



Selten, aber zu häufig diagnostiziert und schwindelerregend

Die Menièrese Erkrankung

H. Schaaf

Dr. med. H. Schaaf

Unvorhersehbarer Attackenschwindel mit oder ohne Erbrechen, einseitiger fortschreitender Hörverlust und Tinnitus kennzeichnen eine Innenohrerkrankung, die mit einer Inzidenz von 0,1% als M. Menière klassifiziert wird. Die Häufigkeit der organisch bedingten Attacken kann dabei von mehrmals pro Monat bis zu sehr seltenen, nur alle paar Jahre auftretenden Anfällen schwanken.

M. Menière hat eine sich im Verlauf der Erkrankung verändernde Symptomatik.

- Der Attacken-Schwindel

- nimmt (in aller Regel) ab.
- Es kommt zu einer, meist einseitigen vestibulären Hypofunktion.
- Der Hörverlust nimmt (meistens) zu.
- Es kann ein überdauerndes Schwindel-Gefühl Überhand nehmen,

In 3–7% kann es auch zu plötzlichem Stürzen („drop attack“) aus völligem Wohlbefinden ohne jedes Vorwarnzeichen kommen.

Hinsichtlich der Ätiologie scheint dabei nur sicher zu sein, dass sich die Erkrankung am Innenohr auswirkt, in der Regel einseitig.

Erkennbar, inzwischen auch mit Hilfe einer MRT-Untersuchung, ist eine „Endstrecke mit einem kochleo-vestibulären Hydrops“. Diese ist in ihrer Ätiologie aber ebenso unspezifisch wie die Pathogenese multifaktoriell mit vielen Unsicherheiten verbunden ist.

Sicher hingegen ist, dass die Erkrankung Auswirkungen über die meist dramatisch erlebten Anfälle hinaus haben kann, die den Umgang mit bis dato Selbstverständlichkeiten in Frage stellt. Es kann reaktiv zu einem die Anfälle überdauernden und psychogenen

Schwindel kommen. Das schildern die Betroffenen wie folgt:

**Man sei taumelig,
nicht standfest,
wackelig,
aneckend, wirr
im Kopf, hätte
ein dröhnelndes
Gefühl und Angst,
oft sehr viel Angst.**

99

Ganze Tage seien nun „Menière-Tage“. In bestimmten Situationen kann dieses Gefühl wie ein Menière-Anfall erlebt werden. So kann im Verlauf ein Mischbild aus organischem und psychogenem Schwindelerleben entstehen.

Sicher ist auch, dass der Verlauf, das Erleiden und das Erleben der Menièreschen Erkrankung wesentlich von der Verarbeitung und der aktiven Aneignung von Bewältigungsstrategien sowie Umgang mit dem oder den Erkrankten abhängen, die in ihrer Not ein kundiges und sicheres Gegenüber suchen und brauchen.

Die Versorgungspraxis: Zwischen Spezialisierung und Generalisierung

Prinzipiell fällt der M. Menière in den Bereich der HNO-Heilkunde. Dort besteht zumindest theoretisch die Möglichkeit einer adäquaten Untersuchung sowohl des Hörvermögens als der peripheren Gleichgewichtskomponenten. Die Theorie stößt allerdings zu oft dort an Grenzen, wo in der kassenärztlichen Realität die – korrekt durchgeführte – ebenso zeitaufwendige wie apparativ anspruchsvolle Diagnostik nicht zur Verfügung steht, so dass – zu oft – an spezialisierte Zentren verwiesen wird. Dies sind in aller Regel wiederum auf den organischen Aspekt beschränkt.

Da jedes einzelne der Symptome für sich häufig ist, kommt es auch häufig zu einem zufälligen Zusammentreffen aller drei Symptome, so dass – gut konditioniert durch die Multiple choice Fragen aus dem Medizinstudium, zu oft an ein M. Menière in den Raum gestellt wird. So ist es kein Zufall, so dass wohl nur jede vierte Menière Diagnose zutrifft.

Wichtige Differentialdiagnosen sind die Basilaris-Migräne und cochleäre Hydrops-Erkrankungen (Endolymphschwankungen) ohne vestibuläre Symptome.

Kommt eine psychosomatische Komponente hinzu, fehlt die eindeutig erklärende Organik, ist die Gefahr groß, dass Ärzte beim Schwindel im eigenen Fachgebiet „Nichts zu finden“, und an die noch „besser spezialisierten“ Kollegen verweisen, ohne die mögliche psychosomatische Beteiligung wahrzunehmen oder vermitteln zu können. So durchlaufen viele Patienten mit „Verdacht auf einen M. Menière“ eine Odyssee an Arztbesuchen. In deren Verlauf kommt es nicht selten zu einer zusätzlichen Fixierung auf das Schwindelerleben, auch weil entweder

Verlegenheits- oder gar falsche Diagnosen. Spätestens dann hat sich das Symptom meist von seinen Ursachen mehr oder weniger frei machen können und sich ver-selbstständigt: Aus dem Schwindel beim Patienten ist ein Schwindelpatient geworden. Spezialisierte Zentren, die die Organik mit der Psychosomatik zusammenbringen können, sind extrem selten.

Erscheint ein M. Menière in seinem organischen Anteil so weit wie möglich gesichert, kommt das nächste Dilemma: Da letztlich immer noch ungeklärt ist, wie genau die Ätiologie zu verstehen ist und aufgrund neuer Erkenntnis sogar die Kausalität des bisher sicher Geglubten in Frage gestellt werden muss (etwa: ist der Hydrops im Ohr Folge eines Versagens der Regulationsleistung oder ein Lösungsversuch mit unguten Auswirkungen) bleibt eine große therapeutische Unsicherheit.

Sicher ist, dass es bis jetzt keine kurative Behandlung des M. Menière gibt. So wird weiter nahezu reflexhaft mit Betahistin ein nachgewiesener unwirksames Medikament verschrieben. Einnenn- statt evidenzbasiert wird

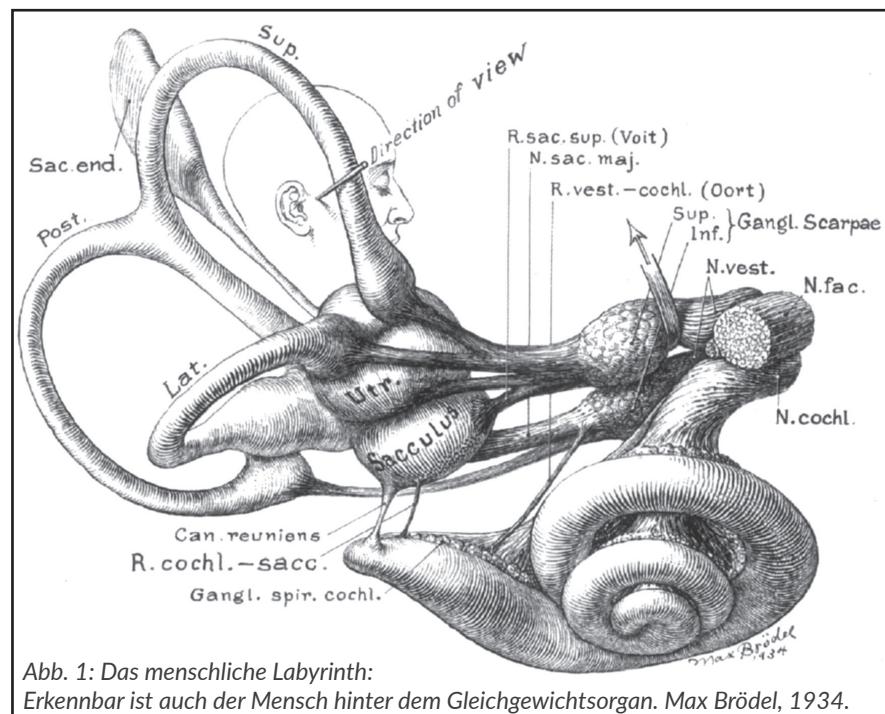


Abb. 1: Das menschliche Labyrinth:
Erkennbar ist auch der Mensch hinter dem Gleichgewichtsorgan. Max Brödel, 1934.

mit Eingriffen sog. Endolymphatischen Sack am Symptom operiert, wobei diese in ihrem Ansatz teilweise nicht widersprüchlicher sein könnten.

Wirklich sicher sind nur der „natürliche (degenerative) Verlauf mit der Zeit“ und Maßnahmen, die auf eine Minderung bis Ausschaltung der Funktion des Innenohrs zielen, wie die intratympanale Gentamycingabe. Aber auch besteht die Sorge, dass die zweite Seite betroffen werden kann, was in ca. 10% der Fälle vorkommt.

Um für den Verlauf mehr Klarheit für Wahrscheinlichkeiten zu schaffen, besteht inzwischen eine Fülle an diagnostischen Zugängen über den sog. „kalorischen Test“ hinaus. Aber auch hier wird – kassenärztlich und auch finanziellen Gründen verständlich – die Schwere zwischen dem theoretisch Möglichen und im Einzelfall auch Sinnvollen und dem Umsetzbaren immer größer.

Der Morbus Menière ist eine Innenohrerkrankung, die mit einer krankhaften Ansammlung von Flüssigkeit im Innenohr (Endolymph) verbunden ist, dem sogenannten endolymphatischen Hydrops. Inzwischen geht man davon aus, dass der endolymphatische Hydrops Folge von morphologischen und funktionellen Veränderungen an Innenohr und der Schädelbasis ist, jedoch nicht alleinige Ursache für die attackenweise, fortschreitende Funktionsminderung der Cochlea und des Labyrinths im Innenohr.

Dennoch: Therapie auf Dauer ist hilfreich.



Es bestehen viele Möglichkeiten, die Auswirkungen der Erkrankung so gut wie möglich abzumildern und Ausgleichsmöglichkeiten zu schaffen. Dazu gehören:

- Aufklärung
- die effektive Dämpfung des akuten Anfalls,
- zumindest hoffnungsvolle Ansätze hinsichtlich der intratympanalen Cortisontherapie,
- die immer besseren technischen Kompensationshilfen bei den Höreinschränkungen ,
- die Möglichkeiten der Minderung und ggf. Ausschaltung der Funktion des Vestibularisorgans etwa mit intratympanalem Gentamycin, wenn die Schwindelanfälle überhandnehmen.

Aufklärung

Im Verlauf der Erkrankung hängen das Erleiden und das Erleben der Erkrankung 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. Dabei hängt das Gefühl, die Krankheit in den Griff zu bekommen, auch von der erfahrenen Hilfestellung ab. Dazu muss nicht immer „etwas“ gemacht werden. Hilfreich ist aber, wenn die Betroffenen nachvollziehbar über das organische Geschehen und seine Auswirkungen aufgeklärt sind. Allein das kann schon zu Verbesserung im Umgang führen.

Noch mal Aufklärung und Begleitung

Es ist für Betroffene schon schwer genug, einen somatisch ausgelösten Schwindel zu verstehen und zu bewältigen. Es wird nicht leichter, wenn zusätzliche Faktoren hinzukommen. Deswegen kommt der Erklärung so großes Gewicht zu. So kann es befreiend sein, zu verstehen, warum sich bei einem körperlichen Schaden ein „Dauerschwindel“ entwickeln kann.

Der Ansatz bei PPPD hat den Verdienst, anhaltenden Schwindel von seiner organischen Komponente her zu betrachten und nicht „nur“ die als „zentral“ zu identifizierende Angstkomponente in den Fokus zu stellen. So kann ein anhaltender Schwindel nicht „nur psychologisch“ als mögliches Symptom der Angst verstanden werden, sondern fachkundig in seinem vestibulären Zusammenhang erklärt. Können die Patienten ausreichend mit ihrem Krankheitsgeschehen umgehen, ist es sinnvoll und effektiv, sie in die Lage zu versetzen, sich selbst auf einen möglichen Anfall vorzubereiten. Dazu werden benötigt:

1. Zäpfchen und Tabletten gegen die Übelkeit z.B. Dimenhydrinat supp., bei „verlässlichen“ Patienten auch Tavor expedet,
2. Eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt,
3. Ein Handy, um ggf. Hilfe anzufordern und Nystagmen filmen zu lassen. Das ist einerseits wichtig, um die Diagnose zu erhärten, anderseits aber auch, um im Verlauf den möglichen Übergang in einen psychogenen Schwindel zu erkennen – sowohl ärztlich wie von Patientenseite. Das muss aber im anfallsfreien Intervall eingeübt werden. Zudem kann meist eine „Hörtest-App“ (z.B. die „Hörtest-App“) installiert werden. So kann auch das Hörvermögen während oder kurz nach dem Anfall überprüft werden.

Hilfreich ist auch für die Patienten, Anhaltspunkte zu haben, zwischen dem organischen Anfallsgeschehen und dem eher psychogenen Schwindelerleben unterscheiden zu können. Eine Möglichkeit ist, 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. Da auch bei Menière Patienten organische

Anfälle selten sind, verbessert eine solche Überprüfung oft die Angst bei den häufigeren psychogenen Empfindungen.

Unterstützung der Hörfunktion

Es ist indiziert, auch bei einem fluktuierenden Hörverlust frühzeitig der Einschränkung und dem Verlust des Richtungshörens entgegenzutreten. Es kann einen besonderen Aufwand an Zeit, Kenntnis und Kooperationsbereitschaft erfordern, um zu einer guten Einstellung zu kommen, die auch die Schwankungen berücksichtigt. Das ist inzwischen technisch weitestgehend möglich. Zudem gibt es eine Reihe von „Assistenzsystemen“ wie Richtmikrophone, die z.B. über Bluetooth mit dem Hörgerät gekoppelt werden können. Bei größeren Hörverlusten muss zur optimalen Nutzung des Hörgerätes eine „geschlossene Versorgung“ vorgenommen werden. Das unterbleibt zu oft. Dies liegt vielleicht daran, dass ein „verschlossenes“ Ohr in der Vorstellung des Patienten und vielleicht auch des Akustikers den Hörtragekomfort mindert. Dies verständlich, aber nicht sachgerecht und mindert die Hörfähigkeit. Bei einseitiger Taubheit können sog. CROS-Geräte (contralateral-routing-of-signals) helfen. Cochlea Implantate werden inzwischen schon früh angeboten und sind sicher hilfreich, wenn die nicht operativen Unterstützungsmöglichkeiten erschöpft sind. Cochlea Implantate stoppen aber nicht den Verlauf eines M. Ménière's, wie manchmal missverstanden wird.

Wo findet man das alles?

Die Rolle der Selbsthilfe Hilfe zur Selbst-Hilfe: die K.I.M.M und die DTL

In der Lücke zwischen Spezialisierung und Generalisierung hilft bei ausreichend Eigenkompetenz und stabilem seelischen Gleichgewicht oft das Internet, auch wenn die Gefahr groß ist, in Katastrophenbeschreibungen unterzugehen.

Verlässlicher bei M. Menière sind Selbsthilfegruppen, speziell die Deutsche Tinnitus Liga und die K.I.M.M.



Die KIMM e.V. »Kontakte und Informationen für Morbus Menière, KIMM e.V.« ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation für Betroffene der Krankheit Morbus Menière, die aus einer regionalen Selbsthilfegruppe entstanden ist. Hauptziel ist die gegenseitige Unterstützung, um besser mit unserer Krankheit umgehen zu können.

Die KIMM organisiert zweimal jährlich Tagungen, auch mit Fachvorträgen kompetenter Referenten. Vor allem bietet sich dabei die Gelegenheit zu Kontakten mit Betroffenen und deren Angehörigen. Informationen zum Krankheitsbild und Möglichkeiten der Hilfe können ausgetauscht werden.

Das Angebot besteht aus:

- Informationen zum Krankheitsbild.
- der Mitgliederzeitschrift »KIMM aktuell« mit Informationen und Erfahrungsberichten von Betroffenen.
- einer Internetseite www.kimm-ev.de.
- Kontakten und Erfahrungsaustausch mit Betroffenen und Angehörigen bei den Treffen.
- Beratungsgesprächen und schriftliche Beantwortung von Fragen.
- einen Internet-Forum (nur) für Mitglieder
- einer Broschüre zu Morbus Menière

Perspektiven

Tyrrell et al. konnten zeigen, dass die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden bei Menière-Patienten eine deutliche Korrelation zur Dauer der Erkrankung zeigen. So schnitten Patienten mit einer länger bestehenden Morbus-Menière-Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit kurzem bestehenden Problematik. Dies weist in der Längsschnittkorrelation darauf hin, dass es Adaptationsstrategien geben könnte, die Langzeitbetroffenen helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten und die überaus verständlichen seelischen Beeinträchtigungen deutlich zu mindern. Die Autoren vermuten eine vermehrte soziale Unterstützung und soziale Interaktion, die dazu beitragen könnten, dass trotz der Symptomatik ein befriedigender Umgang mit dem Leben ermöglicht wird. So kann die Unterstützung in Selbsthilfegruppen wie der K.I.M.M ev. und der DTL kaum hoch genug eingeschätzt werden. ▪



Dr. med. Helmut Schaaf

Ltd. Oberarzt und Leiter des Gleichgewichtsinstitutes Hesse(n) in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Stadtkrankenhaus Arolsen

DOI: 10.3936/dmm_artid47763347