



Morbus Menière

Eine Einführung und neue Möglichkeiten der Diagnostik in der Akutphase

von Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik und des Gleichgewichtsinstituts Dr. Hesse, Bad Arolsen

Die Unterscheidung, ob es sich um einen Morbus Menière oder eine andere Schwindelerkrankung handelt, ist häufig nicht leicht zu treffen. Dr. Helmut Schaaf beschreibt im Folgenden, welche Anzeichen es für einen Morbus Menière gibt und wie diese in einem akuten Anfall dokumentiert werden können, damit sie dem behandelnden Arzt im Anschluss für die Diagnose zur Verfügung stehen.

Charakteristisch für einen Morbus Menière ist ein wiederholter, spontaner Drehschwindel, oft mit Erbrechen, einhergehend mit einer einseitigen, schwankenden Höreinschränkung sowie einem meist tieffrequenten Tinnitus. Als gesichert gilt diese seltene Erkrankung des Innenohres bei

- zwei oder mehr Schwindelattacken von 20 Minuten Dauer oder länger, aber nicht länger als 24 Stunden,
- nachgewiesener Hörminderung im Tief- und Mitteltonbereich (Abb. 1) sowie
- einem in der Regel tieffrequenten Tinnitus,

wenn andere Ursachen klinisch ausgeschlossen sind.

Hinzukommen können ein Druckgefühl im Innenohr und vegetative Reaktionen wie Angstschweiß, Blutdruckabfall, Kältegefühl, Herzrasen oder Durchfall. Im Anfall typisch ist ein unwillkürliches, also nicht bewusst hervorgerufenen Augenzittern (Nystagmus) mit überwiegend horizontaler Schlagrichtung – „von Ohr zu Ohr“ beziehungsweise von links nach rechts oder rechts nach links. Hierbei wechselt sich eine langsame Phase mit einer schnellen (Rückstell-)Phase ab.

Die Häufigkeit der Schwindelanfälle kann von mehrmals pro Monat bis zu sehr seltenen, nur alle paar Jahre auftretenden Anfällen schwanken. In der Regel werden die attackenartigen Anfälle im Laufe der Zeit weniger, parallel zur Funktionseinbuße des betroffenen Gleichgewichtsorgans.

Wie bei anderen Schwindelerkrankungen mit Wiederholungscharakter kann sich über die organischen Anfälle hinaus ein „ständiges“ Schwindelgefühl bemerkbar machen. Der Wirkmechanismus dieser Schwindelerlebnisse ist in den meisten Fällen gut erklärbar, was eine gute Grundlage für die Erarbeitung eines

neuen Gleichgewichtes ist. Der Hörverlust kann sich anfangs wieder bis zur Normalhörigkeit erholen, das Hörvermögen nimmt aber im Laufe der Zeit ab.

Entstehung und Ursache des Morbus Menière

Trotz intensiver Forschung weiß man immer noch nicht genau, warum und wie die Erkrankung entsteht, die den Namen seines Erstbeschreibers, Prosper Menière, trägt. Was man aber weiß und inzwischen auch im MRT sehen kann, ist, dass sich die Flüssigkeit in den Innenohrschläuchelchen (Endolymphe) sowohl im Hör- wie im Gleichgewichtsanteil staut. Daraus resultiert ein „Endolymphatischer Hydrops“. Angenommen wird eine Regulationsstörung als Folge eines Missverhältnisses von Produktion und Abtransport der Endolymphe.

Diagnostik

Obwohl sich das Krankheitsbild klar definiert anhört, fällt es oft nicht leicht, den Morbus Menière von anderen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen zu unterscheiden. Dazu gehören die häufigere „vestibuläre Migräne“ und einige noch seltenere Erkrankungen.

Noch schwieriger wird es, wenn nur ein oder zwei Symptome zu finden sind. Dann wird – zu oft – fälschlich von einem beginnenden „mono- oder oligo-symptomatischen“ Menière gesprochen, ohne dass dies zutrifft. Das heißt, obwohl nicht alle drei Symptome vorhanden sind, sondern nur eins (mono) oder weniger (oligo) als drei, glaubt man, dass die beiden anderen noch kommen werden, was oft genug zu Schwindel, aber auch zu ängstlicher Beobachtung führt.

Am häufigsten dürfte es für die sogenannten Endolymphschwankungen, den gutartigen Lagerungsschwindel und die „Basilaris-Migräne“ zutreffen, dass sie mit einem Morbus Menière verwechselt werden.

Hilfreich für die Diagnose: Symptome im Anfall

Hilfreich für die Diagnose sind die Symptome während eines Anfalls. Leitsymptome im Morbus-Menièr-Anfall sind der erlebte Schwindel und die Beeinträchtigung des Hörens. Sichtbar dabei wird in der Regel ein unwillkürliches Augenzittern (Nystagmus).

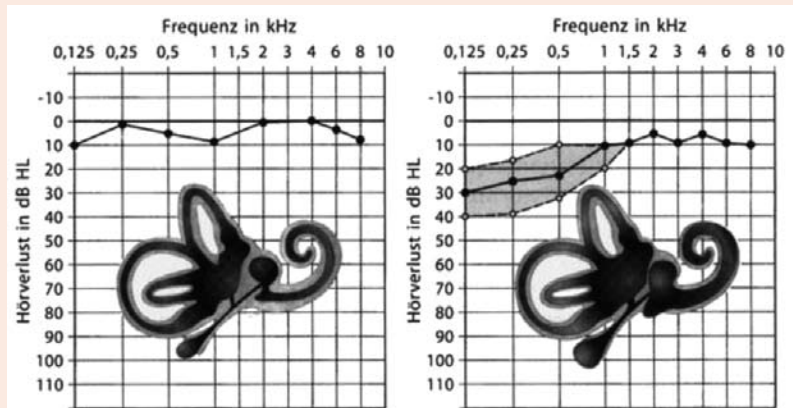


Abb. 1: Links sieht man eine Normalhörigkeit bei unauffälligen Strukturen im Innenohr (schwarz die Flüssigkeit in den kleinen Schläuchelchen, die Endolymphe). Rechts sieht man ein schwankendes Hörvermögen im Tieftonbereich bei gestauer Endolymphflüssigkeit (Hydrops). Typisch für den Morbus Menière ist der schwankende Hörverlust im Tieftonbereich. Aber Achtung: Eine Tieftonschwankung allein macht noch keinen Morbus Menière aus.

Dies ist ein Reflex auf die Störung im Gleichgewichtsorgan. Messbar und dokumentierbar ist die Höreinbuße.

Nun treten die wenigsten Menière-Anfälle in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus auf. Auch ist es alles andere als einfach, während eines Anfalls zum Arzt zu gelangen. Aus diesem Grund sehen viele HNO-Ärzte ihre Patienten oft erst, wenn der Anfall vorüber ist, und können dann auch „nichts“ finden. Dank der Smartphones hat sich die Situation inzwischen deutlich gebessert. Die meisten Handys verfügen über eine Kamerafunktion. Zudem kann meist eine Hörtest-App (zum Beispiel „Hörtest“) installiert werden. Damit ist es möglich, die Augenbewegungen im Menière-Anfall „live“ zu dokumentieren und akut den Hörverlust während oder kurz nach dem Anfall festzuhalten.

Empfohlenes Vorgehen vorab

Schauen Sie in der Zeit ohne einen Anfall nach, wie Sie selbst oder ein Ihnen Nahestehender die Kamerafunktion im Handy bedienen können, und proben den normalen Ablauf, bis Sie ihn ohne Nachdenken abrufen können. Schauen Sie dann in Richtung Kamera, richten aber den Blick oben über die Kamera hinaus (Abb. 2).

- Gefilmt werden sollen die Augenbewegungen.

- Im Normalfall bewegen sich die Augen nicht unwillkürlich.

Installieren Sie eine Hörtest-App auf Ihrem Handy.

- Machen Sie in anfallsfreien Zeiten einen Hörtest beim Arzt oder Akustiker und zeitnah danach einen Hörtest mit Ihrer Hör-App. So bekommen Sie eine Einschätzung, wie gut die Hör-App messen kann.
- Speichern Sie diesen Hörtest als Ausgangspunkt und wiederholen die Bedienung der Handy-App solange, bis Sie diese sicher ausführen können.

Empfohlenes Vorgehen während eines Anfalls

Aktivieren Sie selbst oder mithilfe eines Ihnen Nahestehenden die Kamerafunktion im Handy. Schauen Sie in Richtung Kamera. Dazu müssen die Augen offen sein, auch wenn der Schwindel dann – meistens – stärker empfunden wird.

Schauen Sie dabei bitte „absichtslos“ einmal über die Kamera hinaus – ohne etwas fixieren zu wollen. Der Morbus Menière ist eine Störung des Sinnesorgans (peripher im Vergleich zu zentral). Deswegen ist es möglich, den Nystagmus durch die Fixierung auf die Kamera zu unterdrücken oder zumindest zu

mindern. Das erschwert die Auswertung des aufgezeichneten Videos. Schauen Sie dann zu einer Seite – und danach zur anderen Seite. Gefilmt werden sollen die unwillkürlichen Augenbewegungen (Nystagmen), nicht etwa die Wimpernbewegungen.

Die unwillkürlichen Augenbewegungen (Nystagmen) zeigen bei einem Menière-Anfall in der Regel eine horizontale Schlagrichtung (Augenzittern in der Ebene der Ohren). Die Frequenz der Augenbewegungen nimmt in der Regel beim Schauen zu einer Seite zu und zur anderen Seite ab. Das gibt einen wichtigen Hinweis auf die betroffene Seite.

Andere Augenbewegungen, etwa vertikal (vom Kinn zur Stirn) oder rotierend, passen meist nicht zu einem Morbus Menière, sondern zum Beispiel eher zu einer vestibulären Migräne.

Sieht man allerdings in der Aufzeichnung trotz einer (nicht gewollten) Fixierung noch einen Nystagmus, spricht dies für einen schweren Anfall.

- Machen Sie sobald wie möglich nach dem Anfall mit einer Handy-App (zum Beispiel „Hörtest“) einen Hörtest.

- Speichern Sie die Videoaufnahmen und den Hörtest, sichern Sie sie zum Beispiel auf einem USB-Stick oder einer CD und stellen diese dem Arzt zur Verfügung.

Wenn Sie dies überstanden haben, kann es Sinn machen, die Auswirkungen des Anfalls zu unterbrechen. Dann stehen für den akuten Anfall eine Reihe von schwindeldämpfenden Medikamenten zur Verfügung: Dimenhydrinat, zum Beispiel Vomex als Zäpfchen, oder bei sicher nicht suchtgefährdeten Patienten auch Tavor expidet.

Diagnostik im Verlauf

Im Verlauf einer Menièreschen Erkrankung kann man eine Reihe von Gleichgewichtsuntersuchungen machen. Dabei scheint der Vergleich des Kopf-Impuls-Tests (KIT) mit der Kalt-Warm-Kalorischen Prüfung mit warmem und kaltem Wasser im Ohr am aussagekräftigsten außerhalb des Anfalls zu sein. Mit dem KIT prüft man die schnellen (Bewegungs-) Frequenzen, mit dem kalorischen Test sehr langsame.

Der kalorische Test ist beim M. Menière im Gegensatz zum KIT meist früh eingeschränkt (was möglicherweise sowohl an dem Schädi-

gungsmuster wie an der Untersuchungsmethode liegt). Aber Achtung: Auch das alleine ist kein Dogma.

Inzwischen ist es in wenigen Spezialzentren möglich, einen Endolymphhydrops mithilfe eines Kontrastmittels im Kernspintomogramm (MRT) darzustellen (siehe auch der Artikel „Endolymphschwankungen im Höranteil“ auf den Seiten 17–19).

Therapie: Aufklärung und Beratung

Wenn man die Ursache nicht wirklich kennen kann, kann es auch kaum eine Behandlung geben, die „Heilung“ verspricht. Es bestehen aber viele Möglichkeiten, die Auswirkungen der Erkrankung so gut wie möglich einzugrenzen und Ausgleichmöglichkeiten zu schaffen. So ist die Menièresche Erkrankung auch trotz aller schwindelverursachenden Funktionsausfälle

- keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose,
- kein Tumorleiden
- und auch keine Krankheit des Zentralnervensystems, wie etwa ein Schlaganfall, ein Morbus Parkinson oder eine Multiple Sklerose.

Dabei 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.

Je besser die Erkrankung von den Betroffenen verstanden werden kann und je mehr praktikable Möglichkeiten der Bewältigung deutlich werden, desto geringer bleiben die Folgeprobleme. Dies gilt insbesondere für die Ausweitung der Angstkomponente. Dabei kann die Angst so groß werden, dass sie selbst schon wieder als Schwindel wahrgenommen werden kann. Oft entwickelt sich auch als Reaktion auf den Schwindel (reaktiv) ein anhaltendes Schwindelerleben (reaktiver psychogener Schwindel). Das ist oft schwer von einem „rein organischen“ Schwindel zu unterscheiden. Perspektivisch geht es um eine Hilfe zur Selbsthilfe, die auch das Engagement der Betroffenen in Selbsthilfegruppen einbezieht.



Abb. 2: Schauen Sie in Richtung Kamera, richten aber den Blick nach oben über die Kamera hinaus. Siehe hierzu auch eine Publikation des Autors auf seiner Homepage: <https://bit.ly/3q9bNgI>

Die Akuttherapie: Attacken-Behandlung

Für den akuten Anfall steht eine Reihe von effektiven schwindeldämpfenden Medikamenten zur Verfügung: Dimenhydrinat, zum Beispiel Vomex supp oder iv., oder bei sicher nicht suchtgefährdeten Patienten auch Tavor expidet.

Die Stufentherapie zwischen den Anfällen

Inzwischen kann man wissen, was man schon länger geahnt hat: Betahistine sind nicht wirksamer als die Gabe eines Placebos (1, 2, 9). Seit Kurzem ist auch bekannt, dass Betahistin schon zu über 90 Prozent von der Leber verstoffwechselt wird, ehe es im Blut wirksam werden kann.

Wirksam hingegen erscheinen intratympanale Kortison-Injektionen, die HNO-ärztlich unter Lokalanästhesie des Trommelfells durchgeführt werden müssen (5).

Nahezu sicher – aber auf die Ausschaltung des schwindelerregenden Organs zielend – kann man mit der intratympanalen Gabe von Gentamycin das periphere Schwindelzentrum in seiner Funktion mindern oder ausschalten. In niedriger Dosierung und im Abstand von mehreren Wochen soll es die – im Verlauf dennoch weiter abnehmende – Hörfunktion wenig beeinträchtigen.

Technische Kompensationshilfen

Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar im Eins-zu-eins-Gespräch meist kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens, das nur bei beidseitiger Hörfähigkeit möglich ist. Deswegen sollte, solange ein unterstützungsfähiges Hörvermögen verblieben ist, eine Hörgeräteversorgung erfolgen. Dabei müssen der HNO-Arzt und der Akustiker wissen, dass bei schwankendem Hörvermögen das Hörgerät von Zeit zu Zeit nachreguliert werden sollte.

Kommt es im Verlauf der Erkrankung zu einer einseitigen Taubheit, können sogenannte CROS-Geräte (Contralateral Routing of Signals-Geräte) helfen. Diese bestehen aus einer

Mikrofon-Einheit hinter dem ertaubten Ohr, das – meist per Funk – mit dem Verstärker auf der anderen Ohrseite verbunden ist. So werden die Signale von der ertaubten Seite auf dem anderen Ohr mitgehört. Inzwischen werden einseitig Ertaubte erfolgreich mit einem Cochlea-Implantat rehabilitiert.

Gleichgewichtstraining

Zwar erholt sich das Gleichgewichtssystem nach einem akuten Menière-Anfall in der Regel „von selbst“, das gilt aber nach häufigeren Anfällen nicht mehr unbedingt. Ein intensives Training hilft, die im Verlauf häufig festzustellenden Ausfälle im Gleichgewichtnetzwerk wieder auszubessern und – nach Eingriffen am Gleichgewichtsapparat – die Kompensationszeit zu verkürzen.

Psychologische Maßnahmen

Wenn Krankheitsbewältigungsprobleme auftreten oder sich ein psychogener Schwindel einstellt, kann eine professionelle psychotherapeutische Unterstützung hilfreich sein. Wenn mit dem Psychotherapeuten dahingehend gearbeitet werden kann, dass sich der Schwindel auf die rein organischen Attacken beschränkt, dann bedeutet das für den Patienten bereits eine deutliche Verbesserung.

Der Sonderfall und Extremfall: Tumarkinsche Drops

Im Laufe einer lang anhaltenden Menière-Erkrankung kann es in einigen Fällen auch zu plötzlichem Hinstürzen („Drop attack“) aus völligem Wohlbefinden ohne jedes Vorwarnzeichen kommen. Dies wird manchmal begleitet von dem Gefühl, als würde es einem den Kopf zerreißen.

Das Bewusstsein bleibt erhalten, dies ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium gegenüber anderen Erkrankungen. Es ist wahrscheinlich, dass sich diese Krankheitsform, wenn überhaupt, erst in Spätstadien der Menière-Erkrankung einstellt.

Medikamentös sind die Tumarkin-Krisen nicht zu beeinflussen. Hier hilft möglicherweise nur eine komplette Labyrinth-Ausschaltung etwa mit Gentamycin. Dabei benötigt die Ausschaltung

dieser Attacken anscheinend höhere Gentamycinmengen als bei der „normalen“ Ausschaltung.

Fazit

Die Menièresche Erkrankung ist eine gutartige Erkrankung im peripheren Anteil des Gleichgewichtssystems. Auch wenn keine Heilung erwartet werden kann, stehen symptomorientiert wirksame Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung.

Der Morbus Menière ist ein Beispiel dafür, wie sich aus einem organischen Schwindelgeschehen eine zunehmende reaktiv psychogene Schwindelkomponente entwickeln kann. Dabei kann im Verlauf der Erkrankung diese Komponente bedeutender werden als die im Verlauf meist seltener werdenden organischen Anfälle.

Der Autor:



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

*Ein Merkblatt des Autors finden Sie unter dem folgenden Link:
<https://bit.ly/3q9bNgl>
Homepage des Autors:
<https://drhschaaf.de>*

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf/Diagnostik in der Akutphase, TF 2|2021“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.