

H. Schaaf

Handout zum Vortrag: „Morbus Menière – Altes und Neues“ 18.2. 2017 in Kassel:

Als M. Menière bezeichnet wird eine Erkrankung des Innenohres, die mit Drehschwindelattacken bei einem Endolymphhydrops und meist einem zunehmenden Funktionsverlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen einhergeht. Leitsymptom sind Drehschwindelanfälle, oft mit heftigem Erbrechen, Hörstörungen und einem typischerweise tieffrequenten Tinnitus.

Die Anfälle sind nicht vorhersehbar. Der subjektiv empfundene Charakter der Schwindelempfindung kann sich im Verlauf der meist über viele Jahre anhaltenden Erkrankung ändern. Darauf kann sich ein reaktiv-psychogener Schwindel mit depressiven Verläufen und Angstkorrelaten aufsetzen.



Was ist „neu“?

- Die Barany Gesellschaft hat eine neue Klassifikation für die Einstufung des M. Meniere entwickelt. Diese beinhaltet einige pragmatische Veränderungen im Vergleich zu der seit 1995 geltenden Klassifikation des amerikanischen „Committee on Hearing and Equilibrium“. Ausführlicher siehe: Schaaf, H.(2016) Die Menieresche Erkrankung: [Diagnosekriterien](#) Tinnitus-Forum 3 2016, S. 35-36
Parallel dazu wird als Klassifikation die „Hydropische Innenohrerkrankung“ diskutiert (Gürkov et al 2016)“.
- Der amerikanische Psychiater Staab entwickelte auf guter Grundlage ein neurootologisch-psychosomatisches Verständnis für länger anhaltende Schwindelzustände, wie sie gehäuft nach wiederholten, unvorhersehbaren Schwindelattacken wie beim M. Menière gesehen werden. Dies kann helfen, wichtige Teilaspekte besser zu verstehen und anzugehen.
Ausführlicher siehe: Schaaf, H (2015) [Die ausbleibende "Rück-Anpassung" nach einer Gleichgewichtskrise als Grundlage eines anhaltenden Schwindels.](#) Tinnitus-Forum.19-2
- Die Auswirkungen des M. Menière ändern sich im Verlauf (Tyrrell 2015)
Siehe ausführlicher: Schaaf, H (2016) [Seelische Gesundheit und subjektives Wohlbefinden von Menschen mit M. Meniere](#) Tinnitus-Form 2, 28-29
- Möglicherweise lassen sich diagnostisch Befundkonstellationen (Kalorische Spülung versus Kopf-Impuls-Test und Vestibulär evozierten Potentialen) in den Gleichgewichtsuntersuchungen – im Sinne der Zuordnung - zumindest im Verlauf des M. Menière erkennen.
Siehe ausführlicher: Schaaf, H und L.E Walther (2011) [Erweiterte Diagnosemöglichkeiten bei M Meniere.](#) Tinnitus-Forum 2/11 S. 40 -45
- Wenn auch mit großem Aufwand und sicher nur für Einzelfälle ist es inzwischen möglich, einen endolymphatischen Hydrops radiologisch darzustellen (Gürkov 2016)

- Die häufigsten Fehldiagnosen und „Zusatz“-Diagnosen im Verlauf sind der Gutartige Lagerungsschwindel und der psychogene Schwindel

Siehe auch Schaaf, H. (2013) [Der gutartige Lagerungsschwindel \(BPLS\)](#) Tinnitus-Forum 4/13. S. 20-24 und Schaaf, H (2013) Schwankendes Hörvermögen im Tieftonbereich: [Kein notwendiger Verbote eines M. Meniere.](#) Tinnitus Forum 2/13. S. 2

- Das seit 30 Jahren weit eingesetzte – und immer umstrittene - Betahistin zeigt sich in einer gut angelegten Studie der Betahistin-Befürworter (!) ebenso (wenig) wirksam wie Placebo, ob niedrig oder hochdosiert.

Ausführlicher siehe: Schaaf, H. und G. Hesse (2016) Morbus Menière. Betahistin nicht wirksamer als Placebo. HNO Nachrichten. 46 (2). S 16-17 und [Tinnitus-Forum 2. 26 - 27](#)

- Die HNO ärztlich weltweit am häufigsten angewandte Operation bei M. Meniere, die Sakkotomie, die in den derzeitigen, neurologisch dominierten Leitlinien als „obsolet“ bezeichnet wird, bekommt durch ein gegenteiliges Verfahren Konkurrenz, was noch mehr an der Rationalität der (beider) Eingriffe zweifeln lässt.

- In einer (1) gut konzipierten Studie hat sich intratympanales Kortison als ebenso wirksam bei der Schwindelreduktion erwiesen wie Gentamycin. (Patel et al 2017).

Ausführlicher siehe: Schaaf, H (2017) Effektive Schwindelreduktion beim M. Menière:Kortison oder Gentamycin ins Mittelohr? Kommentar zu einer englischen Studie. Forum HNO.24-28 [Manuskript](#)

- Die Verwendung von niedrig dosiertem intratympanalen Gentamycin bei konservativ nicht beherrschbarem Schwindel hat sich etabliert. Es ist eine (1) verlässliche Möglichkeit, dem Schwindel ggf. die organische Grundlage zu entziehen.

Siehe auch: <http://www.drhschaaf.de/Gentamyzin%20bei%20M%20Meniere.pdf>

Beachtet man die nun nachgewiesene Wirkungslosigkeit der Betahistine, wird man nach einer – nach wie vor schwierigen Diagnosefindung – in einem Stufenplan sicher schneller zu einer intratympanalen Kortisongabe raten dürfen. Dadurch würde man – theoretisch – schneller zu einem deutlich besseren Umgang mit einer Erkrankung kommen. Es bleibt die Option, über Gentamycin eine ebenso verstehbare, wie sichere Ausschaltung durchzuführen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Hörbefund schon soweit fortgeschritten ist, dass so oder so keine weiteren Einschränkungen zu erwarten sind.

Dennoch bleiben weiter viele Fragen offen, unter anderem, was den M. Menière überhaupt auslöst. Am zuverlässigsten erscheint mir – als größter nicht invasiver Wirkfaktor - die Zeit. Je länger die Dauer der Erkrankung mit dem Fortschreiten der Schädigungen im Gehör und Gleichgewichtsorgan, desto seltener und weniger heftig werden in der Regel die Schwindelattacken. Dabei wird das Gehör meist schlechter.. Das erklärt auch, warum therapeutische Maßnahmen um so „wirkungsvoller“ erscheinen können, je später sie eingesetzt werden.

Ein neuer Stufenschema beim M. Menière ?

Phase	Maßnahme	+ Zusatz	Günstig	Problematisch
Akuter Menière Anfall	Vomex supp (Tavor exp.)	Video- aufzeich- nung	Symptomminderung + Diagnoseverfeinerung	Differenzierung organisch versus psychisch
Wiederholte Menièreanfälle				
I	Intratympanales Cortison	Hör- geräte	Keine Hörschädigung	Unklarer Wirkmechanismus
II	Intratympanales Gentamycin	CI	Verstehbarer Wirkmechanismus	Hörschädigung
III	Neurektomie	CI	Verstehbarer Wirkmechanismus	Intracranieller Eingriff

Psychosomatische – rehabilitative stationäre Ansätze

Wenn dann doch, oder vorher oder nachher, Patienten mit einem M. Menière behandlungsbedürftig würden, hat sich der folgende Stufenplan als nachhaltig hilfreich erwiesen:

Stufen zur erneuten Standfestigkeit:

- 1. Körperliche Übungen, die für Alltagstauglichkeit benötigt werden**
2. Gleichgewichtstraining, zum Beispiel entlang des „klassischen“ Übungsablaufs von Cawthorne u. Friedmann (1969) und Cooksey (1946)
3. Entspannungstraining (PMR)
4. Tagebucharbeit
- 5. Expositionsübung**
6. Kognitive Umstrukturierung der Schwindel verstärkenden Gedanken – vor allem zur Bearbeitung des Kontrollverlustes
7. Aktivierung von Ressourcen zur Verbesserung der Lebensqualität
- 8. Kritische Auseinandersetzung mit der Funktion des Schwindel, auch der für den Patienten unbewussten Anteile**

Siehe auch: Schaaf, H und G. Hesse (2015): Patients with long-lasting dizziness.

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck 272: 1529-1535,

[deutsches Manuskript](#)

Literatur-auswahl:

Adrion , .. Strupp M (2016) Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial 352:h6816

Gürkov R, Pyykoe I, Zou J, Kentala E (2016) What is Meniere's disease? J Neurol 263 (1): 71–81

Patel, M., ... Bronstein, A.M (2016) Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease. Lancet ; 388: 2753–62 <http://dx.doi.org/10.1016/>

Plontke SK, Gürkov, R (2015) Morbus Ménière. Facharztwissen HNO. LRO;94: 530-554

Schaaf, H (2017) Effektive Schwindelreduktion beim M. Ménière: Kortison oder Gentamycin? Forum HNO [Manuskript](#)

Schaaf, H (2015) [Die ausbleibende "Rück-Anpassung" nach einer Gleichgewichtskrise als Grundlage eines anhaltenden Schwindels.](#) Tinnitus-Forum.19-25

Schaaf, H und G. Hesse (2015): Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck 272: 1529-1535, [deutsches Manuskript](#)

Schaaf, H. (2016) Der Meniere Erkrankte und seine Interaktion mit dem HNO Arzt. [Manuskript für MedizinerInnen](#) Forum HNO. 134-139

Schaaf, H (2016) [Seelische Gesundheit und subjektives Wohlbefinden von Menschen mit M. Ménière](#) TF 2, 28-29

Schaaf, H.; Hesse, G.(2016) Patienten mit anhaltendem Schwindel - ein Jahr nach einer stationären neurootologisch – psychosomatischen Behandlung. Forum HNO [deutsches Manuskript](#)

Schaaf, H und G. Hesse (2015): Patients with long-lasting dizziness. A follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment after a period of at least one year. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck 272: 1529-1535, [deutsches Manuskript](#)

Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ. (2015) Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Ménière's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. [Otol Neurotol.](#)

www.drhschaaf.de

Schaaf (2017) M. Ménière. 8. Auflage. Springer, Heidelberg 312 S.