel erstmals aufgetreten?
- Welche provozierenden Faktoren lösen Schwindel aus?
- Wie lange dauert der Schwindel jeweils an?

Zur Abklärung führen ÄrztInnen, OrthoptistInnen oder wissenschaftliche Mitarbeitende eine Reihe von klinischen Tests durch:

- Hat der Schwindel eine zentrale Ätiologie? Der Drei-Stufen-Test «HINTS» (**H**ead **I**mpulse, **N**ystagmus, **T**est of **S**kew) dient dazu, einen Verdacht auf Schlaganfall zu erhärten.<sup>3</sup> Ein ausführlicher Neurostatus bietet weitere Hinweise.
- Handelt es sich um benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel? Um diese Frage zu klären, kommen Provokationsmanöver zum Einsatz – allen voran das Dix-Hallpike-Manöver für den posterioren Bogengang. Eine Untersuchung mit dem Zwei-Achsen-Drehstuhl ist sinn-

vestibulaires approfondis qui n'ont révélé aucune anomalie. Le diagnostic posé est celui d'un «vertige visuel» – peut-être le résultat d'un traumatisme crânien suite à un accident survenu cinq ans auparavant. Le médecin a discuté du diagnostic avec Monsieur K. et lui a prescrit de la physiothérapie. Lors de la première séance, la physiothérapeute a recueilli les antécédents médicaux et réalisé un examen fonctionnel. Elle a convenu ensuite avec le patient de la manière de procéder. Elle lui a montré un entraînement quotidien du contrôle postural et lui a recommandé de s'exposer à un environnement visuellement confus. Au bout de quatre séances pendant un mois, les vertiges de Monsieur K. avaient disparu.

### Examen interprofessionnel des vertiges

L'examen du problème de vertiges rencontré par Monsieur K. fait partie des 3000 examens vestibulaires réalisés chaque année au *Centre interdisciplinaire des vertiges et des troubles neuro-ophthalmologiques* de l'USZ. En général, les vertiges font partie des symptômes les plus fréquents. La prévalence de maladies vestibulaires périphériques et centrales atteint 10 % [1].

Un centre dédié a l'avantage de disposer de spécialistes de différents domaines: médecins spécialisés en ORL, en neurologie, en ophtalmologie et en psychiatrie, mais aussi physiothérapeutes et orthoptistes qui peuvent apporter leur expertise aux patient-es. En outre, toute la gamme de diagnostics complémentaires est disponible sur place, par exemple les tests de laboratoire, l'électromyographie ou l'imagerie.

La *Société Bárány* – association d'experts internationaux dans le domaine de la neurologie et de l'ORL – distingue trois catégories de vertiges vestibulaires [2]:

- **Syndrome vestibulaire aigu (SVA):** vertiges permanents (durée supérieure à 24 heures, de plusieurs jours à plusieurs semaines). Nystagmus, nausées, vomissements, instabilité à la marche, intolérance aux mouvements;
- **Syndrome vestibulaire épisodique (SVE):** vertiges transitoires (durée supérieure à 24 heures), répétitifs, déclenchés par des mouvements de la tête ou un changement de position. Nausées, vomissements, nystagmus, instabilité à la marche, chutes;
- **Syndrome vestibulaire chronique (SVC):** vertiges permanents (durée de plusieurs mois à plusieurs années), oscillopsies<sup>1</sup>, instabilité à la marche.

Lorsqu'un·e patient·e se présente aux urgences avec des vertiges aigus, il est important de clarifier dès le premier contact si un accident vasculaire cérébral potentiellement mortel est à l'origine des symptômes<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Bildbewegung während der Kopfbewegung: Zittern, Wackeln oder Verschwimmen des fixierten Gegenstands.

<sup>2</sup> Details zum Ablauf der Notfalluntersuchung sind bei Spiegel et al. [3] beschrieben.

<sup>3</sup> Vgl. Artikel Schädler in dieser Ausgabe.

<sup>1</sup> Mouvement de l'image lors du mouvement de la tête: tremblement, vacillement ou flou de l'objet fixé.

<sup>2</sup> Les détails relatifs à la manière de procéder lors de l'examen d'urgence sont décrits dans Spiegel et al. [3].



**oVEMP (okulare vestibulär evozierte myogene Potentiale): Funktionskontrolle des Utriculus (Otholitenorgan) mit Vibration und Ableitung der Muskelantwort. | PEVMo (potentiels évoqués vestibulaires myogéniques oculaires): contrôle fonctionnel de l'utricule (organe otolithique) par vibration et déduction de la réponse musculaire.**

voll bei ängstlichen, gebrechlichen oder übergewichtigen Personen.

- Mit dem Video-Kopfimpuls-Test lässt sich der vestibulo-okuläre Reflex überprüfen. Kalorik<sup>4</sup> dient zur Testung der horizontalen Bogengangorgane.
- **Vestibulär evozierte myogene Potentiale** (cVEMP<sup>5</sup>/oVEMP<sup>6</sup>) dienen zur Messung der Muskelantwort auf einen Ton, einen elektrischen Impuls oder eine Vibration. Auf diese Weise lässt sich die Funktion der Otolithenorgane Succulus und Utriculus testen.
- Mit Labordiagnostik und Elektromyografie kann eine vermutete Polyneuropathie verifiziert werden. Herzrhythmusstörungen und Orthostaseprobleme lassen sich im EKG oder mit dem Schellongtest nachweisen.
- Posturographie (Messung der Stehbalance) oder Reintonaudiometrie (Bestimmung des subjektiven Hörvermögens) können ebenfalls Teil der Untersuchungsbatterie sein.

<sup>4</sup> Vgl. Artikel Goldman in dieser Ausgabe.

<sup>5</sup> cVEMP = zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale.

<sup>6</sup> oVEMP = okulare vestibulär evozierte myogene Potentiale.

## Un diagnostic complexe

Le principe *Timing, Triggers and Targeted Examination* – désigné par l'acronyme TITRATE [2] – s'applique à l'anamnèse des patient·es atteint·es de vertiges [2]:

- Quand les vertiges sont-ils apparus pour la première fois?
- Quels sont les facteurs qui provoquent les vertiges?
- Quelle est la durée des vertiges?

À des fins d'évaluation, les médecins, les orthoptistes ou les collaborateur·rices scientifiques effectuent une série de tests cliniques:

- Les vertiges ont-ils une étiologie centrale? Le test en trois étapes HINTS (*Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew*) sert à confirmer une suspicion d'AVC<sup>3</sup>. Un examen neurologique détaillé fournit d'autres indices.
- S'agit-il d'un vertige positionnel paroxystique bénin? Pour répondre à cette question, on recourt à des manœuvres de provocation – notamment à la manœuvre de Dix-Hallpike pour le canal semi-circulaire postérieur. Un examen avec le fauteuil pivotant à deux axes se justifie pour les personnes anxieuses, fragiles ou en surpoids.
- Le test vidéo d'impulsion de la tête permet de vérifier le réflexe vestibulo-oculaire. L'épreuve calorique<sup>4</sup> permet de tester les canaux semi-circulaires horizontaux.
- Les potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (PEVMc<sup>5</sup>/PEVMo<sup>6</sup>) servent à mesurer la réponse musculaire à un son, à une impulsion électrique ou une vibration. Cela permet de tester la fonction des organes otolithiques, saccule et utricule.
- Les diagnostics de laboratoire et l'électromyographie peuvent permettre de vérifier une suspicion de polyneuropathie. Un ECG ou le test de Schellong permettent de détecter les arythmies cardiaques et les problèmes en position debout.
- La posturographie (mesure du contrôle postural en position debout) ou l'audiométrie à sons purs (détermination de l'audition subjective) peuvent également faire partie de la batterie d'examen.
- L'imagerie joue elle aussi un rôle important dans le processus d'évaluation. Par exemple, l'IRM permet de visualiser des schwannomes vestibulaires<sup>7</sup>. Les défauts osseux de l'oreille interne sont visibles en tomodynamométrie ou peuvent être détectés par l'imagerie volumétrique par faisceau conique.

<sup>3</sup> Cf. l'article de S. Schädler dans le présent numéro.

<sup>4</sup> Cf. l'article de D. Goldman dans le présent numéro.

<sup>5</sup> PEVMc = potentiels évoqués vestibulaires myogéniques cervicaux.

<sup>6</sup> PEVMo = potentiels évoqués vestibulaires myogéniques oculaires.

<sup>7</sup> Tumeurs bénignes provenant du nerf vestibulaire.



Der Zwei-Achsen-Drehstuhl zur Testung und Behandlung des gutartigen Lagerungsschwindels. | Fauteuil pivotant à deux axes pour tester et traiter le vertige positionnel bénin.

- Auch die Bildgebung spielt im Abklärungsprozess eine wichtige Rolle. Beispielsweise lassen sich Vestibularschwannome<sup>7</sup> im MRI darstellen. Knöcherner Defekte des Innenohrs sind im CT sichtbar oder mit digitaler Volumentomografie feststellbar.

### Welche Behandlungsoptionen gibt es?

Die meisten schwindelbezogenen Krankheitsbilder lassen sich ambulant behandeln. Bei Neuritis vestibularis oder Morbus Menière kommen Medikamente zum Einsatz. Bei benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel (BPLS, ausgehend vom posterioren oder horizontalen Bogengang) kann ein passendes «Befreiungsmanöver» wirken. Dabei werden abgelöste Otokonien<sup>8</sup> aus dem Bogengang befördert. Bei BPLS sind Übungen als alleinige Massnahme nicht wirksam. Hat sich ein chronisches vestibuläres Syndrom entwickelt, sind Fachpersonen mit erweitertem Wissen in vestibulärer Rehabilitation gefragt. PsychiaterInnen und PsychologInnen können mit kognitiver Verhaltenstherapie einen entscheidenden Beitrag leisten, damit sich PatientInnen funktionell erholen [5].

### Welche Aufgaben übernehmen PhysiotherapeutInnen?

Solange PhysiotherapeutInnen auf Verordnungsbasis arbeiten, dürfen sie sich darauf berufen, dass die Ärztin oder der Arzt ein akutes vestibuläres Syndrom mit potenzieller Lebensgefahr (zentrale Ursache) bereits ausgeschlossen hat.

<sup>7</sup> Gutartige Tumore, die vom Nervus vestibularis ausgehen.

<sup>8</sup> Otokonien (auch Otolithen genannt) sind kleinste Kalkpartikel und Teil der Otolithenorgane.

### Quelles sont les options en matière de traitement?

La plupart des troubles liés aux vertiges peuvent être traités en ambulatoire. La névrite vestibulaire ou la maladie de Ménière sont traitées par voie médicamenteuse. Dans le cas de vertiges positionnels paroxystiques bénins (VPPB) provenant des canaux semi-circulaires postérieur ou horizontal, une «manœuvre de libération» appropriée peut s'avérer efficace: il s'agit de faire sortir du canal les otoconies<sup>8</sup> qui se seraient détachées. Les exercices à eux seuls ne sont pas efficaces dans le cas de VPPB. Si un syndrome vestibulaire chronique s'est développé, il faut faire appel à des spécialistes qui disposent de connaissances avancées en matière de rééducation vestibulaire. Les psychiatres et les psychologues peuvent apporter une contribution décisive par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale pour aider les patient-es à récupérer sur le plan fonctionnel [5].

### Quelles tâches assument les physiothérapeutes?

Du moment où le médecin a prescrit le traitement, les physiothérapeutes assument qu'un syndrome vestibulaire aigu potentiellement mortel (origine centrale) a été exclu. Il existe des signaux d'alarme (*red flags*) chez le-la patient-e qui devraient mettre les physiothérapeutes en garde. Une vision double ou d'autres déficits neurologiques peuvent signaler un accident vasculaire cérébral. Une perte auditive soudaine ou un traumatisme crânien récent doivent également faire l'objet d'un examen médical.

<sup>8</sup> Les otoconies (également appelées otolithes) sont de minuscules particules de calcium qui font partie des organes otolithiques.

**Praxistipps**

PhysiotherapeutInnen, welche PatientInnen mit Schwindel behandeln, sollten

- Vorbefunde einholen und eine ausführliche Anamnese durchführen
- genau klären, welche Einschränkungen auf Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsebene bestehen – und falls möglich, standardisierte Assessments nutzen
- Zielvereinbarungen treffen
- sich an der bestehenden Evidenz für Behandlung des peripher-vestibulären Schwindels orientieren [6,7]: Dies beinhaltet u.a. Gleichgewichtstraining, Training des vestibulookulären Reflexes und Blickstabilitätsübungen in Kombination mit Kopfbewegungen
- Heimprogramme instruieren
- mit PatientInnen Strategien zur Verhaltensänderung erarbeiten
- Kontakt mit der Ärztin oder dem Arzt aufnehmen, wenn die Symptome/Einschränkungen nicht zur Diagnose passen oder sich durch Therapie nicht beeinflussen lassen – obwohl die Vergütung von interprofessionellem Austausch im Physioariff unbefriedigend geregelt ist.

**Conseils pratiques**

Les physiothérapeutes qui traitent des patient-es atteint-es de vertiges doivent

- solliciter les données disponibles et procéder à une anamnèse complète;
- examiner minutieusement les déficiences qui existent au niveau des fonctions, des activités et de la participation en utilisant si possible des tests standardisés;
- convenir des objectifs avec le ou la patient-e;
- s'orienter en fonction des données factuelles existantes en matière de traitement des vertiges vestibulaires périphériques [6,7]: cela inclut, entre autres, l'entraînement du contrôle postural et du réflexe vestibulo-oculaire ainsi que des exercices de stabilité du regard en combinaison avec des mouvements de la tête;
- prescrire un programme d'exercices à domicile;
- travailler avec les patient-es sur des stratégies de changement de comportement;
- prendre contact avec le médecin si les symptômes/déficiences ne correspondent pas au diagnostic ou ne peuvent être influencés par le traitement – même si l'indemnisation des échanges interprofessionnels selon le tarif en physiothérapie reste insatisfaisante.

Es gibt «Red Flags», die PhysiotherapeutInnen hellhörig machen sollten. Erwähnt die Patientin oder der Patient Doppelbilder oder andere neurologische Defizite? Dies können Hinweise auf einen Hirnschlag sein. Ein plötzlicher Hörverlust oder ein Kopftrauma in der jüngeren Vergangenheit müssen ebenfalls ärztlich abgeklärt werden.

Im Zentrum der physiotherapeutischen Arbeit im Schwindelzentrum des USZ stehen vier Bereiche:

- Seit fast zwei Jahren sind PhysiotherapeutInnen involviert bei der **Testung und Behandlung der PatientInnen auf dem Zwei-Achsen-Drehstuhl, inklusive Videookulografie**.
- PhysiotherapeutInnen führen **klinische Gang- und Gleichgewichtstests** durch. Sie geben Empfehlungen ab, ob eine vestibuläre Therapie indiziert ist.
- Eine **vestibuläre Therapie** kommt zum Einsatz, wenn PatientInnen aufgrund von Schwindel längere Zeit ihre körperliche Aktivität vernachlässigen. Dadurch entsteht ein Teufelskreis aus Schwindel, zentraler Fehladaptation und Inaktivität. Insbesondere bei älteren Menschen wirkt sich dies negativ auf die Selbstständigkeit und die Gangsicherheit aus. Auch jüngere Menschen können betroffen sein. Sie laufen Gefahr, den normalen Alltag nicht mehr bewältigen zu können und die Arbeitsfähigkeit zu verlieren. Es gilt zu beachten, dass vestibuläres Training kurzzeitig Schwindel verstärken kann. Langfristig jedoch verbessert sich die Lebensqualität, da die Symptome abnehmen.
- **Erstkontakt durch die Physiotherapie mit ärztlicher Supervision:** Zielgruppe sind primär ältere, multimorbide PatientInnen. Für sie sind mehrstündige apparative Untersuchungen oft belastend. Eine schnelle klinische

Au *Centre interdisciplinaire des vertiges et des troubles neuro-ophthalmologiques* de l'USZ, l'intervention physiothérapeutique se concentre sur quatre domaines:

- Depuis près de deux ans, les physiothérapeutes participent aux tests et au traitement des patient-es sur le fauteuil pivotant à deux axes, y compris la vidéo-oculographie.
- Les physiothérapeutes effectuent des tests cliniques de la marche et du contrôle postural et font des recommandations quant à l'indication d'une rééducation vestibulaire.
- Une rééducation vestibulaire est indiquée lorsque les patient-es négligent l'activité physique pendant une période prolongée à cause des vertiges. Cela génère un cercle vicieux – vertiges, inadaptation centrale et inactivité – ce qui affecte l'indépendance et la stabilité à la marche, notamment chez les personnes âgées. Les personnes plus jeunes peuvent également être touchées, avec, à la clé, le risque de perdre la capacité de gérer normalement leur quotidien et leur activité professionnelle. À noter que l'entraînement vestibulaire peut temporairement accroître les vertiges. À long terme, cependant, la qualité de vie s'améliore à mesure que les symptômes diminuent.
- **Premier contact avec la physiothérapie sous supervision médicale:** le groupe-cible se constitue principalement de patient-es âgé-es et multimorbides pour lesquelles des examens de plusieurs heures avec des appareils s'avèrent souvent stressants. Un test clinique rapide, directement suivi d'une physiothérapie, semble un traitement sûr et adéquat pour les seniors atteint-es de vertiges multifactoriels.

Testung mit direkt anschließender Physiotherapie scheint für SeniorInnen mit multifaktoriellem Schwindel eine sichere, adäquate Behandlung zu sein.

### Das Potenzial von APP-Rollen

Eine Rollenerweiterung im Sinne von «Advanced Physiotherapy Practitioner» ist mit dem Bedienen des Drehstuhls und dem Erstkontakt bei älteren, multimorbiden PatientInnen in der Umsetzungsphase.

Für die Zukunft wären Versorgungsmodelle vorstellbar, wie sie im staatlichen englischen Gesundheitssystem bereits die Regel sind [4]. Dort haben PhysiotherapeutInnen deutlich mehr Verantwortung. Das ärztliche Personal wird nur bei Bedarf involviert. Schwindel verursacht im Gesundheitssystem hohe direkte und indirekte Kosten [1]. Die Arbeit der «Advanced Physiotherapy Practitioners» könnte sich somit kostensenkend auswirken.

### Chronifizierung vermeiden – das gemeinsame Leitprinzip

Eine zentrale Herausforderung besteht darin, PatientInnen mit Schwindel so zu begleiten, dass sich das initiale akute oder episodische vestibuläre Syndrom nicht unnötig chronifiziert und ein neues Krankheitsbild entsteht: «Persistent postural-perceptual dizziness». Lange Krankschreibung oder eine exzessive Abklärung der Schwindelsymptomatik kann die Chronifizierung begünstigen. Die Literatur beschreibt, dass eine vorbestehende Angststörung die Prognose verschlechtert [5]. Verhaltensänderung erarbeiten, Vermeidungsverhalten abbauen und PatientInnen eine Rehabilitation auf der Partizipationsebene ermöglichen – dies gehört zur Kompetenz der spezialisierten Physiotherapie.

Personen, die über Wochen oder Monate Schwindelbeschwerden haben, sind meist beunruhigt und konsultieren mehrere ÄrztInnen. Wer behält den Überblick über die Befunde und den Behandlungspfad dieser PatientInnen?

### Intensive Zusammenarbeit über Berufsgrenzen hinweg

Die optimale Patientenversorgung erfordert einerseits ausreichend Zeit für den Fachaustausch der ExpertInnen. Andererseits ist auch Zeit für eine partizipative Entscheidungsfindung von PatientInnen und Behandelnden gefragt – im Sinne von «Shared decision-making». Räumliche Nähe und gemeinsam genutzte elektronische Patientenakten tragen dazu bei, wichtige Informationen auszutauschen und die Zusammenarbeit über die Berufsgrenzen zu intensivieren. Zu diesem Zweck findet im Schwindelzentrum des USZ einmal pro Woche eine interprofessionelle Besprechung komplexer Patientensituationen statt. Um eine ganzheitliche Rehabilitation für PatientInnen mit Schwindel sicherzustellen, ist die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und dem Case Management ein angestrebtes Ziel.

Herr K. schätzte es sehr, dass im Schwindelzentrum «alle unter einem Dach» zusammenarbeiten. ■

### Le potentiel des rôles APP

L'utilisation du fauteuil pivotant ainsi que le premier contact chez les patient·es âgé·es et multimorbides participent de l'élargissement des rôles dans le sens de l'*Advanced Physiotherapy Practitioner* (APP).

À l'avenir, on pourrait imaginer des modèles d'intervention comparables à ceux du système de santé public anglais [4]. Au Royaume-Uni, les physiothérapeutes ont beaucoup plus de responsabilités et le personnel médical n'intervient qu'en cas de nécessité. Les vertiges entraînent des coûts directs et indirects élevés dans le système de soins de santé [1]. Le travail des APP pourrait donc contribuer à réduire les coûts.

### Éviter la chronicisation – le principe directeur commun

Un défi central consiste à accompagner les patient·es atteint·es de vertiges de manière à éviter que le syndrome vestibulaire initial, aigu ou épisodique, ne devienne inutilement chronique et qu'un nouveau tableau clinique ne se développe: *le persistent postural-perceptual dizziness* ou vertiges oscillatoires phobiques. De longues périodes d'arrêt maladie ou un examen excessif des symptômes de vertige peuvent favoriser la chronicisation. La littérature spécialisée montre qu'un trouble anxieux préexistant aggrave le pronostic [5]. Travailler sur les changements de comportement, réduire les comportements d'évitement et permettre aux patient·es de participer à la rééducation – tous ces aspects sont de la compétence de la physiothérapie spécialisée.

Les personnes atteint·es de vertiges pendant des semaines ou des mois sont généralement inquiètes et consultent plusieurs médecins. Qui suit les résultats et le parcours de traitement de ces patient·es?

### Une intense collaboration au-delà des frontières professionnelles

Un suivi optimal des patient·es exige que les spécialistes disposent de suffisamment de temps pour échanger des informations. D'autre part, une prise de décision participative des patient·es et des praticien·nes – dans le sens d'une prise de décision partagée – demande aussi du temps. La proximité géographique et le partage des dossiers électroniques des patient·es permettent d'échanger des informations importantes et d'intensifier la collaboration au-delà des frontières professionnelles. À cet effet, une réunion interprofessionnelle se tient une fois par semaine au *Centre interdisciplinaire des vertiges et des troubles neuro-ophtalmologiques* de l'USZ pour échanger sur les cas complexes. La coopération avec le service social et la gestion des cas (*case management*) constitue un objectif pour assurer une rééducation complète des patient·es atteint·es de vertiges. Monsieur K. a particulièrement apprécié qu'au *Centre interdisciplinaire des vertiges et des troubles neuro-ophtalmologiques* «tout le monde travaille ensemble sous le même toit». ■

## Literatur | Bibliographie

1. Kovacs E, Wang X, & Grill E (2019). Economic burden of vertigo: A systematic review. *Health Economics Review*, 9(1), 37.
2. Bisdorff A (2020). [The Bárány Classification of vestibular disorders, its clinical implementation and future prospects]. *HNO*, 68(5), 304–312.
3. Spiegel R, Kirsch M, Rosin C, Rust H, Baumann T, Sutter R, Friedrich H, Göldlin M, Müri R, Kalla R, Bingisser R, & Mantokoudis G (2017). Dizziness in the emergency department: An update on diagnosis. *Swiss Medical Weekly*, 147, w14565.
4. Burrows L, Lesser T H, Kasbekar A V, Roland N, & Billing M (2017). Independent prescriber physiotherapist led balance clinic: The Southport and Ormskirk pathway. *The Journal of Laryngology and Otology*, 131(5), 417–424.
5. Popkirov S, Staab J P, & Stone J (2018). Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): A common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Practical Neurology*, 18(1), 5–13.
6. Dunlap P M, Holmberg J M, & Whitney S L (2019). Vestibular rehabilitation: Advances in peripheral and central vestibular disorders. *Current Opinion in Neurology*, 32(1), 137–144.
7. Hillier S, & Mcdonnell M (2016). Is vestibular rehabilitation effective in improving dizziness and function after unilateral peripheral vestibular hypofunction? An abridged version of a Cochrane Review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(4), 16.



**Andrea Nüesch**, BSc PT, ist Fachbereichs-expertin «Vestibuläre Rehabilitation» im Team «Therapie Neurologie» der Physiotherapie Ergotherapie am Universitätsspital Zürich.

**Andrea Nüesch**, PT BSc, spécialiste en rééducation vestibulaire au sein de l'équipe de neuro-rééducation de physiothérapie et d'ergothérapie de l'hôpital universitaire de Zurich.