

Wann ist ein Morbus Menière ein Morbus Menière?

Diagnosekriterien

von Dr. Helmut Schaaf

Die Diagnosestellung ist bei einem Morbus Menière oft gar nicht so einfach. Im vergangenen Jahr haben sich nun wichtige Fachgesellschaften auf die Kriterien geeinigt. Dr. Helmut Schaaf beschreibt, wann man von einem wahrscheinlichen und wann von einem möglichen Morbus Menière ausgeht.

Der französische Arzt Prosper Menière beschrieb 1861 eindrucksvoll ein Krankheitsbild, das bis dahin für eine Hirnkrankheit gehalten wurde. Er konnte deutlich machen, dass es sich um eine eigenständige Erkrankung des Innenohrs handelt. Darüber hinaus entdeckten 1938 die Engländer Hallpike und Cairns und der zu diesem Zeitpunkt in Deutschland forschende Japaner Yamakawa unabhängig voneinander, dass sich bei Menière-Erkrankten die (Lymph-)Flüssigkeit in den Gehör- und Gleichgewichtsschläuchchen staut. Medizinisch wird dieser Stau im Innenohr endolymphatischer Hydrops genannt. Dieser betrifft die häutigen Gänge sowohl des Gleichgewichts- als auch des Hörorgans. Damit ist der organische Kern der Erkrankungsauswirkung benannt.

Gleichzeitig ist „unwidersprochen, dass der endolymphatische Hydrops Folge der morphologischen und funktionellen Veränderungen an Innenohr und Schädelbasis ist, jedoch nicht alleinige Ursache für die attackenweise progrediente Funktionsminderung der Kochlea und des Labyrinths“ (Westhofen, 2009). Und Plontke und Gürkov schreiben 2015 in ihrem Übersichtartikel: „Der Zusammenhang zwischen elektrochemischen, morphologischen und funktionellen Veränderungen und die Fragen, welche der Veränderungen Ursachen und welche Folgen sind, bzw. ob der Hydrops die Ursache für die Erzeugung der typischen Symptome oder nur ein Epiphänomen ist, sind bisher ungeklärt.“

Aus der Fachsprache „übersetzt“ heißt das: Ein Überdruck in den Flüssigkeitsräumen des Innenohrs kann entstehen durch Veränderungen der organischen Grundlagen oder der Funktionsweise der Innenohrorgane und der umgebenden Knochenbasis. Dies ist aber

„nur“ der beobachtbare Zustand für den zunehmenden Funktionsausfall des Hör- und Gleichgewichtsorgans. Es muss noch etwas hinzukommen, was den Prozess ins Rollen bringt und/oder aufrecht erhält.

Entsprechend kann auch die Diagnosestellung schwierig sein. Hier haben sich nun 2015 die folgenden wichtigen Fachgesellschaften auf zwei Kategorien hinsichtlich der Zuordnung geeinigt (Lopez-Escamez, 2015):

- Die Bárány Gesellschaft (benannt nach Robert Bárány, der 1914 für seine „Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Gleichgewichtsorgans“ den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin erhielt). Sie repräsentiert international eine Gemeinschaft von Basiswissenschaftlern, Neurootologen und anderen Experten zur Gleichgewichtsforschung;
- die Japanische Gesellschaft für Gleichgewichtsforschung (Japan Society for Equilibrium Research);
- die Europäische Akademie für Otologie und Neurootologie (European Academy of Otolology and Neurotology);
- das Gleichgewichts-Komitee der amerikanischen Akademie für Neurootologie, Kopf- und Hals-Chirurgie (Equilibrium Committee of the American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery (AAO-HNS)
- und die Koreanische Gleichgewichtsgesellschaft (Korean Balance Society).

Unterscheidung zwischen definitivem und wahrscheinlichem M. Menière

Es wird unterschieden zwischen einem definitiven und einem wahrscheinlichen Mor-

bus Menière. Die Diagnose eines definitiven M. Menière basiert auf klinischen Kriterien und setzt die Beobachtung¹ von wiederholten Drehschwindel-Syndromen mit durch Audiogramme dokumentierten Tieftonverlusten (über 30 dB zwischen 250 und 2000 Hz) und schwankenden Ohr-Symptomen (Hören, Tinnitus, Ohrdruckgefühl) in dem betroffenen Ohr voraus. Die Dauer des Schwindels muss zwischen 20 Minuten und zwölf Stunden liegen.

Die Annahme eines wahrscheinlichen Morbus Menière schließt – in Erweiterung der obigen Bedingungen – auch unspezifischere, wiederholte Gleichgewichtsprobleme mit Drehschwindel, aber auch sonstige „unbestimmte“ Schwindelformen mit schwankenden Ohrsymptomen ein, die zwischen 20 Minuten und 24 Stunden andauern.

Wenn sich diese Standortbestimmung, vor allem in wissenschaftlichen Studien und Publikationen, durchsetzt, löst sie die bisherige (ältere) Definition des amerikanischen „Committee on Hearing and Equilibrium“ (Komitee Hören und Gleichgewicht) von 1995 ab. Diese ist auch noch Grundlage der derzeit gültigen, überwiegend neurologischen Leitlinie zu Schwindel (Leitlinien der DGN, 2008).

Diagnosesicherheit

1. Sicherer M. Menière:

- An Sicherheit grenzender Morbus Menière mit zusätzlicher histologischer

¹ Im Zeitalter filmender Handys kann dabei auch eine entsprechende Aufzeichnung der Augenbewegungen helfen, wenn der Anfall nicht beim Arzt auftritt.

Bestätigung: Dies ist in der Regel erst nach dem Tod möglich.

2. An Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit eines M. Menière:

- Zwei oder mehr Schwindelanfälle von mindestens 20 Minuten Dauer,
- audiometrisch dokumentierter Hörverlust bei mindestens einem Anfall.

3. Wahrscheinlicher M. Menière:

- Ein klarer Schwindelanfall,
- audiometrisch dokumentierter Hörverlust bei mindestens einer Gelegenheit,
- Tinnitus und Ohrdruck.

4. Möglicher M. Menière:

- Vereinzelter Schwindel ohne dokumentierten Hörverlust,
- Hörverlust fluktuierend oder permanent mit Gleichgewichtsstörungen, aber ohne klare Anfälle.

Beide Klassifikationen legen sich nicht auf messbare Befunde im Gleichgewichtsanteil fest. Dies muss bei einer Erkrankung, die auch subjektiv überwiegend das Gleichgewichtsempfinden betrifft, unbefriedigend sein und ist sicher noch ergänzungsbedürftig, zumin-

dest im Krankheitsverlauf. Dies zeigt aber nach wie vor, wie schwierig im Einzelfall eine Abgrenzung, insbesondere zur vestibulären Migräne, sein kann.

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

Der gutartige Lagerungsschwindel (BPLS)

von Dr. Helmut Schaaf

Eigentlich ist es möglich, den gutartigen und heilbaren Lagerungsschwindel von einem Morbus Menière abzugrenzen – wenn man daran denkt. Zu oft wird dieser aber im Laufe der Erkrankung als Zusatzkomponente übersehen – und unbehandelt dem M. 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. Dr. Helmut Schaaf schildert im Folgenden Übungen zur Therapie des gutartigen Lagerungsschwindels.

Der gutartige Lagerungsschwindel (medizinisch „Benigner Paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)“) ist eine der am häufigsten vorkommenden organischen Schwindelerkrankungen. Typisch sind bewegungsabhängige, kurze Drehschwindelattacken mit spezifischen Augenzitterbewegungen (Nystagmen). Diese treten auf nach bestimmten Kopfbewegungen in der Ebene der betroffenen Bogengänge sowie auch beim Bücken oder Hinlegen. Meist vergehen nach einer Lageänderung einige Sekunden, bevor der Schwindel einsetzt.

Die Attacken selbst dauern dann zwischen 30 und 60 Sekunden an. Hauptsächlich betroffen ist der – bei aufrechtem Gang am tiefsten liegende – hintere Bogengang (62 Prozent). In 35 Prozent der Fälle kann auch

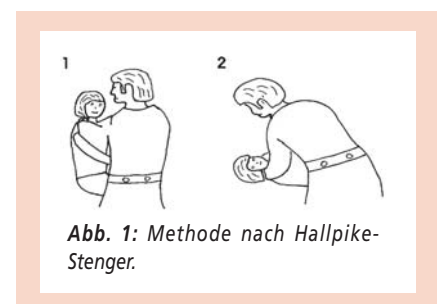
der seitliche, horizontale Bogengang beteiligt sein.

In aller Regel führt schon die Schilderung der Beschwerde zum Krankheitsbild:

- „Immer wenn ich mich zu einer Seite im Bett umdrehe, dreht sich schlagartig der Raum.“
- „Beim Aufstehen und beim Hinlegen wird mir kurz und heftig ganz plötzlich schwindlig.“

Gesichert wird die Vermutung durch eine diagnostische Lagerung, die schon den Einstieg in die Therapie bedeuten kann. Bei der diagnostischen Lagerung werden die Betroffenen rasch aus dem Sitzen in die Seitenlage gebracht. Bei der Methode nach Hallpike-

Stenger (Abb. 1) wird der Kopf des Patienten um 45 Grad zur Seite des betroffenen Ohres gedreht (1). Im Anschluss daran erfolgt eine rasche Lagerung des Patienten in die Rückenlage (2), wobei der Kopf über das Ende der Untersuchungsliege herausragen sollte („Kopfhängelage“).



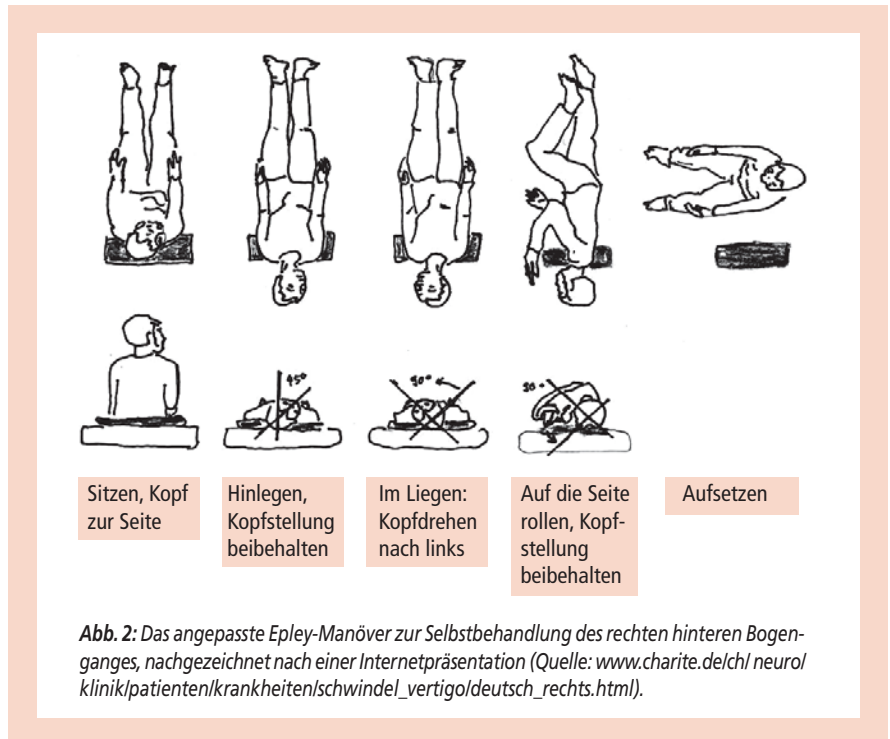
Therapie der häufigsten Erscheinungsform des BPLS

Im Prinzip stehen zwei Lagerungsmanöver zur Verfügung, die über unterschiedliche Wege helfen, die Kalksteinchen aus dem hinteren Bogengang wieder in das Gleichgewichtssäckchen (Utriculus) zurückgleiten zu lassen. Mit Eigeninitiative und Mut können Betroffene auch schon alleine versuchen, ein Befreiungsmanöver von ihren Beschwerden durchzuführen. Dazu hat der Berliner Neurologe Th. Lempert folgende Anleitung ausgearbeitet (Abb. 2):

1. Setzen Sie sich aufrecht hin (am besten auf einem Tisch oder einer Liege mit der Möglichkeit, die Beine hängen zu lassen). Drehen Sie den Kopf 45 Grad zur betroffenen, in diesem Fall zur rechten Seite. Wenn Sie versehentlich die gesunde Seite „lagern“, wird kein Schwindel ausgelöst, Sie können also dabei keinen Fehler machen.

2. Legen Sie sich unter Beibehaltung der Kopfstellung auf den Rücken und auf das vorher hingelegte Kissen, so dass der Kopf leicht nach hinten überstreckt wird. Wahrscheinlich tritt jetzt – auf dem Weg zur Heilung – ein rasch ansteigender und rasch abklingender Schwindel auf – wenn Sie die richtige Seite genommen haben. Warten Sie 30 bis 60 Sekunden in dieser Position nach dem Abklingen des Schwindels.

3. Drehen Sie den Kopf 90 Grad nach links, ohne ihn dabei anzuheben. Auch hier kann kurz Schwindel auftreten und wird wieder schnell abklingen. Warten Sie wieder 30 bis 60 Sekunden.



Sitzen, Kopf zur Seite

Hinlegen, Kopfstellung beibehalten

Im Liegen: Kopfdrehen nach links

Auf die Seite rollen, Kopfstellung beibehalten

Aufsetzen

Abb. 2: Das angepasste Epley-Manöver zur Selbstbehandlung des rechten hinteren Bogenganges, nachgezeichnet nach einer Internetpräsentation (Quelle: www.charite.de/chi/neurologik/patienten/krankheiten/schwindel_vertigo/deutsch_rechts.html).

4. Rollen Sie mit Körper und Kopf 90 Grad nach links, warten Sie erneut 30 Sekunden.

5. Setzen Sie sich aus der vorherigen Position auf. Auch hier kann noch einmal kurz Schwindel auftreten – und wieder weggehen.

Nach der ersten Runde ist das meiste geschafft! Bei der Wiederholung kann der Schwindel deutlich weniger stark sein, weil die meisten Steinchen wieder aus dem Bogengang verschwunden sein werden. Führen

Sie diese Bewegungsfolge dreimal täglich aus. Beenden Sie die Übungen, wenn 24 Stunden lang kein Lagerungsschwindel aufgetreten ist, weder beim Üben noch zu anderen Zeiten.

Therapie des gutartigen Lagerungsschwindels des seitlichen horizontalen Bogenganges

Wenn der seitliche Bogengang mit betroffen ist, hilft meist das sogenannte Barbecue-Manöver weiter (Abb. 3).

IN TI Institut für Tinnitus Diagnostik und Therapie GmbH

21-Tage-Tinnitus-Kompaktkuren
individueller, ganzheitlicher Behandlungsansatz
Tinnitus-Bewältigungstraining
Entspannungs- und Bewegungstraining
physikalische Therapie

einwöchiges Arrangement:
Innere Ruhe trotz Tinnitus - auch zur Auffrischung

Innere Ruhe finden

Salinenstraße 1
32105 Bad Salzufen
Telefon 05222 3682 500
Mail info@IN-TI.de
Web www.IN-TI.de



Unsere aktuellen Angebote und Arrangements finden Sie im Internet. Gern informieren wir Sie auch telefonisch oder fordern Sie Infomaterial an.

Unser Ziel ist, Ihnen Gesundheit, Lebensqualität und innere Ruhe zurück zu geben. Ärzte, Psychologen u. Fachkräfte bilden unser Expertenteam für Sie!

Wir zeigen Wege!

Schwerpunktthema

- Dieses beginnt auf dem Rücken liegend.
- Der Kopf wird auf die betroffene Seite gelegt.
- Dann dreht sich der Betroffene in 90-Grad-Schritten von der kranken Seite bis hin zur gesunden Seite um insgesamt 270 Grad.
- Wieder auf der betroffenen Seite angekommen, setzt er sich auf.



Alternativ kann damit begonnen werden, auf dem gesunden Ohr zu ruhen oder zu schlafen, bevor man nach acht Stunden auf die andere Seite wechselt.

Zwar kann der Lagerungsschwindel nach einigen Monaten oder Jahren wiederkehren. Dann gilt jedoch das Gleiche wie bisher zur Therapie beschrieben.

Ein ausführlicher Artikel von Dr. Helmut Schaaf zum BPLS erschien in *Tinnitus-Forum 4/2013* (Schaaf, H. (2013): Der gutartige Lagerungsschwindel (BPLS). Häufig, bewegungsabhängig, kurz und heftig, aber im Prinzip gut heilbar. *Tinnitus-Forum 4/2013*, S. 20–24). Außerdem zu diesem Thema: Schaaf, H: Gleichgewicht und Schwindel. Asanger. 6. Auflage.

HÖRGERÄTE ENDERLE
Audiologisches Hörzentrum

- modernste Messverfahren
- Pädakustik
- Audiotherapie
- Cochlea-Implantant
- Nachsorge & Service

- Tinnitus-Zentrum
- Batterien & Pflegemittel
- Lärm-, Schwimmschutz
- Zubehör für TV & Türklingel
- Telefone & Handys

Am Marktplatz 4
79336 Herbolzheim
Tel. (07643) 4548
herbolzheim@hoergeraete-enderle.de
www.hoergeraete-enderle.de

Hauptstraße 3
79224 Umkirch
Tel. (07665) 940530
umkirch@hoergeraete-enderle.de
www.hoergeraete-enderle.de

Wir sind seit über 25 Jahren in der Regio für Sie da.



DTL: Bessere Chancen für ein besseres Leben!



Schwindel bei Migräne

von Dr. Helmut Schaaf

Kennzeichnend für eine Migräne sind in der Regel Attacken mit halbseitigen, manchmal auch beidseitigen Kopfschmerzen. Diese können bis zu zwei Tage anhalten und sind oft von Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit begleitet. Viele Patienten kennen kurz vor oder während des Migräneanfalls auch eine sogenannte Migräneaura. Dabei kommen am häufigsten flimmernde Gesichtsfeldausfälle, seltener kribbelnde Missempfindungen, Lähmungen, Sprachstörungen, Verwirrtheit, „Doppelt-Sehen“ und Gangunsicherheit hinzu. Als Ursache wird vermutet, dass eine vorübergehende Gefäßverengung in den betroffenen Hirnbezirken die Aura verursacht. Ebenso erleben viele Migräne-Patienten auch Schwindel als gelegentlichen oder häufigen Begleiter ihrer Kopfschmerzen.

Zudem gibt es Migräne-Patienten, bei denen allein der Schwindel auftritt, auch ohne Kopfschmerzen, dann handelt es sich um eine rein „vestibuläre Migräne“.

Dabei ist der Migräneschwindel – nach Lempert und Bronstein (2006) – einer der häufigsten Gründe für einen wiederholt spontan auftretenden Schwindel. Der Migräneschwindel kann in jedem Alter beginnen, wobei das weibliche Geschlecht ca. 3:1 überwiegt. Ein gehäuftes familiäres Auftreten ist nicht selten, was auf einen möglichen genetischen Ursprung hinweist.

Der Schwindel kann in drei Varianten auftreten:

- als Drehschwindel,
- als Lageschwindel oder
- als diffuser Schwindel ohne Bewegungserscheinungen.

Der Drehschwindel und der Lageschwindel gehen wahrscheinlich auf eine vorübergehende (!) Durchblutungsstörung im Hirnstamm zurück.

Der diffuse Schwindel äußert sich als Benommenheit, manchmal auch als Unfähigkeit, klar zu denken. Der Schwindel kann, so berichten die Betroffenen, einige Stunden anhalten, manchmal überdauert er sogar die Kopfschmerzen einige Tage oder gar Wochen. Wenn der Migräneschwindel ohne Kopfschmerzen auftritt, weisen die sonst auch für eine Migräne typischen Begleitumstände den

Weg zur Diagnose. Dies sind etwa eine gleichzeitige Licht- oder Lärmempfindlichkeit.

Da die vestibuläre Migräne auch mit Einschränkungen des Hörens und damit auch mit einem Tinnitus einhergehen kann, ist die Verwechslungsgefahr groß und hört sich in der Krankengeschichte oft sehr ähnlich an.

Für eine vestibuläre Migräne – und gegen einen Morbus Menière – sprechen:

1. die zentrale Augenstörung im Intervall,
2. das Fehlen einer fortschreitenden Hörminderung trotz vieler Attacken,
3. vor allem die Verbindung mit anderen neurologischen Symptomen, wie zum Beispiel Taubheitsgefühl im Gesicht und die Kopf- und Nackenschmerzen sowie
4. das Ansprechen auf eine prophylaktische Behandlung mit Betarezeptorenblockern.

Dennoch bleibt die Unterscheidung gegenüber dem Morbus Menière gelegentlich so schwierig, dass oft erst der Verlauf Klarheit bringen kann.

Behandlung

Die Behandlung des akuten Anfalls ist notwendig, wenn dieser länger als eine Stunde dauert. Dabei haben neben den bewährten Schmerzmitteln bei sonst nicht zu beherrschenden Anfällen zunehmend auch sogenannte „Triptane“ an Bedeutung gewonnen. Dies sind Medikamente, die relativ gezielt in

Stoffwechselprozesse des Serotins, eines Botenstoffes im Zentralnervensystem, eingreifen.

Die nicht pharmakologische Prophylaxe beinhaltet die Elimination individueller Migränetrigger. Dazu gehört auch herauszufinden, was an Aufgaben bewältigt werden kann und wo das Potenzial verändert werden kann (Stressmanagement) sowie Bewegung und Entspannung, etwa mit der Muskelrelaxation nach Jacobson.

Die meisten Experten glauben, dass Patienten mit häufigen schweren Attacken von einer pharmakologischen Migräneprophylaxe, etwa mit Betablockern oder Amitriptylin, profitieren können. Die Behandlungsentscheidung muss sowohl die Effizienz als auch die Nebenwirkungen und auch die individuelle Komorbidität in Betracht ziehen. So kann ein Mensch mit Bluthochdruck den Betablocker zuerst probieren, während ein depressiver Patient eher von Amitriptylin profitiert. Es kann in ca. 50 bis 70 Prozent der Fälle eine Symptomreduktion erreicht werden. Die unerwünschten Nebeneffekte können vermindert werden, wenn mit der kleinsten Dosis begonnen und diese dann langsam aufdosiert (gesteigert) wird. Eine positive Wirkung für die Behandlung kann zwei bis drei Monate benötigen und kann am ehesten gesichert werden, wenn die Patienten ihre Schwindelattacken auch aufschreiben.