

Stellungnahme zu einer neuen OP-Methode bei Morbus Menière

Die Blockade des Endolymphatischen Gangs – im Vergleich zur Saccotomie

von Dr. Helmut Schaaf

Zu den Publikationen:

Gabra, N., Asmar, M. H., Berbiche, D., Saliba, I. (2016): **Endolymphatic duct blockage: quality of life assessment of a novel surgical technique for Ménière disease.** Eur Arch Otorhinolaryngol 2016; 273: 2965-2973

(Deutsch: Die Blockade des Endolymphatischen Gangs: Bewertung der Lebensqualität nach einer neuen Operationstechnik bei Morbus Menière)

Saliba, I., Gabra, N., Alzahrani, M., Berbiche, D. (2015): **Endolymphatic duct blockage: a randomized controlled trial of a novel surgical technique for Ménière's disease treatment.** Otolaryngol Head Neck Surg 2015; 152(1):122–129

(Deutsch: Die Blockade des Endolymphatischen Gangs: Eine randomisierte, kontrollierte Studie über eine neue Operationstechnik zur Behandlung des Morbus Menière)

Kürzlich erschienen Publikationen über eine neue Operationsmethode zur Behandlung des Morbus Menière, die auf einer Blockade des Endolymphatischen Gangs beruht. Wir baten Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen, um eine Stellungnahme zu dieser OP-Methode für das Tinnitus-Forum.

In der letzten Zeit erschienen Publikationen der Arbeitsgruppe um N. Gabra zu einem auf den ersten und zweiten Blick doch sehr ungewöhnlichen Vorgehen bei Morbus Menière. Bei dieser Methode wird nach entsprechender operativer Eröffnung der Endolymphatische Gang (ductus endolymphaticus) mit Clips unterbunden, damit keine Endolymph mehr fließen kann. Dann entwickelt sich (erwartungsgemäß) ein Hydrops, der aber bei den bisher als Menière-Patienten eingestuften erstaunlicherweise ohne Menière-Symptome bleiben soll. Nach einiger Zeit würde die Endolymph dann besser durch andere intracochleäre Strukturen resorbiert. Das Vorgehen wird beschrieben als nicht-destruktive Technik, obwohl eine bisher als Endorgan angenommene Funktionseinheit unterbunden wird. Zudem soll die Lebensqualität als „noch besser“ als bei der Saccotomie eingeschätzt werden (Gabra et al., 2016).

Anders als bei der am häufigsten angewandten HNO-ärztlichen Operation, der sogenannten Saccotomie, wird bei diesem Vorgehen der Endolymphatische Sack nicht etwa freigelegt, sondern bewusst verschlos-

sen. Diesem Vorgehen könnte die Beobachtung zugrunde liegen, dass die Saccotomie zwar weltweit am häufigsten angewandt wird, aber tatsächlich nicht effektiver erscheint als eine Placebo-Operation oder Abwarten. Dabei hat sich, unabhängig von Neubewertungen eines direkten Vergleichs mit tatsächlichen Placebo-Operationen, erwiesen, dass die neue OP-Methode ebenso erfolgreich war wie die Freilegung des Endolymphatischen Sackes.

Dies trifft allerdings für alle operativen Eingriffe zu, die nicht auf die Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans abzielen: Sie haben eine etwa gleichbleibende Erfolgsrate von 80 Prozent. Dies ließ Ruckenstein (2010) zu der Überlegung gelangen, dass hier möglicherweise eine zentrale psychosomatische Komponente zur Reduktion der Schwindel-Empfindung führt.

Gleichzeitig zeigt sich, dass eine der hauptsächlichen Erklärungen für die Zunahme des Endolymphatischen Hydrops, nämlich der mangelnde Abtransport im Endolymphatischen Sack, wohl so allein nicht zutrifft (Ruckenstein, 2010).

Eingriffe am Endolymphatischen Sack – die Saccotomie

Bei allen Unklarheiten scheint der Saccus endolymphaticus zumindest mitverantwortlich dafür zu sein, dass die Endolymph nicht genügend ausgeschleust werden kann. Die Saccotomie hat die Druckentlastung des Endolymphatischen Hydrops zum Ziel.

Was wird gemacht?

Der Saccus endolymphaticus ist chirurgisch hinter dem Ohr erreichbar. Dazu müssen die Operateure zunächst den sogenannten Warzenfortsatz (Mastoid) ausräumen, um von dort aus nah an das Labyrinth heranzukommen. In der hinteren Schädelgrube wird dann die Hirnhaut freigelegt und der Saccus meist relativ weit vorne gefunden.

Grundidee und grundlegende Bedenken

Portmann (1927) eröffnete den Saccus und leitete ihn in das offene Zellsystem des Warzenfortsatzes. Dadurch löste er das meist zusammengeschrumpfte Organ aus der nar-

bigen Umklammerung (nach Entzündungen oder Immunreaktionen) und sorgte für den Abfluss der übermäßigen Flüssigkeit.

Erfolge nicht höher als bei Placebo-Operation

Diese Grundidee hat sich weltweit verbreitet. Sie ist aber mannigfaltig abgeändert worden, weil sich herausstellte, dass der Erfolg schnell wieder durch Verwachsungen und Neuwachstum des abgetragenen Knochens zunichte gemacht wurde. Aber auch alle Variationen mit unterschiedlichen Ableitungswegen und -größen sowie diversen Ableitungsimplantaten kommen trotz ausgeklügelter Ansätze und Erklärungen bei langfristigen Nachuntersuchungen immer auf die gleichen Erfolgsraten. Diese liegen nicht höher als die Erfolge einer sogenannten Placebo-Operation. Bei dieser wurde nur der Warzenfortsatz ausgeräumt, und auch hier stellten sich die beschriebenen Verbesserungen ein (Thomsen et al., 1981). In einer Metaanalyse für die Cochrane Collaboration fanden Pullens et al. (2013) unter Berücksichtigung von benannten Studienkriterien keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine Wirksamkeit der Eingriffe am Endolymphatischen Sack.

Dies bestätigt alle Zweifel an Erklärungen der pathophysiologischen Grundlagen, die schon Schuknecht 1981 (in: Vosteen, 1981, S. 236–241) auf den Punkt gebracht hat:

- Die chirurgische Epithelschädigung, die durch die Eröffnung entsteht, kann die resorptive Leistungsfähigkeit nur weiter reduzieren (denn, so Morgenstern 1985, der Saccus hat keine einfache Filterfunktion, sondern weist eine aktive, das Ionenmilieu regulierende Tätigkeit auf. Deshalb ist zu erwarten, dass eine Verletzung oder gar Zerstörung nur noch negativere Ergebnisse zeitigen müsste).
- Da der Druck im Subarachnoidalraum (flüssigkeitsgefüllter Raum unter der Hirnhaut) größer ist als im Endolymphsystem, kann eine operativ geschaffene, künstliche Verbindung (Drainage) zwischen beiden eigentlich nur dazu führen, dass Gehirnflüssigkeit in das Endolymphsystem eindringt und so den Druck noch erhöht und nicht umgekehrt Endolymphflüssigkeit abfließen kann.

- Drainageröhrchen (künstliche Verbindungsstücke) werden nahezu mit Sicherheit schnell durch Bindegewebe funktionsunfähig gemacht.

Was bleibt, ist eine letztlich unklare Situation und die Zuversicht, durch die Erweiterung der oft verengten Verhältnisse einen besseren Fluss von Blut und Lymphe in dieser Region zu ermöglichen, sodass indirekt auch die Resorption der Lymphe verbessert wird (Jahnke, 1994). Die meisten HNO-Ärzte wie Paparella (2006) hoffen, dass diese Operation weitere Optionen offen hält und dass man zumindest subjektive Verbesserungen erreichen kann. Vielleicht weniger bedacht wird dabei, dass enttäuschte Hoffnungen auch eine ernsthafte Nebenwirkung sind.

Stattdessen scheint sowohl die Produktion als auch der Abtransport der Endolymph zirkulär im Innenohr-Labyrinth zu erfolgen und zwar in den Strukturen, in denen die Endolymph in den Bogengängen und im Sacculus sowie auf dem Weg zum Endolymphatischen Sack gebildet und resorbiert wird. Dies könnte die Idee erklären, den Endolymphatischen Sack auszuschalten, um dadurch die anderen Strukturen „zu zwingen“, mehr an Endolymphflüssigkeit zu resorbieren.

Trotz allem gilt es drei Dinge zu bedenken:

1. Die Operation selber erscheint operativ extrem anspruchsvoll, das heißt schwierig.
2. Das Gegenteil von falsch muss nicht unbedingt richtig sein und
3. wahrscheinlich am wichtigsten ist die Beobachtung, dass zwar jeder Morbus Menière mit einem Endolymphatischen Hydrops einhergeht, dieser aber nicht die Ursache sein wird, sondern lediglich eins der Phänomene, die unter dem Krankheitsbild des Morbus Menière zu finden sind.

Das heißt, die alleinige Ausrichtung auf die Verminderung des Endolymphatischen Hydrops kann die Krankheit noch nicht erklären. Dementsprechend ist es auch wiederum nicht verwunderlich, dass diese Methode genauso gut oder genauso schlecht wie das gegenteilige Verfahren wirkt.

Als offene Fragen bleiben:

- Warum soll nach Verschluss des Endolymphatischen Gangs und einem Rückstau mit Endolymphhydrops kein Menière bleiben oder entstehen?
- Wenn es trotzdem so wäre, wieso geschieht das nicht ohne Unterbindung des ductus?
- Soll jetzt – anders als bislang vermutet – die Ursache für den Morbus Menière aus dem Saccus endolymphaticus kommen?

Da inzwischen eine vertretbare und sichere Alternative mit der intratympanalen Genta-mycingabe zur Minderung oder Ausschaltung des schwindelerzeugenden Innenohrs zur Verfügung steht und sich möglicherweise die intratympanale Gabe von Kortison als wirksam erweist, würde man dementsprechend auch von dem theoretisch doch auf schwachen Füßen stehenden und praktisch schwierigen Vorgehen Abstand nehmen.

Kontakt zum Autor:



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

