

Der Morbus-Menière-Erkrankte und seine Interaktion mit dem HNO-Arzt



H. Schaaf

Einleitung

Morbus-Menière-Patienten können HNO-Ärzte vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen stellen, die die Interaktion mit dem Patienten erschweren. Die bislang nicht sicher geklärte Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie des Morbus Menière (7, 10, 21) bereitet in der Abgrenzung zu anderen Erkrankungen oft Schwierigkeiten und führt zu komplexen Problemen bei der Interaktion mit den Patienten. Die Therapie ist symptomorientiert und nicht kausal. Das führt im günstigen Fall zu einem gelingenden Umgang mit der Erkrankung. Im ungünstigen Fall weitet sich häufig, aber nicht zwangsläufig, das Leiden der Patienten aus, wenn – trotz des meist einseitigen, aber progredienten Hörverlusts – die Angst vor dem nächsten Schwindel im Vordergrund steht. Dabei entwickelt sich überhäufig eine behandlungsrelevante, meist reaktive Angst- und Depressionskomponente, die Betroffene oft nicht von organischem Schwindel unterscheiden können (Tab. 1).

Sowohl der unsichere Verlauf als auch die Ausweitung auf eine psychogene

Tabelle 1
Was ist organisch beim M. Menière gesichert (3, 9)?
Der M. Menière ist definiert als eine Innenohrerkrankung mit einem Endolymphhydrops
– mit wiederholten (mindestens zwei) attackenweisen Drehschwindelanfällen
– von mindestens 20 Minuten Dauer (Barany-Konsens und AAO)
– mit einer meist einseitigen, schwankenden, aber im Zeitverlauf fortschreitenden Innenohrschwerhörigkeit
– mit einem (typischerweise tieffrequenten) Tinnitus

Komponente kann die Arzt-Patienten-Beziehung belasten.

Dieser Beitrag soll – nach einer kurzen Übersicht über das Krankheitsbild – dazu beitragen, die subjektive Seite für den Patienten und die Interaktion zwischen Arzt und Patienten zu beleuchten sowie Möglichkeiten für einen gelingenden Umgang aufzeigen.

Unsicherheit in der Diagnose

Bei Gleichgewichtsstörungen ist der HNO-Arzt für die Diagnostik und Therapie der vestibulären Schwindelformen zuständig. Die meisten der peripher-vestibulären Schwindelformen sind eindeutig diagnostizierbar und in der Regel gut therapierbar. Beim M. Menière kann schon die Diagnosestellung mit Unsicherheiten behaftet sein. Einerseits muss die Symptomentrias Schwindel, Hörverlust und Tinnitus beim M. Menière definitionsgemäß – insbesondere in Abgrenzung zur vestibulären Migräne – mit einem Endolymphhydrops einhergehen. Andererseits kann dieser nur indirekt und meist erst im Verlauf gesichert wer-

den – wenn nicht die nur begrenzt vorhandene Möglichkeit einer Darstellung im Magnetresonanztomogramm (MRT) nach Gadolinium-Gabe besteht.

In einer Studie aus Finnland zeigte sich, dass die Anzahl der Befragten, die Schwindel und zusätzlich eine Hörstörung und Tinnitus angaben, 14-mal höher war als die Anzahl der tatsächlichen Menière-Fälle (6).

Gleichzeitig besteht Konsens, »dass der endolymphatische Hydrops ... nicht alleinige Ursache für die attackenweise progrediente Funktionsminderung der Cochlea und des Labyrinths« ist (21).

So werden Hydropsereignisse auch ohne Schwindelattacken beobachtet, und nicht alle attackenweise auftretenden progredienten Funktionseinschränkungen des Innenohrs gehen mit Hydropsereignissen einher.

»Der Zusammenhang zwischen elektrochemischen, morphologischen und funktionellen Veränderungen und die Fragen, welche der Veränderungen Ursachen und welche Folgen sind, bezie-

hungsweise ob der Hydrops die Ursache für die Erzeugung der typischen Symptome oder nur ein Epiphänomen ist, sind bisher ungeklärt« (10) (Tab. 2).

Unsicherheit im Verlauf – meist mit Zunahme der psychischen Komponente

Beim M. Menière ändert sich meist der Charakter der Schwindelerscheinungen und -empfindungen im Verlauf der über Jahre anhaltenden Erkrankung. »Am Ende« kann die Entwicklung der Erkrankung zu den Symptomen eines kompletten – habituierten oder nicht habituierten – einseitigen Vestibularis-ausfalls und einer meist bedeutenden Schwerhörigkeit führen. Manchmal kommen sogenannte »Tumarkinschen Otolithen Krisen« mit plötzlichem Hin- stürzen aus völligem Wohlbefinden ohne jedes Vorwarnzeichen hinzu.

Der reaktive psychogene (somatoforme) Schwindel

Über die organisch-bedingten Schwin- delattacken (mit erkennbaren Nystag- men) hinaus kann sich im Verlauf der Erkrankung ein »ständiges«, anhalten- des Unsicherheits- und Schwindelge- fühl bemerkbar machen. Dies wird – je nach Autor – als reaktiv-psychogen, (13, 14) sekundär-somatoform (5) oder sekundär-phobischer Attacken- Schwindel (2) eingeordnet.

Die Patienten schildern dies oft wie folgt: Man sei taumelig, nicht stand- fest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, hätte ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun »Menière-Tage« – ohne die typischen Nystagmen und ohne Auffäl- ligkeiten in der Vestibularisprüfung (Tab. 3).

Doppelte Hemmung

Das häufigste Gefühl, das eine Schwin- delattacke begleitet, ist Angst. Diese –

Tabelle 2

Wichtige Differenzialdiagnosen

Vestibuläre Migräne

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) (bei gleichzeitiger Schwerhörigkeit und Tinnitus)

Schwankendes Hörvermögen mit Tieftontinnitus – ohne Schwindel – als Variante des M. Menière

Rezidivierende periphere Vestibulopathie – ohne Hörminderung – als Variante des M. Menière

Otosklerose mit begleitendem Schwindel

Bogengangsdehiszenz-Syndrom

Orthostatische Schwindelformen und Schwerhörigkeit mit Tinnituswahr- nehmung

Primär psychogene Schwindelformen

Tabelle 3

Wichtige Differenzialdiagnosen im Verlauf eines Menièreschen Leidens

Reaktiv psychogene Schwindelformen

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS) (19): Ein Drittel der Schwindelattacken sind im Laufe eines Menièreschen Leidens am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwindel bedingt

Vermischung mit vestibulärer Migräne

und die dabei induzierte zusätzliche Hemmung des vestibulären Systems – können im Anfall für die Unterdrückung der Impluse aus dem außer Kontrolle geratenen Gleichgewichtsorgan sinnvoll sein, sie sind aber auch eine der wichtigsten Hemmnisse auf dem Weg der Wiedergewinnung und Neujustierung des bei M. Menière zunehmend eingeschränkten Gleichgewichts (18).

Staab spricht von einer doppelten Hemmung bei ausbleibender Rückan- passung mit der Folge eines anhalten- den Schwindelgefühls (17, 18).

Eckhardt-Henn et al. (5) konnten in einer prospektiven Längsschnittstudie

zeigen, dass eine vorbestehende psy- chische Erkrankung wesentlich zur Entwicklung eines reaktiv-psychoge- nen Schwindels beiträgt (Tab. 4).

Kontroll einschränkung und erlebte Hilflosigkeit

Das Gefühl des Kontrollverlusts und der Handlungsfähigkeit kann sich im Verlauf der Erkrankung deutlich ver- ändern, bis hin zur erlebten Hilflosig- keit. Im ungünstigen Fall entwickelt sich daraus eine Haltung, bei der die Menière-Patienten glauben, ganz vom Arzt oder »der Medizin« abhängig zu sein oder einem unbekanntem Schick-

sal auf Wohl und Wehe ausgeliefert zu sein (5).

Dies kann sich dann in ebenso verständlichen wie für die ärztliche Erwartungshaltung wenig hilfreichen Darstellungen niederschlagen, dass Menière-Patienten in einer »quality of well-being scale« zwischen Alzheimer-Patienten und AIDS- und Krebspatienten sechs Tage vor dem Tod rangieren (1), woran deutlich wird, dass der Morbus Menière eine der am stärksten beeinträchtigenden, nicht-letalen Erkrankungen ist (10).

Die Überzeugung, die Krankheit in den Griff zu bekommen und Einfluss auf den Verlauf nehmen zu können, hängt dabei von der kompetenten therapeutischen Hilfestellung ab.

So hängt das Ausmaß und die Art des Krankheitserlebens nicht nur von der Anzahl und Dauer der Menière-Attacken ab, sondern wesentlich auch von der professionellen Unterstützung und den Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen. Daher ist auch die psychische Komorbidität nicht bei allen Patienten mit Morbus Menière gleichmäßig ausgeprägt. »Cluster«-Analysen zu Krankheitsvorstellungen ergaben, dass manche wie eine gesunde Gruppe reagieren, während andere sehr auffällige Werte zeigen (16).

Tyrrell et al. (20) fanden bei Morbus Menière-Patienten ein im Durchschnitt deutlich erhöhtes Vorkommen und eine längere Dauer von Depressionen, Müdigkeit, Anspannung und Niedergeschlagenheit als in der Kontrollgruppe. In anderen Aspekten des Lebens wie genereller Fröhlichkeit, Arbeit, Familie, Freunde und finanziellen Aspekten unterschieden sich die Menière-Patienten hingegen nicht von der Kontrollgruppe.

Auch schnitten Patienten mit einer länger bestehenden Morbus-Menièr-Symptomatik deutlich besser ab als die mit einer erst seit kurzem bestehenden Problematik. Dies weist in der Längsschnittkorrelation darauf hin, dass es

Tabelle 4

Konkrete Ängste bei M.-Menière-Erkrankten (22)

- »Was werden die Leute von mir denken, wenn ich so schwanke?«
- »Vielleicht muss ich jetzt sterben!«
- »Ich habe das Gefühl, in meinem Kopf ist etwas kaputt gegangen!«
- »Bestimmt falle ich gleich hin und werde mich verletzen!«
- »Ich kann es nicht mehr aushalten mit diesem Schwindel!«
- »Der Schwindel hört nie auf!«
- »Diesen Schwindelanfall überstehe ich nicht!«
- »Ich werde aus der Bahn geworfen!«
- »Mir wird der Boden unter den Füßen weggezogen!«
- »Ich verliere den Halt in der Welt!«

Adaptationsstrategien geben könnte, die Langzeitbetroffenen helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten und die überaus verständlichen seelischen Beeinträchtigungen deutlich zu mindern.

Die Autoren vermuten eine vermehrte soziale Unterstützung und soziale Interaktion, die dazu beitragen könnte, dass trotz der Symptomatik ein befriedigender Umgang mit dem Leben ermöglicht wird.

Von 96 Menière-Patienten fanden sich bei 57 Patienten (59%) reaktiv-psychogene Schwindelanteile, wobei diese von den Patienten nicht oder nur unzureichend von den deutlich selteneren innenohrbedingten Schwindelanfällen unterschieden werden konnten (14). Diese Patienten litten mehr, länger und schwerwiegender unter dem psychogenen Schwindel als unter den relativ seltenen innenohrbedingten Drehschwindelattacken.

So gibt es:

- Menière-Kranke, die einen Anfall gut kompensieren können.

- Menière-Kranke, die noch lange nach einem Anfall verzweifelt bleiben und diesen depressiv nacherleben.
- Menière-Kranke, die angstbesetzt dem nächsten Anfall entgegen bangen, bei denen daher die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Erkrankung wird.

Die Interaktion mit einem Menière-Patienten

Die Ausgangslage des Arztes

Die ätiologische Unklarheit und die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs der Erkrankung bedingen für Arzt und Patient ein kommunikatives und emotionales Spannungsfeld. Dies kann beim Behandler Abwehr und viele verschiedene, oft ambivalente Gefühle von Beschützerimpulsen über Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zu aggressiven Impulsen auslösen (»Gehen Sie woanders hin, zum Spezialisten oder zum Psychotherapeuten«). Dies kann dem verständlichen Selbstschutz dienen, aber labilisierend für den Patienten wirken.

Gleichzeitig spüren die Behandler die Erwartungshaltung und den Druck der Patienten, auf jeden Fall »etwas« zu tun. Dies beinhaltet auf der Beziehungsebene einen meist unausgesprochenen Appell des Patienten an den Arzt, ihm die fehlende Sicherheit zu geben, die er in seinem Schwindelerleben nicht selbst erreichen kann. Dieser Druck kann so groß empfunden werden, dass der Arzt versucht, mit den ihm bekannten und zur Verfügung stehenden Mitteln zu helfen, obwohl diese für das konkrete Schwindelerleben nicht geeignet sind.

Dies erklärt, wieso eine Medikamentengruppe ohne Evidenz wie die Beta-histine und die von der derzeitigen Leitlinie als »obsolet« eingestufte Sakotomie dennoch immer wieder eingesetzt werden. Das ist verständlich, aber nicht rational. Darüber hinaus ist zu beachten, dass auch enttäuschte Hoffnungen eine ernsthafte Nebenwirkung sein oder bewirken können. Die Gefahr besteht, dass – im besten Bemühen und mit sicher gut gemeinter Absicht – bei Ausbleiben des Erfolgs (in der Logik des HNO-Vorgehens) gesteigert weiter operiert wird und der psychogene Anteil weiter Schwindel hervorruft, jetzt auf der Grundlage einer einseitigen Gleichgewichtsunterfunktion.

Die Begleitung (griech.: *therapeia*) der Morbus-Menièr-Erkrankten

Gute neurootologische Beratung als Basis

Es lohnt sich, den Patienten gegenüber zu betonen, dass, obwohl es keine Heilung im klassischen Sinne gibt, die Medizin – bei aller Begrenztheit – einiges zu bieten hat, ohne dabei die verständlichen und berechtigten Ängste und Befürchtungen der Patienten zu banalisieren oder zu verstärken. So kann der HNO-Arzt den Grundstein legen bei:

– der Erkennung (Diagnostik) der Erkrankung,

- der Aufklärung und Beratung,
- einer effektiven Dämpfung des akuten Anfalls,
- technischen Kompensationshilfen, beim Hörverlust bis zum Cochlear-Implantat,
- der Minderung und Ausschaltung der Funktion des Gleichgewichtsorgans, wenn die Schwindelanfälle für Patienten in Intensität und Frequenz überhand nehmen und nicht toleriert werden.

Aufklärung und Beratung

Es ist sinnvoll und angstreduzierend, Menière-Betroffenen zu helfen, sich mit ihrer Krankheit vertraut zu machen: »Der M. Menière ist keine Todes- oder Vernichtungs-Diagnose, sondern trotz allen – meist einseitigen – Funktionsausfällen peripher, gutartig. Er ist keine degenerative Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein M. Parkinson«.

Für die Medikation und den weiteren therapeutischen Verlauf ist es wichtig, dass die Betroffenen lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem innenohrbedingten Schwindel, aber auch von anderen hinzugekommenen Schwindelformen (etwa orthostatisch bedingte Schwindelformen, Lagerungsschwindel etc.) unterscheidet.

Dazu kann als Anleitung vermittelt werden, sich vor dem Schwindelereignis einen sicher unverrückbaren Punkt (Türrahmen) auszusuchen. Dann können die Betroffenen überprüfen, ob sich – wie beim innenohrbedingten Anfall – die Welt um einen herum bewegt oder – wie beim psychogenen Schwindel – sich der Gegenstand mit dem Blick »festhalten« lässt (12) (Tab. 5).

Ein weiteres, selbstständig durchführbares Unterscheidungskriterium ist die Aufforderung, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen lässt und ob dabei gar der Schwindel im Kopf nachlässt.

Damit kann auch ganz praktisch der sich meist unbewusst vollziehenden psychogenen Ausweitung des Schwindelerlebens entgegengewirkt werden.

Günstig ist es, sich an einer – hier modifizierten – Vorgehensweise zu orientieren, wie sie *Rief* und *Hiller* (11) vorgeschlagen haben, die sich zeitintensiv anhört, letztlich aber Zeit spart:

1. Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden und – wenn möglich – zeigen Sie Verständnis.
2. Bieten Sie Erklärungen an, sowohl für den organischen Anteil als auch für die – ebenfalls verständliche – Entwicklung eines möglichen psychogenen Anteils.
3. Vermeiden Sie unnötige Eingriffe.
4. Vereinbaren Sie Termine für die Begleitung im weiteren Verlauf.
5. Ermutigen Sie zu angemessenen, aktiven Gleichgewichtsleistungen (Sport, Übungen etc.).
6. Lassen Sie den Patienten das Verständene zusammenfassen, um mögliche Informationsverzerrung beim Patienten zu erkennen und korrigieren zu können.
7. Günstig ist meist die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus-Liga (www.tinnitus-liga.de) und die Kontakte und Informationen zu Morbus Menière e.V. (KIMM) (www.kimm-ev.de) Kontakt aufgenommen werden kann.

Effektive Dämpfung des akuten Anfalls: Vorbereitung gegen die Angst vor dem Schwindel

Anders als zu Zeiten *Menières* ist es heute meistens möglich, einen akuten Drehschwindel-Anfall mit Antiemetika symptomatisch zu kupieren. Auf der Grundlage einer guten Aufklärung können die meisten Patienten sich selbst effektiv auf einen »jederzeit« möglichen Anfall vorbereiten. Die Aussicht – auch für etwas Unvorhergesehenes – möglichst gut gewappnet zu sein, schafft Sicherheit, stärkt die Eigenkompetenz und vermindert die Erwartungsangst und das Gefühl des Ausge-

Tabelle 5

Anhaltspunkte zur Differenzierung zwischen einem innenohrbedingten und einem eher psychogenen Schwindel		
	Innenohrbedingter Schwindelanfall	Psychogener Schwindelzustand
Erkennen aus Betroffenensicht		
<ul style="list-style-type: none"> - Fixieren eines festen Gegenstands - Heftiges Auftreten - Vertraute Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht möglich - Nicht möglich, führt zu (erneutem) Umfallen - Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel 	<ul style="list-style-type: none"> - Möglich - Bessert das Schwindelerleben, führt zu mehr Standfestigkeit - Kann das Schwindelerleben deutlich bessern
Ärztliche Diagnostik		
<ul style="list-style-type: none"> - Nystagmus - Beschreibung des Schwindels - Audiogramm - Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhanden (Frenzelbrille) - Drehschwindel, der Raum bewegt sich um den Menschen - Wiederholte Tieftonverluste und -schwankungen häufig - Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht vorhanden - Vielfältig, dauerhaft, tagelang, immer ... - Ohne Änderung - Angst und Panik meist im Vordergrund

liefertseins. Wichtige Elemente können dabei sein:

1. Das Mitführen von antiemetischen Suppositorien, um einen Anfall kupieren zu können.
2. Eine »Hilfe-Karte«, die Betroffene in ihrem Schwindel als Kranke und nicht etwa als Betrunkene ausweist und um Unterstützung bittet (Abb.).
3. Eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt.
4. Technische Hilfsmittel wie ein Mobiltelefon.

Dabei muss dem Arzt dennoch nicht die Information über die diagnostisch wichtigen Nystagmen vorenthalten bleiben, etwa, wenn die Kamera-Funktion des Mobiltelefon vom Patienten oder Begleitern genutzt wird, um die Augenbewegungen im Anfall aufzuzeichnen.

Antiemetika als Suppositorien sind meist genauso schnell wirksam wie ein Notarzt eintreffen kann. Bei nicht-suchtgefährdeten Patienten kann man etwa Tavor® expidet als sublingual schnell resorbierbares und hochwirksames Diazepam für den Bedarfsfall



Abb.: Die »Hilfe-Karte«

verordnen. Dies ist aber kontraindiziert, wenn Patienten »unaufgeklärt« oder unfähig sind, zwischen Angst und M. Menière zu unterscheiden und das Medikament schon bei einem Anflug von Schwindel nehmen.

Ausgleich des Hörverlusts

Der meist voranschreitende Hörverlust sollte versorgt werden. Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar meist »alltagstauglich« kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens. Hier können apparative Hilfen von auf den Tieftonverlust eingestellten Hörgeräten über

eine CROS-Hörgeräte-Versorgung bis zum Cochlear-Implantat deutliche Besserungen erbringen.

Behandelt werden kann gegebenenfalls auch das Leiden an dem für Schwindelpatienten teilweise besonders quälend empfundenen Tinnitus (12).

Ausschaltung der Schwindelkomponente

Wenn der organisch-bedingte Schwindel das Leben und die Berufsfähigkeit relevant in Frage stellt, kann dieser meist »sicher« ausgeschaltet werden. Der »hohe Preis« kann der (vorzeitige) Verlust des Hörvermögens sein. Dabei hängt die Entscheidung zum Beispiel für eine Behandlung mit einer intratympanalen Gentamycingabe unter anderem mit der Gefährdung der auditiven Labyrinthfunktion, von vielen jeweils abzuwägenden Faktoren ab (12). Soll oder muss die Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben, ist die Indikation zu einer hörgefährdenden Maßnahme weiter zu stellen als bei Patienten, die schon im Ruhestand sind und glauben, ihre Anfälle verkraften zu können.

Tabelle 6

Behandlung des Morbus Menière

Stadiengerechte Behandlung	Günstig für Menière-Patienten	Eher Ungünstig
Bei der Diagnosestellung	Diagnose auf möglichst sicherer Basis unter Abwägung der Differenzialdiagnosen und Verwendung spezieller neurootologischer Diagnostik (vor allem die Migräne)	Verdachtsdiagnosen ohne ausreichende Gewissheit stellen
Zu Beginn nach der Diagnose	Nachvollziehbare Aufklärung, Hinweis auf Literatur und Selbsthilfegruppen	Da kann man nichts machen
Im Verlauf der Erkrankung	Bei allem Realismus ein Stück berechnete Hoffnung und vor allem angemessene Begleitung	Einen schicksalhaften Weg in die Taubheit und den beidseitigen Gleichgewichtsausfall prognostizieren
Bei Ausweitung des Hörverlusts	Hörgeräte anpassen lassen, auch zum Erhalt des Richtungshörens	Warten »bis zur stabilen Hörschwelle«
Bei Ausweitung der Angstkomponente	Aufklärung, Hinzuziehen psychotherapeutischer Unterstützung, Antidepressiva	»Bin ich nicht zuständig«
Bei Ausweitung der Schwindelkomponente	Möglichkeit der sicheren Ausschaltung (intratympanales Gentamycin), Neurektomie des N. vestibularis	Wirkungslose chirurgische Eingriffe mit immer wieder enttäuschten Hoffnungen

Therapie der Begleiterkrankungen

Ein Drittel der Schwindelattacken im Laufe eines Menièreschen Leidens sind am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwindel (BPLS) bedingt (19). Wichtig ist daran zu denken und sie – gegebenenfalls wiederholt und meist erfolgreich – zu therapieren.

Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen ebenso wie der reaktiv-psychogene Schwindel. Hier sollten Fachkollegen hinzugezogen werden, die bei diesem Krankheitsbild auf die Unterstützung des HNO-Arzttes bauen dürfen. Antidepressiva können dabei durchaus sinnvoll sein. Diese sollten vom ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychiater für die spezielle Situation angepasst werden.

Wegen ihres Suchtpotenzials muss – abgesehen von der Notfallbehandlung – von Sedativa und Tranquilizern dringend abgeraten werden (Tab. 6).

Was kann dem HNO-Arzt helfen?

Hilfreich für Ärzte können dabei sogenannte Balintgruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten, die im Schwindel an Sicherheit verlieren kann, gespiegelt wird. Über ein darin geübtes psychosomatisches Verständnis wird es dann auch möglich, sich selbst nicht »beschwindelt« zu fühlen, wenn der Patient den für Außenstehende offensichtlichen Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen kann.

Fazit für die Praxis

Der Umgang mit Morbus-Menièr-Patienten stellt für den HNO-Arzt nach wie vor eine Herausforderung dar. Der HNO-Arzt ist der erste Ansprechpartner, der den organischen Anteil der Erkrankung sicher beurteilen kann. Günstig bei dieser wiederholt anfalls-

artigen Schwindelerkrankung ist eine verlässliche Begleitung und Betreuung des Patienten, insbesondere zur Prophylaxe des sich oft reaktiv einstellenden psychogenen Schwindels.

Literatur

1. Anderson JP, Harris JP (2001): Impact of Meniere's disease on quality of life. *Otol Neurotol* 22, 888–894
2. Brandt T, Dieterich M, Strupp M (2012): Vertigo. Leitsymptom Schwindel. 2. Aufl, Steinkopff, Darmstadt
3. Committee on Hearing and Equilibrium (1995): Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 113, 181–185
4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008): Leitlinien der DGN. www.dgn.org/-leitlinien-online.html
5. Eckhardt-Henn A, Tschan R, Best C, Dieterich M (2009): Somatoforme Schwindelsyndrome. *Nervenarzt* 80, 909–917
6. Havia M, Kentala E, Pyykkö I (2005): Prevalence of Meniere's disease in general population of Southern Finland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 133, 762–768
7. Jahnke K (1994): Stadiengerechte Therapie der Menièreschen Krankheit. *Dtsch Arztebl* 91, A428–434
8. James AL, Burton MJ (2001): Betahistine for Meniere's disease syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD001873
9. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, Newman-Toker DE, Strupp M, Suzuki M, Trabalzini F, Bisdorff A (2015): Diagnostic criteria for Meniere's disease. *J Vestib Res* 25 (1), 1–7
10. Plontke SK, Gürkov R (2015): Morbus Menière. *Facharztwissen HNO*. LRO 94, 530–554
11. Rief W, Hiller W (1998): Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. *Hogrefe, Göttingen*, 88
12. Schaaf H (2011): M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. 7. Aufl, Springer, Heidelberg, 222
13. Schaaf H, Haid CT (2003): Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. *Dtsch Arztebl* 13, 853–857
14. Schaaf H, Holtmann H, Hesse G, Kolbe U, Brehmer D (1999): Der (reaktive) psychogene Schwindel – eine wichtige Teilkomponente bei wiederholten M. Menière-Anfällen. *HNO* 47, 924–932
15. Schaaf H, Hesse G (2007): Sind rezidivierende Tiefton-Hörverluste – ohne Schwindel – die Vorstufe eines M. Menière? Eine (Nach) Längsschnittuntersuchung nach 4 und nach 10 Jahren. *HNO* 55, 630–637
16. Savastano M, Maron MB, Mangialaio M, Longhi P, Rizzardo R (1996): Illness behaviour, personality traits, anxiety, and depression in patients with Meniere's disease. *J Otolaryngol* 25 (5), 329–333
17. Staab J (2006): Assessment and management of psychological problems in the dizzy patient. *Continuum* 12 (4), 189–213
18. Staab J (2012): Chronic Subjective Dizziness. *Continuum* 18 (5), 1118–1141
19. Taura A, Funabiki K, Ohgita H, Ogino E, Torii H, Matsunaga M, Ito J (2014): One-third of vertiginous episodes during the follow-up period are caused by benign paroxysmal positional vertigo in patients with Meniere's disease. *Acta Otolaryngol* 134 (11), 1140–1145
20. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ (2015): Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Meniere's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol* 36 (5), 854–861
21. Westhofen M (2009): M. Menière. Evidenzen und Kontroversen. *HNO* 57 (5), 446–454
22. Wirth W (2000): Psychologische Möglichkeiten bei Schwindel. *Tinnitus-Forum* 4, 19–22

Anschrift des Verfassers:
 Dr. med. Helmut Schaaf
 Tinnitus Klinik Dr. Hesse
 Große Allee 50
 34454 Bad Arolsen
 E-Mail hschaaf@tinnitus-klinik.net

CME-Fragen zu »Morbus Menière«

1. Was trifft entlang der Klassifikation der »American Academy« (1995) und des Klassifikationsvorschlags der Barany-Gesellschaft (2015) zu?

- A Ein M. Menière ist meist im Verlauf der Erkrankung zu sichern.
- B Für einen an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit eines M. Menière reicht ein Schwindelanfall von mindestens 20 Minuten Dauer mit einem audiometrisch-dokumentierten Hörverlust aus.
- C Wahrscheinlich ist es ein M. Menière, wenn Patienten über wiederholte Schwindelanfälle berichten.
- D Die Diagnose eines definitiven M. Menière basiert auf klinischen Kriterien und setzt die Beobachtung von wiederholtem Drehschwindel mit – durch Audiogramme – dokumentierte Tieftonverlusten (über 30 dB zwischen 250 und 2.000 Hz) sowie schwankende Ohrsymptome (Hören, Tinnitus, Ohrdruckgefühl) in dem betroffenen Ohr voraus.
- E Die Klassifikation der »American Academy« in der Version von 1995 hat für die Evaluation von Therapieergebnissen keine Bedeutung.

2. Was ist richtig?

- A Liegt eine Hörstörung, Drehschwindel und Tinnitus vor, handelt es sich meistens um einen M. Menière.
- B Zwingend für einen M. Menière ist das Vorliegen einer Innenohrerkrankung, die mit einem Endolymphhydrops einhergeht.
- C Der Menièreanfall ist auch durch eine Lagerung auslösbar.
- D Menièreanfälle imponieren immer als Drehschwindel.
- E Menièreanfälle sind meist von Hochtoneinbußen begleitet.

3. Was ist richtig?

- A Der M. Menière entwickelt schicksalhaft eine beidseitige Ertaubung.
- B Der M. Menière endet mit oder ohne Gentamycinaus-schaltung mit einer bilateralen Vestibulopathie.
- C Die Patienten können gut organische und psychogene Anfälle unterscheiden.
- D Ein Großteil der im Verlauf auftretenden Schwindelanfälle sind durch einen Lagerungsschwindel bedingt und therapierbar.
- E Die üblichen Differenzialdiagnosen stellen den HNO-Arzt vor keine große Herausforderung.

4. Für die Therapieperspektive trifft nicht zu:

- A Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen, ebenso wie der reaktiv-psychogene Schwindel.
- B Bei Angst- und Depressionsentwicklungen im Rahmen eines M. Menière sollten möglichst keine Psychotherapeuten hinzugezogen werden, da die Patienten sich sonst organisch nicht ernst genommen fühlen.
- C Antidepressiva können sinnvoll sein.
- D Günstig ist meist die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen.
- E Hilfreich für Ärzte können dabei sogenannte Balintgruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten gespiegelt wird.

5. Was ist falsch?

- A Alle attackenweise auftretenden progredienten Funktionseinschränkungen des Innenohrs gehen mit Hydropsereignissen einher.
- B Der endolymphatische Hydrops stellt die organische Endstrecke eines M. Menière dar.
- C Bei wiederholten Schwindelattacken können reaktiv-psychogene Schwindelformen, depressive Verläufe und Angsterkrankungen hinzukommen.
- D Der Menièreanfall kann als akute Permeabilitätsstörung der Innenohrschranken interpretiert werden.
- E Hydropsereignisse werden auch ohne Schwindelattacken beobachtet.

6. Was trifft nicht zu: Reaktiver psychogener Schwindel

- A Ein wichtiger Faktor für die anhaltende Angst bei Menière-Patienten ist die Unvorhersehbarkeit des Anfallgeschehens.
- B Beim psychogenen Schwindel fehlen der für die innenohrbedingte Menière-Attacke typische Nystagmus sowie Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung.
- C In der Regel sind es die beim organisch-bedingten Schwindel erlebten vegetativen Begleitreaktionen und die oft heftigen Angstgefühle, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung dienen.
- D Psychogene Schwindelempfindungen werden nicht durch real innenohrbedingte Drehschwindelattacken verstärkt.
- E Die Situationen, in denen es dabei meist zu klassischen Konditionierungs-Vorgängen kommen kann, werden in der Regel nicht bewusst wahrgenommen.

CME-Fragen zu »Morbus Menière«

7. Welche Aussage ist falsch? Aufrechterhaltende Faktoren für einen reaktiv psychogenen Schwindel können sein:

- A Eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungs-kompetenzen.
- B Erlebte Hilflosigkeit.
- C Ein Vermeidungsverhalten, das aus der Angst und Unsicherheit vor neuen Anfällen heraus entstehen kann.
- D Psychische Vorerkrankungen.
- E Günstige Grundannahmen (etwa: »Ich schaffe das trotzdem«).

8. Was trifft bei den Differenzialdiagnosen des M. Menière nicht zu?

- A Typische Auslöser eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) sind das Umdrehen, Hinlegen und Aufrichten im Bett sowie die Neigung des Kopfs nach hinten oder vorn.
- B Die nach Epley und Semont benannten Manöver führen beim BPLS nach einmaliger Anwendung bei den meisten Patienten zu Beschwerdefreiheit.
- C Der BPLS ist ein Vorbote des M. Menière.
- D Nur die 10–13% der Menschen mit Endolymphschwankungen entwickeln einen M. Menière.
- E Viele Patienten mit rezidivierenden Hörverlusten können in Erwartung eines Menière-Geschehens einen psychogenen Schwindel bekommen.

9. Für die Therapie des Morbus Menière trifft nicht zu:

- A Beim M. Meniere befindet sich die Therapiesicherheit bei den konservativen Maßnahmen auf einem sehr niedrigen Evidenzniveau.
- B Die Entscheidung zwischen den möglichen konservativen und invasiven Modalitäten der Behandlung sollte der Arzt auch von der zu erwartenden Belastung für den Patienten abhängig machen.
- C Solange noch ein Hörvermögen im Sprachbereich vorliegt, macht eine Hörgeräteversorgung bei Menière-Patienten wegen des potenziell schwankenden Hörvermögens keinen Sinn.
- D Beeinträchtigt der – innenohrbedingte! – Schwindel öfter als zweimal die Woche erheblich den Patienten und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch destruktive Maßnahmen in Betracht.
- E Tumarkin-Krisen können – meist im Spätstadium der Erkrankung – hinzukommen.

10. Was trifft nicht zu? Interaktion zwischen Arzt und Menière-Patient:

- A Diagnostische Unsicherheit und unklare Schwindelbeschwerden können beim Behandler Abwehr und viele verschiedene, oft ambivalente Gefühle auslösen.
- B Spüren die Behandler den Druck der Patienten, auf jeden Fall »etwas« zu tun, kann dieser Druck so groß empfunden werden, dass der Arzt versucht, auch dann »etwas« zu tun, wenn die Mittel seines Fachgebiets nicht die geeigneten sind.
- C Der Unterschied zwischen organischen und psychogenen Schwindelformen spielt für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung keine Rolle.
- D Enttäuschte Hoffnung kann eine ernsthafte Nebenwirkung sein.
- E Balintgruppen können Ärzten helfen, die Arzt-Patienten-Beziehung zu gestalten.

11. Für die Therapieperspektive trifft nicht zu:

- A Ist es sinnvoll und angstreduzierend, Menière-Betroffenen zu helfen, sich mit ihrer Krankheit vertraut zu machen.
- B Der M. Menière ist eine Todes- oder Vernichtungs-Diagnose.
- C Hilfreich ist es, sich selbst auf einen eventuellen weiteren Anfall vorzubereiten.
- D Antiemetika als Suppositorien sind meist genauso schnell wirksam, wie ein Notarzt eintreffen kann.
- E Für den langfristigen Verlauf ist es wichtig, dass die Betroffenen lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem innenohrbedingten Schwindel unterscheidet.

