

H. Schaaf

Diagnostik in der Akutphase eines Morbus Menière

Charakteristisch für einen Morbus Menière ist ein wiederholter, spontaner Drehschwindel, oft mit Erbrechen, **zusammen(!)** mit einer einseitigen, schwankenden Höreinschränkung sowie einem meist tieffrequenten Tinnitus. Als klinisch sicher gilt diese seltene Erkrankung des Innenohres bei:

- zwei oder mehr Schwindelattacken von 20 Minuten Dauer oder länger, aber nicht länger als 24 Stunden
- nachgewiesener Hörminderung im Tief- und Mitteltonbereich
- einem in der Regel tieffrequenter Tinnitus,

wenn andere Ursachen klinisch ausgeschlossen sind.

Hinzukommen können ein Druckgefühl im Innenohr und vegetative Reaktionen wie Angstschweiß, Blutdruckabfall, Kältegefühl, Herzrasen, Durchfall.

Im Anfall typisch ist ein unwillkürliches Augenzittern (Nystagmus) mit überwiegend horizontaler Schlagrichtung – „von Ohr zu Ohr“, bzw. von links nach rechts oder rechts nach links.

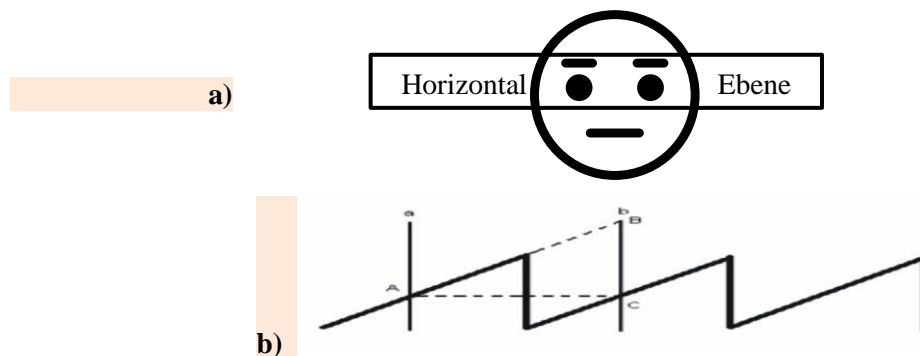


Abbildung: a) Beim Menière Anfall typisch ist ein unwillkürliches Augenzittern mit überwiegend horizontaler Schlagrichtung – von „Ohr zu Ohr“. b) Eine langsame Phase wechselt sich mit einer schnellen (Rückstell-) Phase ab.

Die Häufigkeit der Schwindelanfälle kann von mehrmals pro Monat bis zu sehr seltenen, nur alle paar Jahre auftretenden Anfällen schwanken. In der Regel werden die attackenartigen Anfälle im Laufe der Zeit weniger, parallel zur Funktionseinbuße des betroffenen Gleichgewichtsorgans.

Wie bei anderen Schwindelerkrankungen mit Wiederholungscharakter kann sich über die organischen Anfälle hinaus ein „ständiges“ Schwindelgefühl bemerkbar machen. Der Wirkmechanismus dieser Schwindelerlebnisse ist in den meisten Fällen gut erklärbar (1), was eine gute Grundlage für die Erarbeitung eines neuen Gleichgewichtes ist.

Der Hörverlust kann sich anfangs wieder bis zur Normalhörigkeit erholen, das Hörvermögen nimmt aber im Laufe der Zeit ab.

Obwohl sich das Krankheitsbild klar definiert anhört, fällt es oft nicht leicht, den M. Menière von anderen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen zu unterscheiden. Dazu gehören die häufigere „vestibuläre Migräne“ und einige, noch seltenere Erkrankungen.

Noch schwieriger wird es, wenn nur ein oder zwei Symptome zu finden sind. Dann wird – zu oft – fälschlich von einem beginnenden, „mono- oder oligo-symptomatischen“ Menière gesprochen, ohne dass dies zutrifft. Am häufigsten dürfte dies für die sog. Endolymphschwankungen (2) und den gutartigen Lagerungsschwindel (3) zutreffen.

Hilfreich für die Diagnose ist die Symptomatik im Anfall.

Leitsymptome im M. Menière Anfall sind der erlebte Schwindel und die Beeinträchtigung des Hörens. Sichtbar dabei wird in aller Regel ein unwillkürliches Augenzittern (Nystagmus). Dies ist ein Reflex auf die Störung im Gleichgewichtsorgan. Messbar und dokumentierbar ist die Höreinbuße.

Nun treten die wenigsten Menière-Anfälle in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus auf. Auch ist es alles andere als einfach, „im Anfall“ zum Arzt zu gelangen. Aus diesem Grund sehen viele HNO Ärzte ihre Patienten oft erst, wenn der Anfall vorüber ist und können dann auch „nichts“ finden.

Dank der modernen Handys hat sich die Situation inzwischen deutlich gebessert. Die meisten Handys verfügen über eine Kamera-Funktion. Zudem kann meist eine „Hörtest-App“ (z.B. „Hörtest“) installiert werden. Damit ist es möglich, die Augenbewegungen im Menière Anfällen „live“ zu dokumentieren und akut den Hörverlust während oder kurz nach dem Anfall festzuhalten.

Folgendes Vorgehen empfiehlt sich:

Vorab:

- 1) Schauen Sie in der Zeit ohne einen Anfall nach, wie Sie selbst oder ein Ihnen Nahestehender, die Kamerafunktion im Handy bedienen kann, und proben den normalen Ablauf, bis Sie ihn ohne Nachdenken abrufen können.**

Schauen Sie dann in Richtung Kamera, richten aber den Blick oben über die Kamera hinaus.

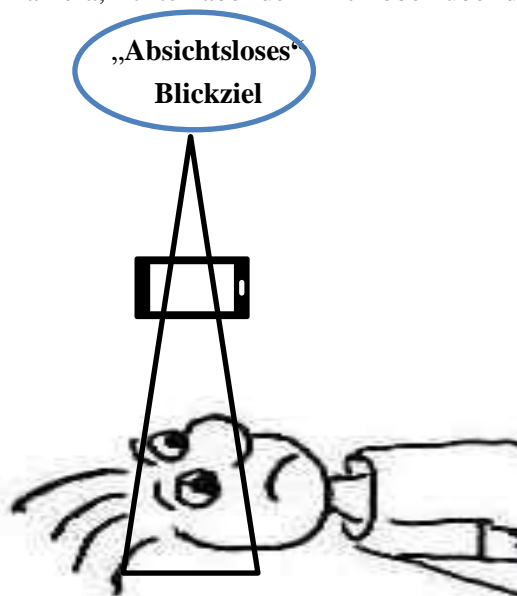


Abbildung: Schauen Sie

richten aber den Blick nach oben über die Kamera hinaus.

in Richtung Kamera,

- Gefilmt werden sollen die Augenbewegungen.
- Im Normalfall bewegen sich die Augen **nicht** unwillkürlich.

2) Installieren Sie eine Hör-App auf ihrem Handy.

- Machen Sie in anfallsfreien Zeiten einen Hörtest beim Arzt oder Akustiker **und** zeitnah danach einen Hörtest mit ihrer Hör-App. So bekommen Sie eine Einschätzung, wie gut die Hör-App messen kann.
- Speichern Sie diesen Hörtest als Ausgangspunkt und wiederholen die Handy-App solange, bis Sie diese sicher bedienen können.

Im Anfall:

1) Aktivieren Sie selbst oder mit Hilfe eines Ihnen Nahestehenden die Kamerafunktion im Handy

Schauen Sie in Richtung Kamera.

Dazu müssen die Augen offen sein, auch wenn der Schwindel dann – meistens - stärker empfunden wird.

Schauen Sie dabei bitte „absichtslos“ einmal über die Kamera hinaus – ohne etwas fixieren zu wollen. Der M. Menière ist eine periphere Gleichgewichtsstörung, deswegen ist es möglich, den Nystagmus durch die Fixierung auf die Kamera zu unterdrücken, oder zumindest mindern. Das erschwert die Auswertung des aufgezeichneten Videos.

Schauen dann zu einer Seite - und danach zur anderen Seite.

Gefilmt werden sollen die unwillkürlichen Augenbewegungen (Nystagmen), nicht etwa die Wimpernbewegungen.

Die unwillkürlichen Augenbewegungen (Nystagmen) zeigen bei einem Menière Anfall in aller Regel eine horizontalen Schlagrichtung (Augenzittern in der Ebene der Ohren). Die Frequenz der Augenbewegungen nimmt - in aller Regel – beim Schauen zu einer Seite zu und zur anderen Seite ab. Das gibt einen wichtigen Hinweis auf die betroffene Seite.

Andere Augenbewegungen, etwa vertikal (vom Kinn zur Stirn) oder rotierend, passen meist nicht zu einem M. Menière, sondern zum Beispiel eher zu einer vestibulären Migräne.

Sieht man allerdings in der Aufzeichnung trotz einer (nicht gewollten) Fixierung noch einen Nystagmus, spricht dies für ein „heftiges Geschehen“.

- Machen Sie sobald wie möglich nach dem Anfall mit einer Handy App (z.B. „Hörtest“) einen Hörtest.
- Speichern Sie die Videoaufnahmen und den Hörtest, sichern es z.B. auf einem USB Sticks oder einer CD und stellen es dem Arzt zur Verfügung.

Wenn Sie dies überstanden haben, kann es Sinn machen, die Auswirkungen des Anfalls zu unterbrechen. Dann stehen für den akuten Anfall eine Reihe von schwindeldämpfenden Medikamenten (Dimenhydrinat, z. B. Vomex als Zäpfchen oder bei sicher nicht suchtgefährdeten Patienten auch Tavor expidet) zur Verfügung.

Im Verlauf einer Menièreschen Erkrankung kann man eine Reihe von Gleichgewichtsuntersuchungen machen, die für die weitergehende Therapie, etwa mit Cortison oder Gentamycin, „intratympanal“ ins Mittelohr gespitzt, wichtig sein können (4).

Inzwischen ist es in wenigen Spezialzentren möglich, eine Endolymphhydrops mithilfe eines Kontrastmittels im Kernspintomogramm (MRT) darzustellen. Ansonsten scheint das Verhältnis vom Kopf-Impuls-Test (beim M. Menière lange „normal“) und der „Kalt-Warm (kalorischen) Prüfung (beim M. Menière meist früh eingeschränkt) am aussagekräftigsten außerhalb des Anfalls zu sein.

Und noch was: Mit dem Handy können Sie im Notfall auch noch telefonieren.

Weiterführende Hinweise:

(1) Schaaf, H. (2017) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. 8. Auflage. Springer,

und

<http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20M%20Meniere%20unvollstaendige%20Uebersicht%20drhschaafde.pdf>

und

<http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20Ausbleibende%20Re-Adaptation%20auf%20eine%20Gleichgewichtskrise%20Entwurf.pdf>

(2) Schaaf, H und G Hesse (2019) Endolymphschwankungen. 2. Aufl. DTL-Shop. 10 Euro + frankiertem Rückumschlag

und <http://www.drhschaaf.de/elymph.htm>

(3) <http://www.drhschaaf.de/Lagerungsschwindel.pdf>

(4) <http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20zu%20Patel%20und%20Bronstein%20Intratympanales%20Kortison%20vs%20Gentamycin.pdf>