

H Schaaf

Schwankendes Hörvermögen mit Tiefton-Tinnitus ohne Schwindel (Cochleäre Endolymphschwankungen)

Eine Sonderform des Hörgeschehens

Hörschwankungen im Tieftonbereich mit einem meist brummenden tiefen Tinnitus stellen eine relativ häufige Symptomatik dar. In vielen Fällen tritt sie mit einem Druck- oder Wattegefühl auf dem betroffenen Ohr auf. Manchmal gesellen sich Missempfindungen bei der gleichen Gesichtshälfte hinzu .

Diese Sonderform des Tinnitus- und Hörgeschehens wird vielfach als Hörsturz oder als Vorstufe zum M. Menière verkannt.

Es ist aber inzwischen auch durch MRT-Aufnahmen gesichert, dass es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild des Höranteils handelt. Dabei bilden sog. endolymphatische Schwankungen im »Gehörschlauch« die organische Endstrecke dieser Erkrankung. Folgt man einem Klassifikationsvorschlag, der sich an MRT-Befunden orientiert, werden diese Hörschwankungen als „Hydrops Erkrankung vom cochleären Typ“ benannt.

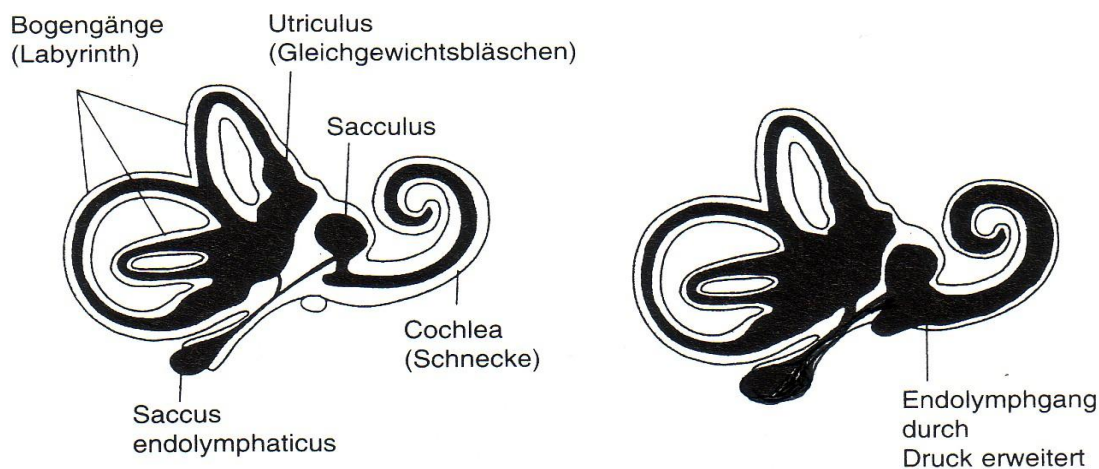


Abb. a, b Endolymphatische Hörschwankungen. a unauffällige Hör- und Endolymphsituation; b mit Tieftonschwankung bei Endolymphhydrops im Schneckenanteil

Ein endolymphatischer Hydrops ist vermutlich nicht ausschließlich typisch für eine bestimmte Krankheitsursache. Das **Innenohr** reagiert auf vielerlei Belastungen und Krankheiten ähnlich, etwa mit einem Endolymphstau. Dies ist – im Normbereich – sicher bei jedem der Fall: Menschen funktionieren schließlich nicht wie Maschinen. Wahrscheinlich reagiert das entwicklungsgeschichtlich jüngere Hörorgan viel feinfühler auch auf kleinere Veränderungen, während das sehr viel ältere Gleichgewichtsorgan wohl weit mehr Schwankungen ausgleichen kann.

Nur die wenigsten Menschen mit Endolymphschwankungen im Höranteil bekommen einen M. Menière.

Richtig ist, dass Menière-Erkrankungen mit Endolymphschwankungen **Fehler! Textmarke nicht definiert.** beginnen können, ehe sich dann, meist innerhalb eines Jahres, das Vollbild des M. Menière ergibt. Richtig ist aber auch, dass nur die wenigsten Menschen mit Endolymphschwankungen im Höranteil einen M. Menière bekommen. **Langzeitstudien** fanden eine solche Entwicklung bei 10% der Nachuntersuchten (Schaaf u. Hesse 2007, Yamasoba et al. 1994, Junicho et al. 2008).

So ist es weder sachgerecht noch hilfreich, bei dieser Symptomatik einen „monosymptomatischen“ Menière zu diagnostizieren. Es erhöht die Gefahr, aus der Angst heraus und in Erwartung eines Menière-Geschehens einen psychogenen Schwindel bekommen.

Diagnose

Im Hörtest stellt sich bei Endolymphschwankungen ein flacher, meist muldenförmiger Hörverlust im Tieftonbereich dar. Bei oft wiederholten und länger anhaltenden Verläufen kann die Höreinschränkung auch auf den Hochtonbereich übergreifen. Die Krankengeschichte und die wiederholten Tieftonverluste im Hörbefund sind in aller Regel ausreichend für die Diagnose. Sichern kann man den „cochleären Hydrops“ mit der Elektrokochleographie und dem MRT. Abgrenzungen zum M. Menière können die Gleichgewichtsuntersuchungen erbringen.

Therapie

Eine verständliche Aufklärung kann oft schon entlasten. Stellt sich heraus, dass das Endolymphgeschehen situationsabhängig und durch psychische Belastungen mit bedingt ist, kann auch die Durchführung eines Entspannungsverfahrens wie die Progressive Muskelrelaxation hilfreich sein. Drei Tage hat man meistens Zeit, um eine häufig einsetzende Spontanerholung abzuwarten. Dabei kann die Herausnahme aus einem möglicherweise belastenden Umfeld sinnvoll sein.

Kortison-Versuch bei bedeutender Höreinschränkung

Wenn der Hörverlust bedeutend bleibt oder man einen immun- mit - bedingten Prozess als mögliche Ursache erwägt, kann eine Kortisongabe **Sinn sinnvoll sein**. Inzwischen gibt es gute Gründe, das Kortison (in einer kleinen Menge) direkt (durch das Trommelfell) in das Mittelohr zu geben, damit es von dort direkt in das Innenohr gelangen kann.

Stellt sich dabei ein Erfolg ein, kann Decortin morgens als Tablette wie folgt weitergegeben werden:

- 2 Tage 32 mg
- 2 Tage 16 mg
- 1 Woche 8 mg
- 2 Tage 4 mg

Meist kommt es dabei zur Rückbildung der Hörschwankung. Das sollte im Weiteren aber nicht davon abhalten, **darüber** nachzudenken, was vielleicht auch das Ohr unter Druck setzt. Dabei können auch kurzfristige, manchmal schon sehr begrenzte Interventionen nützlich sein.

Auf Dauer und in der Wiederholung ergeben Infusionsgaben – auch mit Kortison – keinen Sinn.

Unterscheidungsmöglichkeiten zum M. Menière

Wenn das Endolymphgeschehen auf den Höranteil beschränkt ist, finden sich weder (Dreh-) Schwindel aus dem Innenohr noch Funktionsstörungen im Gleichgewichtsapparat.

Untersuchungen wie die Elektrokochleographie, die nur den Höranteil untersuchen können, oder eine kalorische Spülung reichen nicht aus, um einen M. Menière zu diagnostizieren. Im MRT könnte man sehen, ob der Gleichgewichtsanteil einen Hydrops aufweist oder der Endolymphstau (Hydrops) auf den Schneckenanteil begrenzt ist (cochleärer Hydrops).

Ausführliche Informationen für Betroffene s. Schaaf u. Hesse [2019](#):

<https://www.tinnitus-liga.de/beratung-und-information/infomaterial-bestellen>

[Zurück zur Startseite](#)

Eine Beratung per E-Mail ist nicht möglich. Bitte wenden Sie sich an Therapeuten Ihres Vertrauens oder an das [Ohr- und Hörinstitut bzw. Gleichgewichtsinstitut Hesse\(n\)](#).