

Bewertung von Behandlungsmethoden bei Morbus Menière

Labyrinth-Anästhesie und Einnahme von Sulpirid

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

Ein DTL-Berater bat im Rahmen seiner Beratertätigkeit, in der es um Morbus Menière ging, um Hilfe bei folgenden Fragen: Wie sehen die (langfristigen) Erfolge bei einer Labyrinth-Anästhesie aus? Wie ist die Meinung zur Sulpirid-Gabe bei Morbus-Menièr-Patienten? Die sehr ausführliche Antwort von Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, veröffentlichen wir im Folgenden, da sie auch für andere Morbus-Menièr-Betroffene aufschlussreich sein könnte.

Einführung

Morbus Menière ist eine Erkrankung des Innenohres, bei der nicht nur der Höranteil, sondern auch der Gleichgewichtsanteil betroffen ist. Dies äußert sich in einem meist zunehmenden Verlust des Hörvermögens, beginnend mit dem Tieftonbereich, und – für den Patienten initial oft besonders belastend – mit attackenweisen Drehschwindelanfällen. In der Regel schließt sich dem nach und nach zunehmenden Hörverlust ein zunehmender Ausfall des betroffenen Gleichgewichtsorgans an.

Was die Beurteilung aller therapeutischen Maßnahmen bei und „gegen“ Morbus Menière schwierig macht, ist, dass zwar die Ausprägung der Erkrankung im sogenannten „endolymphatischen Hydrops“ gesichert zu sein scheint und inzwischen auch mithilfe eines MRTs sichtbar gemacht werden kann, es aber immer noch unklar ist, was genau zu dem Endolymphhydrops führt und unklar ist, was auf dieser Grundlage Schwindelattacken auslösen kann.

So gibt es wahrscheinlich ebenso viele Menschen mit einem Hydrops ohne Schwindelattacken wie Patienten mit einem Morbus Menière. Ebenso finden sich Migräne-Patienten mit einem sogenannten vestibulären Schwindel und einem Hydrops und Migräne-Patienten ohne diesen – aber mit Schwindelattacken. Auch deswegen werden

viele Patienten fehl-diagnostiziert, in einer finnischen Studie mehr als die Hälfte.

Hinzu kommt, dass ein Morbus Menière mit wiederholten Schwindelanfällen (und genau das ist für die Definition eines Morbus Menière als wiederholte Innenohrerkrankung wichtig) einen sogenannten natürlichen Verlauf aufweist. Dabei werden – in der Regel – die attackenweisen Drehschwindelanfälle immer seltener. Meist wird der einseitige Gleichgewichtsverlust zentral (durch das Gehirn) ausgeglichen. Letzteres kann natürlich behindert werden durch andere Erkrankungen des Gleichgewichtssystems und etwa zunehmende Einschränkungen im Laufe des Lebensalters oder psychische Belastungen.

Diese lange Ausführung soll darauf hinweisen, dass es nicht nur schwierig ist, sicher eine genaue Diagnose zu stellen und eine Placebo-Wirkung von einer realen Wirkung zu unterscheiden, sondern dass es auch extrem wichtig ist, zu schauen, festzuhalten und auszuweisen, in welchem (zeitlichen) Stadium eine Maßnahme durchgeführt wurde.

So wird jede Maßnahme statistisch umso erfolgreicher erscheinen, je später sie im Krankheitsverlauf zur Anwendung kommt. Deswegen gibt es leider bei als Morbus Menière-Patienten eingestufteten Betroffenen nur sehr wenige Untersuchungen, die Maßnahmen untersuchen und gleichzeitig gegen ein Placebo testen.

Die sogenannte Labyrinth-Anästhesie

Die Labyrinth-Anästhesie betäubt, wie der Name schon sagt, das Labyrinth, das heißt das Ohr und das Gleichgewichtsorgan. Dazu muss ein Lokalanästhetikum durch das Trommelfell in das Mittelohr gegeben werden, von wo aus es in den Hör- und Gleichgewichtsanteil diffundiert (hinüberschwemmt). Dies kann und muss eigentlich kurzfristig zu einem Schwindelgefühl führen, weil sich durch die Betäubung die Differenz zwischen der Wahrnehmung aus dem einen gegenüber dem anderen Gleichgewichtsorgan verändert, was das Gehirn als Schwindel empfinden muss.

Deshalb wird dieser Eingriff bei Erstanwendern mit einem stationären Aufenthalt von einer Nacht verbunden. Diese Betäubung ist allerdings zeitlich begrenzt durch das Lokalanästhetikum, sodass – wie beim Zahnarzt – die Betäubung nach wenigen Stunden wieder aufhört und sich das Gleichgewichtsorgan wieder auf das Normalniveau einpendelt. Was nun diese vorübergehende Betäubung im Gleichgewichtsorgan und speziell an dem endolymphatischen Hydrops oder seinen Auswirkungen bewirken soll, ist rational wenig erklärbar, eigentlich sogar unmöglich.

Nach Vorstellung des Anwenders von Illberg werde dadurch das vegetative Nerven-



system des Innenohres kurzfristig blockiert. Danach schein sich das Druckgleichgewicht des Innenohres wieder zu stabilisieren und die Schwindelattacken würden sich „beruhigen“. Diese Vorstellung wird weder wissenschaftlich untermauert noch belegt. Ein dazu stimmiges Krankheitskonzept gibt es von den Anwendern nicht. Ihre Beobachtung, dass nach („nach“ bedeutet nicht „durch“) der Labyrinth-Anästhesie die Schwindelanfälle weniger werden, wird in dieser retrospektiven Untersuchung bei 24 (!) Patienten berichtet: Adunka, O., Moustaklis, E., Weber, A., May, A., von Ilberg, C., Gstoettner, W., Kierner, A. C. (2003): Labyrinth anesthesia – a forgotten but practical treatment option in Ménière’s disease. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 65(2):84-90. (Deutsch: Labyrinth-Anästhesie – eine vergessene, aber praktikable Behandlungsoption bei Morbus Menière.) In der Studie wird ausgeführt, dass nach der Anwendung 87,5 Prozent der Patienten über eine merkliche Abnahme der vestibulären Symptome berichteten, und 66,7 Prozent dieser Patienten für durchschnittlich 26,5 Monate frei von Anfällen waren.

Diese Rate an berichteter Schwindelreduktion – ohne Berücksichtigung der vestibulären Befunde oder gar des Endolymphatischen Hydrops – trifft auch für die Anlage eines Paukenröhrchens und andere „konservative“, das heißt das Gleichgewichtsorgan nicht zerstörende Maßnahmen zu. Unabhängig davon, was man macht, bekommt man eine 80-prozentige Erfolgsrate – eben wie bei einem Placebo.

Nicht auszuschließen und sicher auch nicht unerwünscht ist, dass eine deutliche – in diesem Sinne für den Patienten günstige

– suggestive Kraft des Anwenders und die für den Patienten spürbare Vorgehensweise Veränderungen auslöst, die von dem Patienten positiv erlebt werden und dadurch auch das Schwindelempfinden verändern.

In der Gesamtwertung muss man sicherlich sagen, dass es keinerlei Evidenznachweise gibt und wahrscheinlich auch nicht geben kann. Dass diese Methode dennoch anscheinend wieder eine Renaissance erlebt, mag daran liegen, dass vor allem auf den natürlichen Verlauf des Morbus Menière gesetzt wird, der nach und nach zu einer Minderung der Drehschwindelanfälle führt. Auch durch diesen Eingriff gewinnt man Zeit. Potenzielle Nebenwirkungen sind enttäuschte Hoffnungen der Patienten, die auch eine ernsthafte Nebenwirkung darstellen, und die finanzielle Eigenbeteiligung, die im Bereich von 1000 bis 3000 Euro beim Erstanwender selber liegt.

Sulpirid bei Morbus Menière

Der Hersteller des Sulpirids hat es in den frühen Jahren der Entwicklung geschafft, die Indikation „Schwindel“ mit angeben und bewerben zu dürfen. Dies haben alle Nachfolge-Antidepressiva nicht mehr geschafft. Dementsprechend findet sich auf vielen Verordnungszetteln und Rezepten sowie auf großflächigen Ohrplakaten der Hinweis „bei Schwindel – Sulpirid“, was auch sehr in der Wahrnehmung hängen geblieben ist, ähnlich wie andere eingängige und haften gebliebene Werbesätze, zum Beispiel „Nichts ist unmöglich ...“.

De facto ist Sulpirid ein sogenanntes atypisches Antidepressivum auf Neuroleptika-Basis, das bei einem entsprechenden

Angst- und Depressionsanteil angst- und depressionsmindernd und damit auch schwindelempfindungsmindernd wirken kann.

Die Liste der möglichen Nebenwirkungen, insbesondere für Frauen im geschlechtsreifen Alter, ist zumindest beachtenswert: Häufige Sulpirid-Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit. Ebenfalls möglich sind ein beschleunigter Herzschlag (Tachykardie) und Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen oder Verstopfung (Obstipation). Sulpirid beeinflusst den Hormonhaushalt, was sich in Brustschmerzen und Menstruationsbeschwerden äußern kann. Bei Männern können die sexuelle Lust (Libido) und Potenz abnehmen. Weitere mögliche Nebenwirkungen sind zum Beispiel Sehstörungen, Blutdruckabfall, Blasenentleerungsstörungen, allergische Hautreaktionen, innere Unruhe und Sitzunruhe (Akathisie).

Das reflexhafte Verschreiben dessen, was in vielen Arztzimmern in Informationsbroschüren und auf Ohrplakaten werbend beispielsweise suggeriert: „Bei Schwindel: Sulpirid“ ist dabei selten hilfreich. Wir setzen dieses Antidepressivum nur extrem selten ein. Eine bevorzugte spezielle Indikation für Sulpirid bei Menière-Patienten gibt es unserer Vorstellung nach nicht.

Kontakt zum Autor:



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