

LEITLINIE FÜR DIE KLINISCHE PRAXIS

bei peripher vestibulärer Hypofunktion



Diese Leitlinie für die klinische Praxis wurde entwickelt, um die derzeit beste Evidenz für die vestibuläre Rehabilitation von Patienten mit peripher vestibulärer Hypofunktion zu beschreiben. Zweck dieser Leitlinie ist es, klinische Empfehlungen zu geben, um ungerechtfertigte Schwankungen in der Versorgung zu reduzieren und Kooperationsbeziehungen zu entwickeln, um effiziente Überweisungen und eine hochwertige, konsistente Behandlung zu ermöglichen.

MD KLINISCHE ZUSAMMENFASSUNG:

- Patienten jeden Alters mit unkompensierter vestibulärer Unterfunktion sollten zu jedem Zeitpunkt seit Beginn der Erkrankung zu einer überwachten vestibulären Physiotherapie überwiesen werden (siehe unten zu BPPV**).
- Mit vestibulären Rehabilitationsübungen sollte so bald wie möglich begonnen werden.
- Je nach Befund müssen diese Übungen möglicherweise mehrmals täglich durchgeführt werden.
- Komorbiditäten und vestibuläre Suppressiva können den Erfolg der Therapie einschränken.

Effektivität der vestibulären Rehabilitation bei unilateraler und bilateraler peripher vestibulärer Hypofunktion

- **Nachdrückliche Empfehlung** (Stufe I*), dass vestibuläre Rehabilitation angeboten werden sollte bei Patienten mit Symptomen aufgrund von:
 - Akuter, subakuter und chronischer unilateraler Hypofunktion
 - Bilateraler Hypofunktion, einschließlich Pädiatrie
 - Wenn es Hinweise darauf gibt, dass die vestibuläre Rehabilitation einen klaren und erheblichen Nutzen bringt.

Faktoren, die die Ergebnisse der vestibulären Reha beeinflussen

- **Mäßige bis starke Empfehlung** (Stufe I-II*) für Faktoren, die die vestibuläre Rehabilitation beeinflussen:
 - Alter und Geschlecht haben keinen Einfluss auf die Ergebnisse
 - Bessere Ergebnisse bei früherer Intervention, wobei auch chronische Symptome verbessert werden können
 - Faktoren, die einen negativen Einfluss auf die Genesung haben können:
 - Langfristige Einnahme von Vestibularisemmern
 - Komorbiditäten (Angst, Depression, Migräne, periphere Neuropathie, abnormes Binokularesehen, beeinträchtigte kognitive Funktionen)
 - Verzögerter Beginn einer vestibulären Physiotherapie

Effektivität der angeleiteten vestibulären Rehabilitation

- **Nachdrückliche Empfehlung** (Stufe I*), dass Patienten mit peripherer vestibulärer Unterfunktion individuell angepasste, angeleitete Übungen durchführen sollten:
- **Vorteile/Nutzen: (Benefits)**
 - Fördert die Adhärenz an die Rehabilitation
 - Bessere Ergebnisse im Vergleich zu allgemeinen Heimprogrammen

Optimale Dosierung der Übungen

- **Eine schwache Empfehlung** (Stufe II-III*) für Übungen zur Blickstabilisierung bei einseitiger und beidseitiger Hypofunktion besteht für:
 - Mindestens 3-mal/Tag zwischen 12-20 Minuten
- **Schwache Empfehlungen bis Expertenmeinung** (Stufe II-V*) Gleichgewichtsübungen für einseitige und beidseitige Hypofunktion bestehen aus:
 - Mindestens 20 Minuten pro Tag

Effektivität von Sakkadentraining oder Langsamer Blickfolge

- **Starke Empfehlung** (Stufe I*): Willkürlich ausgeführte Sakkaden oder Augenübungen zur langsamen Blickfolge sollten nicht anstelle von Blickstabilisierungsübungen die Kopfbewegungen beinhalten (VOR) angeboten werden.

Wirksamkeit verschiedener Übungstypen bei unilateraler peripherer vestibulärer Hypofunktion

- **Starke bis mäßige Empfehlung** (Stufe I-II*) für den Einsatz gezielter Bewegungstechniken bei akuter und chronischer Hypofunktion:
 - Es ist wichtig, den für die festgestellten Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen am besten geeigneten Übungsansatz zu verwenden.
 - Unbekannte Folgen, wenn Patienten eine Übung durchführen, die nicht auf ihr Hauptproblem ausgerichtet ist.

Vestibuläre Rehabilitation Schaden/Nutzen-Verhältnis

- **Starke Empfehlung** (Stufe I*), dass sich die Lebensqualität verbessert und die psychische Belastung durch die Rehabilitation verringert

Beenden der Vestibulären Rehabilitation

- **Mäßige Empfehlung** (Stufe II*) für die Entscheidung zum Abbruch der Rehabilitation aufgrund von
 - Ziele erreicht
 - Abklingen der Symptome oder Plateau des Patienten
 - Wahl des Patienten oder Nichteinhaltung durch den Patienten
 - Status verschlechtert sich
 - Anhaltende Symptomzunahme
 - Komorbiditäten beeinträchtigen die Teilnahme
 - Klinische Entscheidung auf der Grundlage der Ziele und Werte des Patienten

Generelle Empfehlung für die Gesamtdauer der Behandlung:

- Unilaterale Unterfunktion - 5-7 Wochen
- Bilaterale Unterfunktion - 6-9 Wochen

AUSFÜHRLICHERE INFORMATIONEN ENTNEHMEN SIE BITTE DEM ORIGINALDOKUMENT:
https://journals.lww.com/jnpt/Abstract/9000/Vestibular_Rehabilitation_for_Peripheral.99697.aspx

LEVEL OF EVIDENCE*

I	II	III	IV	V
Qualitativ hochwertige (>50% critical appraisal score) diagnostische Studien, prospektive oder randomisierte kontrollierte Studien	Diagnostische Studien, prospektive oder randomisierte kontrollierte Studien von geringerer Qualität (<50% der kritischen Bewertung)	Fallkontrollierte oder retrospektive Studien	Fallstudie oder Fallserie	Expertenmeinung

Based on Centre for Evidence Based Medicine website: [http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/Hall CD, et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline. JNPT. 2022; doi:10.1097/NPT.0000000000000382](http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/Hall%20CD,%20et%20al.%20Vestibular%20Rehabilitation%20for%20Peripheral%20Vestibular%20Hypofunction:%20An%20Updated%20Clinical%20Practice%20Guideline.%20JNPT.%202022.%20doi:10.1097/NPT.0000000000000382). Edited February 2022