

H. Schaaf:

Eine neue Leitlinie zu M. Menière: Gegenüberstellung und Anmerkungen

Die neue Leitlinie zu Schwindel – einschließlich des M. Meniere - wird nicht mehr von HNO Ärzten, sondern von Neurologen verantwortet. Das hat sicher ebenso mit dem umfassenden Selbstverständnis des neurologischen Fachgebietes zu tun wie mit der – zumindest dafür – günstigeren Organisationsform der neurologischen Fachgesellschaft.

Was die Fachkompetenz für Schwindel im Allgemeinen angeht, liegt diese sicher und auch umfassender in der Neurologie mit den vielen Krankheitsbildern, die über das – relativ peripher gelegenen – Gleichgewichtsorgan hinausgehen. Was speziell die Kompetenz für den im Innenohr angesiedelten M. Meniere angeht, trifft sie hier ein Kerngebiet der Hals-Nasen-Ohren Heilkunde. Allerdings scheint es manchmal, dass die an sich vorhandene Gleichgewichtskompetenz innerhalb der HNO nicht immer ausgeschöpft wird (s.: <http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20Walther%20Erweiterte%20Diagnosemoeglichkeiten%20bei%20M%20Meniere%20TF%202%202011.pdf>).

Von Neurologen erwarten kann man vor allem die Kompetenz, all die Erkrankungen zu erkennen, die fälschlich dem M. Meniere zugeordnet werden, und das sind nicht wenige. Auch haben sie in ihrer Facharztausbildung planmäßig psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, was sie eher als die HNO Ärzte in die Lage versetzt, z.B. Antidepressiva fachgerecht einzusetzen und einen Zugang zu psychischen Themen zu haben.

Schaut man sich die einzelnen Punkte der nun nicht mehr in der Hand der HNO Ärzte befindlichen „alten“ Leitlinien und die neue der Neurologen an, so gibt es viel Übereinstimmung, die bei diesem Krankheitsbild viel Unsicherheit enthalten muss. Anders als bei den HNO Leitlinien, die viel, vielleicht zu viel, offen ließen, mangelt es den Neurologen nicht an einer Beherrschung, klare Vorgaben zu machen.

Diese Beherrschung lässt manchmal schon erstaunen, vor allem wenn man in Rechnung stellt, dass nach ihrer Leitlinieneinschätzung über die Hälfte der den Studien zugrunde liegende Diagnosen auch einer Migräne entsprechen könnten, die „natürlich“ einen ganz anderen organischen Verlauf mit guten Erholungen hat.

So wird trotz dünner und umstrittener Datenbasis und schon im Vorweghoffen einer noch anlaufenden Studie proklamiert, viel Betahistin helfe im Gegensatz zu wenig, ohne den Zusammenhang zwischen dem vermuteten Effekt „Verbesserung der Mikrozirkulation im Innenohr mit Wirkung auf präkapilläre Sphinkter der Stria vascularis“ und dem Endolymphschwankungen als Endstrecke der Erkrankung“ belegen zu können (s. auch: <http://www.drhschaaf.de/Anmerkungen%20zur%20Betahistin%20Studie.pdf>).

Erstaunlich ist, dass - anscheinend unter zumindest Hinzuziehung eines HNO Vertreters - eine (1) – sehr umstrittene - Studie ausreicht, um die Saccotomie als „obsolet“ zu bezeichnen, während genau diese von den weiter operativ tätigen HNO Ärzten weiter als sinnvoll und wirksam gepriesen wird (Ernst, A.(2011): [Perspektiven der Gleichgewichtsdiagnostik und -therapie](#). Laryngo-Rhino-Otol 2011; 90: S35 – S43)

Was in den neuen wie den alten Leitlinien fehlt – ist der Blick für den psychosomatischen Anteil der erkrankten Patienten und den (oft reaktiven) psychogenen Schwindel.

	Alte Leitlinie der HNO Ärzte	Neue Leitlinie (Auszüge) der Neurologischen Fachgesellschaft zu M. Menière im Rahmen der Schwindel-Symptomatik
Epidemiologie		Die Lebenszeitprävalenz des Morbus Menière liegt bei etwa 0,51%; dies bedeutet, dass etwa eine Million Menschen in Europa davon betroffen sind. Der bevorzugte Beginn der Erkrankung liegt zwischen der 4. und 6. Lebensdekade (Männer etwas häufiger betroffen als Frauen), selten in der Kindheit (Choung et al. 2006).
Definition M. Menière Pathophysiologie	Ätiologisch unklare, überwiegend (70%) einseitige Erkrankung des kochleovestibulären Organs mit den charakteristischen Symptomen:.	Die Pathophysiologie und Pathogenese des Morbus Menière ist bislang nicht sicher geklärt Der pathognomische histopathologische Befund ist ein Endolymphhydrops. Pathophysiologisch entsteht dieser durch eine relativ zu hohe Produktion und/oder zu geringe Resorption der Endolymph. Der erhöhte endolymphatische Druck führt zu einer Ruptur der Endolymphmembran und/oder Öffnung spannungssensitiver unselektiver Kationenkanäle. Dies bedingt eine Erhöhung der Kaliumkonzentration im Perilymphraum mit kaliuminduzierter Depolarisation, die zunächst zu einer Exzitation und dann Depolarisation führt. Die Ursachen für einen Endolymphhydrops sind vielfältig und reichen von autoimmunologischen und erregerbedingten Erkrankungen bis zu Hypothesen, dass Ionenkanalerkrankungen oder Aquaporin eine wichtige Rolle spielen können. Ferner werden aufgrund familiärer Häufungen genetische Faktoren diskutiert, die durch Linkageanalysen gestützt werden.
Klinik	anfallsweiser, heftiger Drehschwindel (Minuten bis Stunden anhaltend), anfangs fluktuierendes Gehör, Tinnitus (meist tieffrequent) und Druckgefühl im betroffenen Ohr	Die Menière-Attacke ist durch die Kombination von Drehschwindel und jeweils einseitiger Hörminderung (meist Tieftonschwerhörigkeit), Tinnitus und Ohrdruckgefühl gekennzeichnet. Die einzelnen Attacken treten meist akut oder subakut ohne Prodromi, Auslöser oder tageszeitliche Bindung auf. In etwa einem Drittel kündigt sich die Attacke durch die Verstärkung eines vorher bereits bestehenden Ohrgeräuschs, Ohrdrucks oder Hörminderung an. Die American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery hat (1995) folgende diagnostische Kriterien formuliert: <ul style="list-style-type: none"> • Bewiesene Menière-Erkrankung (↑↑): <ul style="list-style-type: none"> - Klinisch sichere Menière-Erkrankung mit histopathologischer Bestätigung des Endolymphhydrops • Klinisch sichere Menière-Erkrankung (↑) (B): <ul style="list-style-type: none"> - Zwei oder mehr Schwindelattacken von 20 Minuten Dauer oder länger - Nachgewiesene Hörminderung bei mindestens einer Untersuchung - Tinnitus oder Ohrdruck im betroffenen Ohr - Andere Ursache klinisch ausgeschlossen • Klinisch wahrscheinliche Menière-Erkrankung: <ul style="list-style-type: none"> - Eine Schwindelattacke von 20 Minuten Dauer oder länger - Nachgewiesene Hörminderung bei mindestens einer Untersuchung - Tinnitus oder Ohrdruck im betroffenen Ohr - Andere Ursachen klinisch ausgeschlossen • Mögliche Menière-Erkrankung: <ul style="list-style-type: none"> - Schwindelattacke wie oben ohne dokumentierten Hörverlust - Innenohrschwerhörigkeit, fluktuierend oder konstant mit Schwankschwindel, aber ohne Schwindelattacken - Andere Ursachen klinisch ausgeschlossen <p>Diese Empfehlungen sind durchaus verbesserungswürdig (Stapleton u. Mills 2007), und zwar sowohl bezüglich der klinischen Sicherung der Diagnose als auch bezüglich der differenzialdiagnostischen Abgrenzung, da die genannten Kriterien Überlappungen z. B. zur vestibulären Migräne, Perilymphfistel und Vestibularisparoxysmie zulassen. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass 60% der Patienten mit Morbus Menière auch die diagnostischen Kriterien für eine vestibuläre Migräne und umgekehrt erfüllen (Radtko 2002).</p> <p>Ferner ist die Frühdiagnose schwierig, da die Menière-Erkrankung nur in 20% mit der klassischen Trias beginnt; in 40% markiert ein plötzlicher einseitiger „Hörsturz“ den Beginn, in weiteren 40% Minuten bis Stunden dauernder (Dreh-) Schwindel.</p>

		Bei der klinischen Untersuchung sieht man während der Attacke einen horizontal rotierenden Nystagmus, der zu Beginn der Attacke zum betroffenen Ohr schlagen kann (im Sinne eines Reiznystagmus) und dann länger anhaltend zum nicht betroffenen Ohr schlägt (im Sinne eines sog. Ausfallnystagmus). Darüber hinaus bestehen eine gerichtete Fallneigung sowie vegetative Symptome wie Blässe, Schweißneigung und Erbrechen. Bewusstseinsstörungen treten nur selten auf, und zwar im Sinne einer sekundären Synkope. Die Menière-Attacke klingt langsam über viele Minuten bis zu mehreren Stunden ab.
Verlauf		Die Erkrankung beginnt einseitig mit sehr unregelmäßiger, zunächst zunehmender, dann wieder abfallender Frequenz der Attacken, die im weiteren Verlauf auch das andere Ohr betreffen können. Je länger man Patienten mit Morbus Menière verfolgt, desto häufiger sieht man bilaterale Erkrankungen. Im frühen Stadium bis zu 2 Jahren sind etwa 15% der Fälle bilateral. Im Verlauf entwickelt sich in 50% ein beidseitiger Morbus Menière (Takumida et al. 2006)
Untersuchungen Notwendig	HNO-Status, Ohrmikroskopie Hörprüfung (Stimmgabel, Audiogramm, Sprachaudiogramm, Recruitment,) BERA Gleichgewichts-Untersuchung: (Frenzel-Brille: spontaner oder latenter Nystagmus, Lage- und Lagerungsnystagmus vestibulospinale Prüfungen, thermische Prüfungen	Für die Diagnose wird gefordert, dass mindestens einmal eine Hörstörung nachgewiesen worden ist, was eine Audiometrie erforderlich macht. Ferner dienen die unten aufgeführten Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung zur vestibulären Migräne/Migräne mit vestibulärer Aura, was trotz aller zur Verfügung stehenden Mittel nicht immer gelingt, einfach schon deshalb, weil 60% der Betroffenen die diagnostischen Kriterien für beide Erkrankungen erfüllen (Radtke et al. 2002). Die typische Anamnese ist der Schlüssel zur Diagnose. Die otoneurologische und neuroophthalmologische Untersuchung zeigen im Intervall eine fluktuierende, insgesamt progrediente Hörminderung und seltener ein peripheres vestibuläres Funktionsdefizit (je nach Befall einseitig oder beidseitig). • Audiometrische Untersuchungen einschließlich akustisch-evozierter Potenziale (AEP): Audiometrisch findet man meist eine tiefenbetonte Innenohrschwerhörigkeit. In den meisten, aber nicht in allen Fällen hilft die audiologische Testung auch bei der Differenzierung zwischen Morbus Menière und vestibulärer Migräne. Die AEP zeigen Hinweise für eine Innenohrschwerhörigkeit. • Elektro- oder Videokulographie mit kalorischer Prüfung: Damit lässt sich das periphere vestibuläre Defizit dokumentieren und im Verlauf beurteilen. Diese Verfahren dienen ebenso wie die Klick-evozierten vestibulären myogenen Potenziale (VEMPs) auch dazu, das betroffene Ohr zu identifizieren und die Frage zu beantworten, ob ein beidseitiger Morbus Menière vorliegt.
Im Einzelfall nützlich	Tympanometrie, Stapediusreflexmessung Evozierte otoakustische Emission, Glyzeroltest nach Klockhoff oder Lasix-Test Elektronystagmografie Elektrokochleografie Röntgen: Schüller, CT/MRT: Felsenbein, Schädel, Serologie: Viren , Funktionsuntersuchung der HWS Interdisziplinäre Untersuchungen (z. B. Neurologie)	• Die Bildgebung des Schädels kann notwendig sein bei der Frage nach einer Perilymphfistel (hochauflösendes CT), nach raumfordernden Prozessen im Kleinhirnbrückenwinkel (MRT), nach einer Vestibularisparoxysmie (MRT, CISS-Sequenz) oder nach seltenen zentralen Ursachen (MRT). • Klick-evozierte vestibuläre myogene Potenziale (VEMPs) sind beim Morbus Menière oft pathologisch und zeigen eine Störung der Sakkulus-Funktion an. Die Befunde sind aber nicht spezifisch und auch bei Gesunden lassen sich bei über 60-Jährigen nicht immer VEMP auslösen. Sie erlauben jedoch in manchen Fällen eine Differenzierung zwischen einem reinen Hörsturz und Morbus Menière. • Selten können auch transiente ischämische Attacken z. B. bei einer Vertebrobasilar-Dissektion, das „rotational vertebral artery occlusion syndrome“ oder vertebrobasiläre Ischämien (vor allem im Versorgungsbereich der A. cerebelli inferior anterior: „stotternde AICA-Infarkte“) Menière-Attacken vortäuschen, weshalb hier neben der MRT des Schädels/Halses eine Doppler-Sonographie und/oder dynamische Subtraktionsangiographie beim „rotational vertebral artery occlusion syndrome“ notwendig sein können.

<p>Therapie</p>	<p>Konservativ</p> <p>Im akuten Anfall Bettruhe, milde Sedierung, Antiemetika, evtl. Antivertiginosa</p> <p>Glukokortikoide, Infusionen z. B. mit Rheologika</p> <p>Transtympanale medikamentöse Zerstörung der Sinnesendstellen des Vestibularorgans mit Gentamycin (chemische Labyrinthausschaltung)</p> <p>Bei anhaltendem Schwindel: Betahistidin langfristig, evtl. orale Rheologika,</p>	<p>Neben einer rein symptomatischen Behandlung ist das primäre Ziel der Therapie des Morbus Menière, die Attacken zu verhindern. Das Spektrum der Therapieempfehlungen dazu reicht von salzfreier Kost, über Diuretika, transtympanale Gentamicingabe (20 – 40 mg in mehrwöchigem Abstand bis zur Symptombesserung) oder Betahistin bis zu operativen Verfahren (Übersicht bei Minor et al. 2004). Positive Effekte auf die Attackenfrequenz wurden publiziert für die transtympanale Instillation von Gentamicin und Steroiden sowie die hochdosierte langdauernde Gabe von Betahistindihydrochlorid (3 × 48 mg/d für 12 Monate)</p> <p>Attackenbehandlung</p> <p>Die akute Attacke ist selbst begrenzt. Schwindel und Nausea können durch Antivertiginosa (Tab. 2) vermindert werden, wie sie auch zur Behandlung anderer akuter Labyrinthfunktionsstörungen eingesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimenhydrinat 100 mg als Suppositorien oder Infusion (1– 3 × 100 mg/d) oder • Benzodiazepine (↑) <p>Senkung der Attackenfrequenz</p> <p>Die Wirkung von Gentamicin beruht auf einer direkten Schädigung von Typ-1-Haarzellen.</p> <p>Zur Frage der prophylaktischen Wirksamkeit bei Morbus Menière sind eine Reihe von Untersuchungen publiziert worden, aber bislang keine prospektive, randomisierte, kontrollierte, doppelblinde Studie (Metaanalysen: Strupp et al. 2007a, Cohen-Kerem et al. 2004).</p> <p>Als mit dieser Behandlung begonnen wurde, erhielten die Patienten so lange Gentamicin, bis die Gleichgewichtsfunktion ausgefallen war. Damit erreichte man in den meisten Fällen Attackenfreiheit, bedingte aber auch in mehr als 50% der Fälle eine deutliche Innenohrschwerhörigkeit.</p> <p>Als nachgewiesen worden war, dass die ototoxische Wirkung der Aminoglykoside mit deutlicher Verzögerung einsetzt (Magnusson et al. 1991), wurde das Therapieregime geändert: entweder Einzelinjektionen im Abstand von mindestens 4 Wochen oder eine einzige Injektion und dann regelmäßige Verlaufskontrollen und erst bei weiteren Attacken weitere Injektionen (Lange et al. 2004, De et al. 2007b).</p> <p>In einer prospektiven unkontrollierten Studie bei 57 Patienten zeigte sich nach 2– 4 Jahren in 95% ein deutlicher Rückgang der Attacken (Lange et al. 2004). Dies wurde in einer neueren Studie bestätigt (De et al. 2007b). Eine Metaanalyse von 15 Studien mit 627 Patienten, die mit Gentamicin behandelt worden waren, ergab dass 75% der Patienten attackenfrei bzw. insgesamt 93% deutlich gebessert waren. Dies hängt nicht von der Art der beiden o. g. Therapieregime ab (Cohen et al. 2004).</p> <p>Wesentliches Problem der Behandlung mit Aminoglykosiden ist die Hörschädigung, die bei mindestens 20% der Patienten auftritt (Flanagan et al. 2006, Coletti et al. 2007), so dass eigentlich nur Patienten mit vorbestehender deutlicher Hörschädigung behandelt werden sollten. Erschwerend kommt hinzu, dass nach etwa 5 Jahren Krankheitsdauer sich bei der Hälfte der Patienten ein beidseitiger Morbus Menière entwickelt (Takumida et al. 2006).</p> <p>Transtympanale Injektion von Kortikosteroiden</p> <p>In einer retrospektiven Untersuchung wurden die Effekte intratympanischer Injektionen von Dexamethason bei 34 Patienten untersucht (Barrs 2004). Nach einer wöchentlichen Gabe von jeweils 10 mg/ml zeigte sich nur bei 24% der Patienten eine relevante Besserung; weitere 24% besserten sich im Verlauf, so dass die Hälfte der Behandelten davon profitierte. Diese Behandlung wurde gut toleriert (Yilmaz et al. 2005). Eine kontrollierte, prospektive, doppelblinde Studie zeigte eine Besserung der Schwindelattacken in 82% gegenüber 57% in der Placebogruppe (Garduno-Anaya et al. 2005). Eine Metaanalyse kam zu gleichen Ergebnissen hinsichtlich der Wirksamkeit und Verträglichkeit (Alles et al. 2006).</p> <p>Betahistin</p> <p>Metaanalysen zeigen, dass Betahistin offensichtlich einen prophylaktischen Effekt auf die Attacken bei Morbus Menière hat, wobei bislang keine plazebokontrollierten, doppelblinden Studien vorliegen.</p> <p>Betahistin ist ein H1-Agonist und H3-Antagonist. Es verbessert die Mikrozirkulation im Innenohr über seine Wirkung auf präkapilläre Sphinkter der Stria vascularis (Dziadziola et al. 1999). Auf diese Weise kann es die Imbalance zwischen Produktion und Resorption der Endolymphe normalisieren. Auf der Basis klinischer Erfahrungen mit einer Dosierung von 3 × 48 mg/d Betahistindihydrochlorid erfolgte eine offene Anwendungsbeobachtung bei 112 Patienten, die zeigte, dass diese höhere Dosierung der bislang gebräuchlichen Dosierung von 3 × 16 bis 3 × 24 mg/d signifikant überlegen ist. Nach 12 Monaten nahm die mittlere Zahl der Attacken von 7,6 pro Monat auf 4,4 in der Niedrigdosisgruppe und in der Hochdosisgruppe von 8,8 auf 1,0 ab (p= 0,0002 für den Gruppenvergleich) (Strupp et al. 2008).</p> <p>Derzeit wird dazu eine multizentrische plazebokontrollierte Dosisfindungsstudie durchgeführt (3 × 16 mg/d vs. 3 × 48 mg/d) (EudraCT-Nr. 2005– 000752– 32; BMBF177zfyGT).</p>
------------------------	---	---

<p>Operationsindikationen/ (-prinzipien)</p> <p>Mangelndes Ansprechen auf konservative Therapiemaßnahmen</p> <p>Invalidisierende Schwindelanfälle (Sakkotomie, Sakkusdekompression, Vestibulotomie, Labyrinthektomie, Neurektomie des N. vestibularis).</p>		<p>Prophylaktische Therapie</p> <p>Ziel der prophylaktischen Behandlung ist es, den Endolymphhydrops zu vermindern und so die Attacken prophylaktisch zu behandeln. Dies ist auch deshalb wichtig, weil es durch die Attacken zu bleibenden Schädigungen der vestibulären und audiologischen Funktion kommt. (Kommentar: andersrum!)</p> <p>Bei wiederholten Drehschwindelattacken, evtl. mit fluktuierender Innenohrschwerhörigkeit, Tinnitus und/oder Ohrdruck sind deshalb indiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betahistindihydrochlorid (z. B. Vasomotal 24 mg), 3 × 2 Tbl./d à 24 mg über 6– 12 Monate mit Dosisreduktion je nach Verlauf (↔). Diese Empfehlungen beruhen auf einer offenen Anwendungsbeobachtung bei 112 Patienten, in der Effekt von 3 × 16 mg/d bzw. 3 × 24 mg/d mit 3 × 48 mg/d über einen Zeitraum von 12 Monaten verglichen wurde (Strupp et al. 2008). • Zusätzlich zu Betahistin ein probatorischer Therapieversuch mit Hydrochlorothiazid plus Triamteren (z. B. Dytide H ½– 1 Tbl. morgens) (↔), obwohl Metaanalysen keinen signifikanten Effekt von Diuretika gezeigt haben (Thirlwall u. Kundu 2006). <p>Selten ergibt sich bei medikamentös therapieresistenten häufigen Menière-Attacken mit Innenohrschwerhörigkeit die Indikation für eine</p> <ul style="list-style-type: none"> • transtympanale Instillation ototoxischer Antibiotika (1 ml mit einer Konzentration von 20– 40 mg/ml Gentamicin) in mehrwöchentlichem Abstand. Das Dosisintervall sollte sich nach der Wirksamkeit richten. Nach Metaanalysen liegt die Erfolgsrate der Gabe von Gentamicin zwischen 39 und 95% (Cohen-Kerem et al. 2004, Strupp et al. 2007a) (↔). <p>Trotz des insbesondere in den USA weit verbreiteten Einsatzes liegt bislang aber keine kontrollierte, doppelblinde Studie zur Wirksamkeit von Gentamicin bei Morbus Menière vor.</p> <p>Früher wurden die Instillationen täglich vorgenommen, bis nachgewiesen worden war, dass die ototoxischen Effekte von Gentamicin verspätet auftreten können (Magnusson u. Padoan 1991), weshalb heute allgemein Einzelinstillationen in mehrwöchigem Abstand empfohlen werden. Ein Konsensus zur Dosis und den Applikationsabständen wurde bislang nicht erzielt (Blakley 2000, Stokroos u. Kingma 2004, De et al. 2007a).</p> <p>Seit die früher allerorten übliche Sakkotomie, zunächst als Dekompressionsoperation gedacht, schließlich als Plazebo-Eingriff erkannt wurde (Thomson et al. 1981) und heute obsolet ist, werden nur noch deutlich weniger als 1– 3% der Patienten operativ behandelt.</p>
<p>Behandlung der Tumarkinschen Otolithen Krisen (vestibuläre Drop-Attacks)</p>		<p>Rezidivierende Tumarkinsche Otolithen Krisen (vestibuläre Drop-Attacks) sind für die Patienten im Alltag außerordentlich beeinträchtigend und wegen der hohen Verletzungsrate gefährlich. Je nach klinischer Einschätzung der Schwere der Störung wird hier – falls die hochdosierte Behandlung mit Betahistin zu keiner Besserung führt – erfolgreich die intratympanale Gentamicin-Behandlung eingesetzt. Voraussetzung für diese Behandlung ist, dass das ursächliche Ohr ausreichend sicher (z. B. mit Audiogramm, kalorischer Prüfung und Klick-evozierten vestibulären Potenzialen [als Sakkulus-Funktionstest]) identifiziert werden kann.</p>

Unverwirklichte eigene Wünsche an eine „Leitlinie Meniere“:

Zur Diagnostik

Beim M. Menière, als Erkrankung, die direkt das Gleichgewichtsorgan betrifft, können rezidivierend organische und psychisch bedingte Schwindelzustände auftreten und – für Patienten kaum noch differenzierbar – ineinander übergehen. Vor allem Gefühle von Unsicherheit, Angst und Panik sowie die vegetativen Begleitsymptome werden dabei während des Menière-Anfalls oft „klassisch konditioniert“ gelernt.

Daher ist eine psychosomatische Untersuchung in einem Gespräch, die die eventuell vorhandenen aufrechterhaltenden psychogenen Anteile des Schwindelleidens, insbesondere des reaktiv-psychogenen Anteils bei M. Menière erfassen kann, sicher hilfreich. So könnten über die organischen Befunde hinaus die Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten mit erfasst und in der Indikationsstellung berücksichtigt werden.

Wichtig erscheint mir der Hinweis, dass nur ein kleiner Teil der Tieftonschwankungen im Hörbereich schon Vorstufe eines M. Menières ist, was Teil der realistischen und entängstigenden Therapie sein sollte (s. <http://www.drhschaaf.de/elymph.htm>)

Zur Therapie

Dementsprechend ist die Mit-Behandlung der reaktiv-psychogenen Komponente durch eine entsprechende entängstigende Aufklärung aber auch durch eine entsprechende psychosomatische Behandlung, ggf. ein entsprechendes Gleichgewichtstraining und bei entsprechender Indikation auch einer psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung entweder im ambulanten oder im stationären Rahmen notwendig. Dazu muss ggf. eine systematische Desensibilisierung (Exposition und Angstbewältigung) für den psychogenen Anteil des Schwindelgeschehens erfolgen.

Hilfreich ist dabei die Psychoedukation des Patienten auch hinsichtlich der Anfallsbewältigung sowie der Unterscheidung von primär innenohrbedingten Anfällen und sich darauf aufpfropfenden reaktiv-psychogenen Anfällen, ggf. mit den Anhaltspunkten zur Unterscheidung zwischen innenohrbedingten und psychogenen Schwindelereignissen.

Kann man sich jetzt vorstellen, dass Meniere Patienten vornehmlich von Neurologen behandelt werden?

Hinsichtlich der Diagnostik und der Hörgeräteversorgung ist weiter die Kompetenz der HNO gefragt.

Alles hinter dem Ohr – spätestens ab dem Vestibulo-okulären Reflex (VOR) - ist auch dem Neurologen zugänglich und es wird für die HNO bedeutend sein, ob sie in ihrer Gleichgewichtskompetenz weiter präsent ist.

Man sieht nur , was man kennt

Sicher ist es günstig, den Blick über das Innenohr zu erweitern, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass aus Sicht der Neurologie der Blick in die Peripherie ihres Fachgebietes geht und der M. Menière nicht zu ihrer Zentralkompetenz gehört. Für den HNO Arzt lohnt vor allem der differentialdiagnostische erweiterte Blick vom Ohr über das Gehirn hin zu den Krankheiten, die wie ein Menière aussehen könnten, ohne sich Zentrum ihres Gebietes zu verzetteln.

Hinsichtlich der Therapie wären sicher Neurologen und HNO Ärzte ebenso wie die Patienten glücklich, wenn es ein wirksames Medikament gäbe. Ich habe Zweifel (s. auch <http://www.drhschaaf.de/Anmerkungen%20zur%20Betahistin%20Studie.pdf>) und weise darauf hin, dass enttäuschte Hoffnungen neben den organischen Nebenwirkungen ebenso ernsthaft für die Krankheitsverarbeitung wie die Arzt-Patienten Beziehung ist.

Mehr s. www.drhschaaf.de