



Eine unvollständige Übersicht

Die Menière'sche Erkrankung: Schwindel, Hörverlust und Tinnitus

von Dr. Helmut Schaaf

Die Menière'sche Erkrankung (Morbus Menière) ist definiert als eine Innenohrerkrankung. Im Vordergrund stehen ein meist anfallsartiger Schwindel, ein anfangs schwankender, auf die Dauer tendenziell zunehmender Hörverlust und ein in der Regel tief klingender Tinnitus. Dr. Helmut Schaaf, leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse und der dort ansässigen Gleichgewichtsambulanz, führt mit dem folgenden Beitrag in das Schwerpunktthema „Morbus Menière und Schwindel“ des vorliegenden Heftes ein.

Der Schwindel kann von 20-minütigen Anfällen bis zu stundenlangen schweren Drehschwindelattacken mit unstillbarem Erbrechen variieren. Kürzere oder längere Anfälle haben wahrscheinlich andere Ursachen. Diese Erkrankung von Gleichgewichts- und Hörorgan kann im günstigen Fall einen leichten Verlauf nehmen. Im ungünstigen Fall kann sie zu Schwerhörigkeit, einem Leiden am Tinnitus und im Gefolge der Schwindelanfälle auch zu länger anhaltender Unsicherheit, Hilflosigkeit, Angst und Panik sowie zu ängstlich beobachtenden und depressiven Entwicklungen führen.

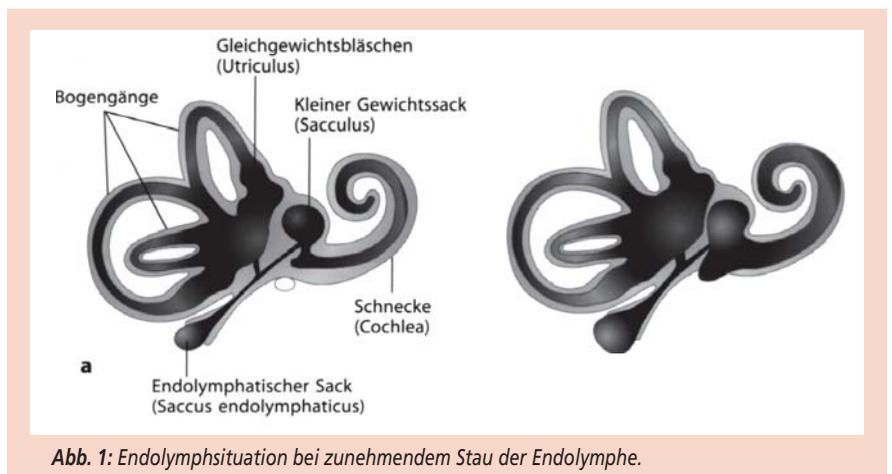


Abb. 1: Endolymphsituation bei zunehmendem Stau der Endolymph.

Inzwischen weiß man, dass sich bei Menière-Erkrankten die (Lymph-)Flüssigkeit in den Gehör- und Gleichgewichtsschläuchchen staut (Abb. 1). Medizinisch wird dieser Stau im Innenohr „Endolymphatischer Hydrops“ genannt. Durch ihn kann das fein ausgeklügelte System der Sinneswahrnehmung gestört werden, und es kann zu einem regelrechten Chaos im Gleichgewichtsorgan und zu Störungen und Ausfällen im Hörorgan kommen. Diese Turbulenzen im Innenohr äußern sich in typischerweise unvorhersehbarem, attackenweisem Schwindel, chronischem Hörverlust, Ohrgeräuschen und Augenzittern (Nystagmus). Oft kommt Erbrechen hinzu.

Angst-Schwindel und Schwindel-Angst

Wem das Gleichgewicht so massiv wie bei vielen Menière-Attacken verloren geht, verliert oft Halt und Sicherheit. So ist es kaum verwunderlich, dass die typischen Drehschwindelanfälle häufig mit Todes- und Vernichtungängsten einhergehen. Stellt sich dieses als existenziell bedrohlich erlebte Ereignis öfters ein, so wächst verständlicherweise auch die Angst vor der Wiederholung.

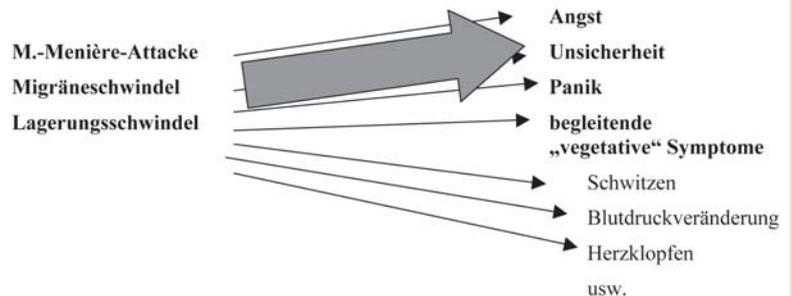
Dabei kann die Angst so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel bis hin zu einem Gefühl des Drehschwindels empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird. Über die reinen Anfälle hinaus kann sich dann ein ständiges Schwindelgefühl bemerkbar machen. Betroffene schildern dies oft so: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, hätte ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun „Menière-Tage“. In bestimmten Situationen kann dieses Gefühl, verbunden mit Angst und Panik, dann erlebt werden wie ein innenohrbedingter Menière-Anfall, obwohl kein Augenzittern eintritt und der Menière- und Seelen-Kranke stehen kann.

Der reaktive psychogene (Seelen-)Schwindel

Der Wirkmechanismus der – für Betroffene und oft auch für Behandler – unvorstellbaren Schwindelerlebnisse ist in vielen Fällen dennoch gut erklärbar. So sind sie wie bei den organisch ausgelösten Drehschwindelattacken meist mit heftigen Gefühlen von Unsicherheit, Angst und Panik sowie vegeta-

Schritt 1:

Organisches Schwindelereignis



In einer bestimmten räumlichen Situation, in der der ursprüngliche Anfall auftritt oder sich wiederholt,

während einer ängstigen, bedrückenden oder „den Boden unter den Füßen weg-ziehenden“ Situation, ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der dem organisch bedingten Schwindelanfall vorausgeht, eine bestimmte Zeit, eine Kopfbewegung, eine Begegnung, ...

Schritt 2:

Organisches Schwindelereignis

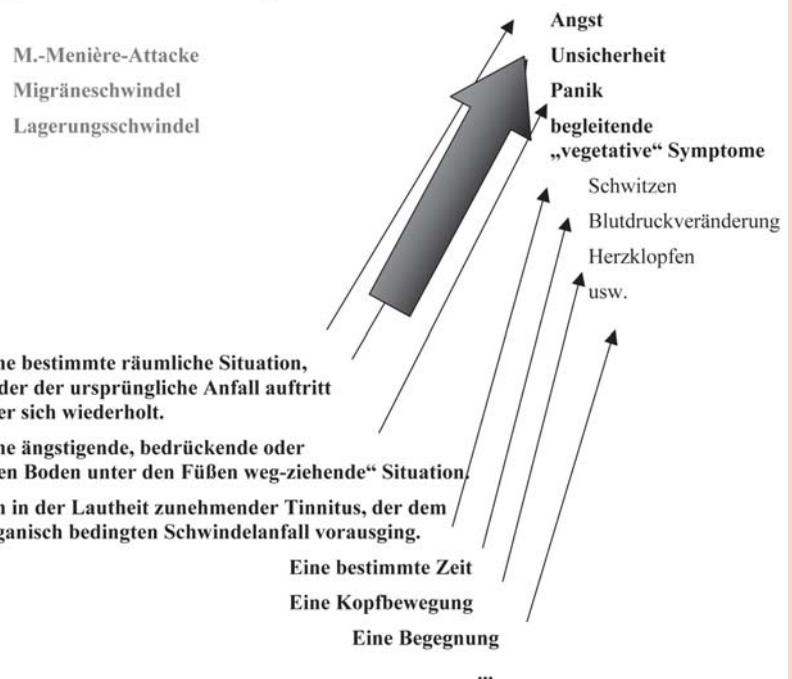


Abb. 2: Schritte der klassischen Konditionierung. Ein anfangs nur zeitgleiches Geschehen kann bei entsprechender Sensibilität und anschließender adäquater Verstärkung selbst zum auslösenden Reiz werden.

tiven Symptomen wie Schweiß, Blutdruckveränderungen, Herzklopfen usw. verbunden.

Dabei finden diese nicht in einem isolierten, luftleeren Raum statt, sondern unter gewissen Begleitumständen, die dem Anfall vorausgingen oder in denen der Anfall stattfand. Bei entsprechender Sensibilität, die sicher bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist, können dann diese Begleitumstände oder Teile davon vollkommen unbewusst die gleichen Symptome auslösen wie ein organisch bedingter Menière-Anfall (Abb. 2).

Es ist wichtig zu wissen, dass diese Mechanismen überwiegend unbewusst verlaufen und für die Betroffenen – und meist auch für die Umgebung – oft „ungeheuerlich“ in der Wirkung und schwer verständlich sind.

Für den weiteren therapeutischen Verlauf ist es wichtig zu lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem innenohrbedingten Schwindel, aber auch von anderen hinzugekommenen Schwindelformen (etwa orthostatisch bedingte Schwindelformen, Lagerungsschwindel etc.) unterscheidet. Dazu kann als Anleitung helfen, sich vor dem Schwindelereignis einen sicher unverrückbaren Punkt (zum Beispiel den Türrahmen) auszusuchen. Dann sollte überprüft werden, ob sich – wie beim innenohrbedingten Anfall – die Welt um einen herum bewegt oder – wie beim psychogenen Schwindel – sich der Gegenstand mit dem Blick „festhalten“ lässt (Abb. 3).

Ein weiteres selbstständig durchführbares Unterscheidungskriterium ist die Aufforderung, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit

Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen lässt und ob dabei gar der Schwindel im Kopf nachlässt.

Was darüber hinaus – nahezu – jeden Schwindel aufrechterhalten kann

Nahezu jeder Schwindel dauert länger oder bleibt gar ganz aufrechterhalten, wenn

- Schwindel-Betroffene nicht aus ungünstigen Gedanken von sich und ihrer Welt (Kognitionen) herauskommen können,
- nicht hilfreiche Gefühle unverändert bleiben müssen,
- weiter Machbares unterlassen wird,
- man hinsichtlich der Diagnose statt Klarheit Schwindelperspektiven erwartet,
- man meist aus der Angst gespeist, zunehmend Aktivitäten vermeidet, die eigentlich machbar sind.

Diagnostik

Bei Schwindelerkrankungen führen eine gründliche Erhebung der Krankengeschichte und eine gute klinische Untersuchung als wichtigste Grundlagen in bis zu 90 Prozent der Fälle schon zur Diagnose. Beim Morbus Menière weisen Häufigkeit, Art und Dauer der Schwindelanfälle sowie ihrer Begleitscheinungen, wie Augenzittern (Nystagmus), auf diese spezielle Innenohrerkrankung hin.

Typisch für einen Menière-Anfall ist ein Drehschwindel, der sich bei Bewegungen verstärkt, und der oft mit Übelkeit und Erbrechen verbunden ist. Ein Menière-Anfall kann aus völligem Wohlbefinden heraus und auch im Liegen auftreten.

Am einfachsten lässt sich dann die Hörsituation erfassen (Abb. 4), die aber allein

noch nichts über den Morbus Menière aussagen kann (siehe DTL-Broschüre „Endolymphschwankungen: Stau im Höranteil – Turbulenzen im Gleichgewichtsorgan“; Endolymphschwankungen ohne Schwindel).

Zur Erfassung der Gleichgewichtsanteile stehen inzwischen prinzipiell deutlich bessere und verfeinerte Diagnosemöglichkeiten bis hin zur bildlichen Darstellung der Endolymphverhältnisse zur Verfügung. Hier gibt es keinen einzelnen „Marker“, der den Morbus Menière alleine absichern kann. Stattdessen muss – vor allem in den frühen Stadien der Erkrankung – die Kombination der einzelnen Befunde auch im Zeitverlauf gewertet werden. Dabei können viele dieser Untersuchungen nicht in den normalen HNO-Praxen angeboten werden. Am Ende müssen alle Befunde gemeinsam und stimmig aufeinander bezogen bewertet werden – auch unter Berücksichtigung der teilweise begrenzten Aussagen und in Respekt vor dem vorläufigen Stand unseres Wissens (siehe Artikel Schaaf, H. und L. E. Walther (2011): *Erweiterte Diagnosemöglichkeiten bei der Menièreschen Erkrankung, Tinnitus-Forum 2/2011, S. 40–45*).

Wichtig und manchmal schwierig ist es, den Morbus Menière von einer „vestibulären“ Migräne zu unterscheiden. Gut abgegrenzt werden kann hingegen der gutartige Lagerungsschwindel, der beseitigt werden kann – wenn man daran denkt. Zu oft wird dieser im Laufe der Erkrankung als Zusatzkomponente übersehen – und unbehandelt dem Menière zugeordnet. Taura et al. (2014) stellten bei fast 300 Patienten fest, dass ein Drittel der Schwindelattacken im Laufe eines Menièreschen Leidens am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwindel bedingt war.

	Innenohrbedingter Schwindel-Anfall	Psychogener Schwindel-Zustand
Fixieren eines festen Gegenstandes	Nicht möglich	Möglich
Heftiges Auftreten	Nicht möglich, führt zu (erneutem) Umfallen	Bessert das Schwindel-Erleben, führt zu mehr Standfestigkeit
Vertraute Menschen	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Können das Schwindel-Erleben deutlich bessern

Abb. 3: Unterscheidungsmerkmale des innenohrbedingten vom psychogenen Schwindel.

Insbesondere gilt es oft zu klären, was weiterhin möglich ist und was nicht, was an Hörhilfen einsetzbar ist und inwieweit etwa der Schwindel und die Angst vor dem Schwindel größere seelische Ausmaße zeigt.

Medikamentös werden oft niedrig- oder hochdosiert Betahistine eingesetzt. Dabei sind die Erfolge – nachweisbar im Rahmen einer Vergleichsstudie – nicht größer als bei Gabe eines Placebos, also eines Medikamentes, das nicht wirklich wirkt (Adrion et al., 2016; siehe auch Schaaf, H.: *Ob niedrig- oder hochdosiert – Betahistine bei Morbus Menière: genauso wirksam wie Placebo*, Tinnitus-Forum 2/2016, S. 26–27).

Wenn die Schwindelanfälle die Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, kommen weitergehende Eingriffe in Betracht. Solange Sprache noch verstanden werden kann, werden Eingriffe versucht, die zumindest theoretisch das Hörvermögen nicht beeinträchtigen. Chirurgisch wird dazu die sogenannte Saccotomie in vielfältigen Variationen durchgeführt in der Hoffnung, den Endolymphatischen Sack zu entlasten. Auch hier ist der nachweisbare Erfolg umstritten, was dazu geführt hat, dass diese Operation in den derzeit gültigen, überwiegend neurologisch erstellten Leitlinien sogar als wirkungslos („obsolet“) bezeichnet wird.

Tritt der innenohrbedingte Schwindel öfters (etwa häufiger als zweimal die Woche) auf und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch Maßnahmen in Betracht, die das Schwindelzentrum im Innenohr ausschalten. Dazu gehört die Gabe des „ohrengiftigen“ Gentamycin direkt vors Innenohr oder die immer erst als letztes

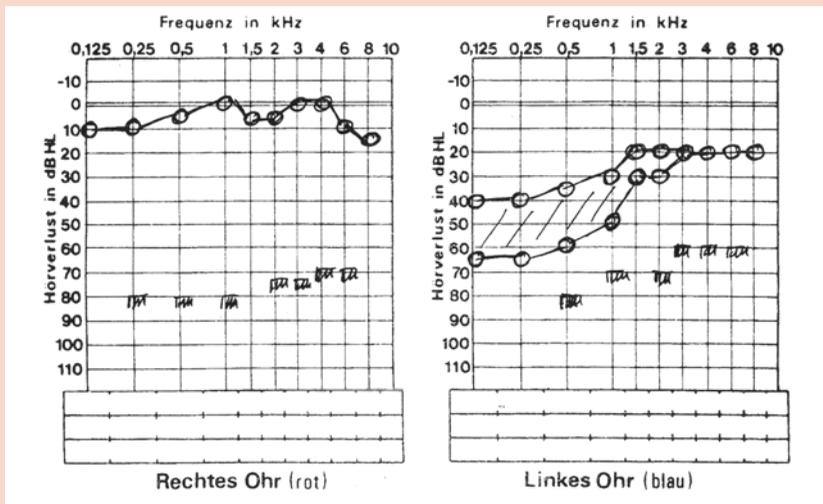


Abb. 4: Linkes Bild: normales Hören bei normal weiten Endolymphgängen. Rechtes Bild: schwankende Tieftonverluste bei ausgedehnten Endolymphgängen.

Die Akuttherapie der Menièreschen Krankheit

Für den akuten Anfall steht eine Reihe von effektiven schwindeldämpfenden Medikamenten (Dimenhydrinat, zum Beispiel Vomex) für die Infusionsbehandlung, aber auch als Tablette und Zäpfchen zur Verfügung. Solange die Diagnose M. Menière nicht sicher ist, werden in der Unsicherheit des Zweifels und in dem Anliegen, nichts auszulassen, oft Infusionen mit oder ohne Cortison-Zusatz durchgeführt.

Die eigene Notfallvorbereitung

Wissen die Betroffenen um die Diagnose, ist es sinnvoll und effektiv, sich selbst auf einen möglichen Anfall vorzubereiten. Dazu werden benötigt:

1. Zäpfchen und Tabletten gegen die Übelkeit.
2. Eine „Hilfe-Karte“, die die Betroffenen in ihrem Schwindel als Kranke und nicht etwa als Betrunkene ausweist und auf der um Unterstützung gebeten wird (Abb. 5; erhältlich bei der DTL).
3. Eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt.
4. Technische Hilfsmittel wie ein Handy, um gegebenenfalls Hilfe anzufordern und im Anfall mit der Kamerafunktion die Augenbewegungen aufzunehmen oder aufnehmen zu lassen.

Ausgleich des Hörverlustes

Der meist voranschreitende Hörverlust sollte versorgt werden. Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar meist „alltags-tauglich“ kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens. Hier können apparative Hilfen, von auf den Tieftonverlust eingestellten Hörgeräten über eine CROS-Versorgung bis hin zum Cochlear-Implant deutliche Besserungen erbringen.

Die Therapie (griechisch: Begleitung) zwischen den Anfällen

Auch und gerade zwischen den Anfällen bleibt die ärztliche Begleitung hinsichtlich der Fragen und Nöte der Patienten wichtig.



erwogene Durchtrennung (Neurektomie) des Gleichgewichtsnervs (N. vestibularis).

Nachteil bei der Gentamycin-Gabe ist die Gefährdung des Höranteils, auch wenn das Verfahren immer sicherer zu werden scheint und damit auch das Risiko der Hörschädigung immer kleiner wird. Nachteil bei der Neurektomie ist der relativ risikoreiche neurochirurgische Eingriff, wobei auch dieses Verfahren immer sicherer geworden ist. Beide Verfahren können zu über 90 Prozent sicher den Menière-Schwindel ausschalten.

Unabhängig von allen therapeutischen Bemühungen scheint durchschnittlich nach neun Jahren bei 75 Prozent der Betroffenen die Menièresche Krankheit „auszubrennen“, das heißt, die Schwindelanfälle werden schwächer oder verschwinden ganz. Meist befinden sich Menière-Betroffene nach vielen Jahren organisch auf einem Niveau mit Menschen, die aus anderen Gründen, etwa durch eine Entzündung, ein Gleichgewichtsorgan verloren haben. Dem vorausgegangen sind allerdings möglicherweise dramatische Erlebnisse von langanhaltender Unsicherheit, die Narben hinterlassen haben können.

Unterstützung des Kompensationsvorgangs durch aktives Gleichgewichtstraining

Treten keine attackenweisen Anfälle mehr auf, so kann die verminderte Gleichgewichtsfunktion vor allem durch Gleichgewichtsübungen wieder sehr weit aufgebaut werden.

Auch wenn beim Morbus-Menièr-Patienten sicherlich organische Schwachstellen oder Schäden bleiben können, hängen Verlauf, Erleiden und Erleben der Erkrankung wesentlich von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien ab. Diese bestehen sowohl im Ausgleich und der Kompensation des verlorenen Gleichgewichtes als auch in der Wiedergewinnung einer – möglicherweise veränderten – Lebensqualität.

Therapie der Begleiterkrankungen – auch des häufigen organischen Lagerungsschwindels

Ein Drittel der Schwindelattacken im Laufe eines Menièreschen Leidens ist am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwin-

Bitte helfen Sie mir!
Ich leide an Morbus Menière

Schwindel



Ohrgeräusche Hörverlust

= Morbus Menière

Ich bin in Ordnung!
Bitte helfen Sie mir nach Hause.
(Adresse umseitig)

Bitte bringen Sie mich nicht in ein Krankenhaus!

Abb. 5: „Hilfe-Karte“, die den Betroffenen als Menière-Erkrankten ausweist.

del (BPLS) bedingt (Taura et al., 2014). Wichtig ist, dies zu bedenken und den gutartigen Lagerungsschwindel, gegebenenfalls wiederholt, meist erfolgreich zu therapieren (siehe S. 36–38).

Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen, ebenso wie der reaktiv psychogene Schwindel. Hier sollten Fachkollegen hinzugezogen werden, die bei diesem Krankheitsbild auf die Unterstützung des HNO-Arztes bauen dürfen. Antidepressiva können dabei durchaus sinnvoll sein. Diese sollten vom ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychiater für die spezielle Situation angepasst werden. Wegen ihres Suchtpotenzials muss – abgesehen von der Notfallbehandlung – von Sedativa und Tranquilizern dringend abgeraten werden.

Perspektivisch geht es bei allen Ansätzen um eine Hilfe zur Selbsthilfe, die auch das Engagement der Betroffenen in Selbsthilfegruppen einbezieht. Zu diesen kann über die DTL Kontakt aufgenommen werden.

Auf der Website www.drhschaaf.de von Dr. Helmut Schaaf gibt es viele hilfreiche Texte zu den Themen Morbus Menière und Schwindel. Unter anderem finden sich dort auch ausführliche Darstellungen zu Gleichgewichtsübungen bei Schwindel sowie zur Gentamycin-Gabe bei Morbus Menière.

Kontakt zum Autor:



Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt
der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
und der Gleichgewichtsambulanz
der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
im Stadt Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net
www.tinnitus-klinik.net
www.drhschaaf.de

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf/Einleitung, TF 3/2016“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.