

Inleiding

U hebt zojuist een volledig NKO-onderzoek met aansluitend evenwichts-onderzoek gehad, waaruit is gebleken dat U lijdt aan de Ziekte van Ménière. In deze brochure proberen we aan een aantal van U vragen tegemoet te komen.

Het evenwichtsorgaan

Om inzicht te krijgen in de oorzaak van uw klachten ziet u hieronder een tekening van het evenwichtsorgaan.

Ziekte van Ménière

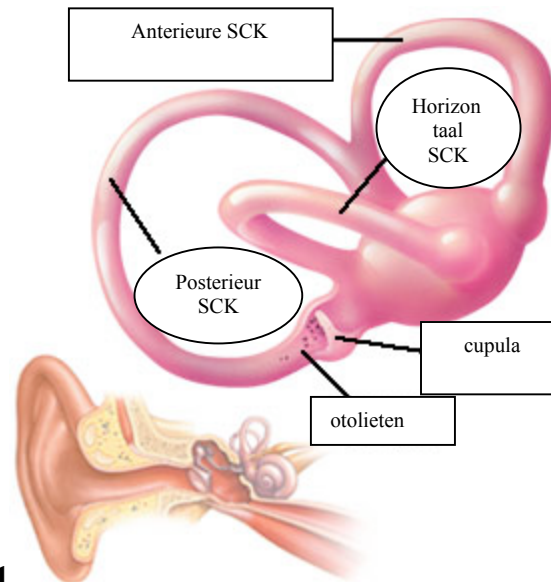


fig.1

Het evenwichtsorgaan bestaat uit drie loodrecht op elkaar staande (semicirculaire kanalen of SCK) kanalen, namelijk

anterieure, horizontale en posterieure semicirculaire kanalen. Onder deze kanalen zijn er 2 bolvormige uitstulpingen, de sacculus en de utriculus, die gevuld zijn met otolieten of gehoorsteentjes, vandaar dat beiden samen ook de otolietorganen genoemd worden. (zie figuur 1 & 2).

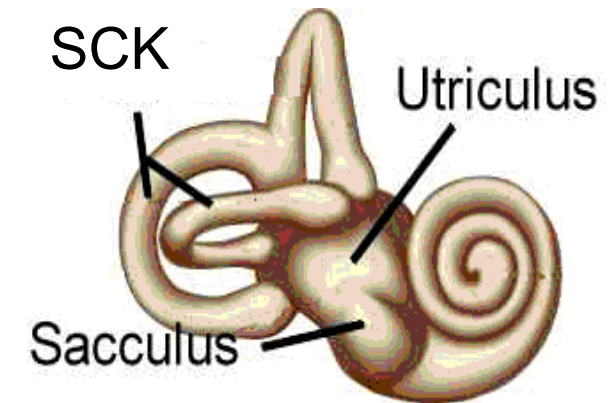


fig. 2

De kanalen worden geprikkeld door draaiende bewegingen, denken we maar aan kermisattracties. De otolietorganen zijn gevoelig voor zwaartekrachtbewegingen en voor bewegingen van links naar rechts en van boven naar onder.

Wat is de ziekte van Ménière?

De ziekte van Ménière werd voor het eerst beschreven in 1861 door Prosper Ménière. Het is een aandoening die zich kenmerkt door aanvallen van draaiduizeligheid, gehoorsdaling en tinnitus of oorsuizen. Deze aandoening komt bij ongeveer 1 op 1000 mensen voor. Mannen en vrouwen worden in dezelfde mate getroffen, maar blanken worden frequenter aangetast. De aandoening kan beperkt blijven tot 1 oor. Bij meer dan 40% van de patiënten echter treft de ziekte vroeg of laat beide oren. Meestal treden de eerste symptomen van de ziekte op tussen de 20 en 50 jaar, maar een zeldzame keer wordt het ook bij kinderen gezien.

Ontstaansmechanisme

De exacte oorzaak van de ziekte van Ménière is tot op de dag van vandaag nog onvolledig opgehelderd. In 1938 werd reeds de theorie van de "endolymfatische hydrops" of de "gestoorde vochthuishouding van het binnenoor" naar voor geschoven. Tegenwoordig denkt men meer en meer dat de ziekte van Ménière een multifactoriële aandoening is. Dit betekent dat er verschillende elementen zijn die bijdragen tot de aandoening zoals anatomische afwijkingen van het oor, genetische voorbeschiktheid, stoornissen in het immuunstelsel, virussen en aandoeningen van de bloedsomloop (Migraine). In welke mate die verschillende elementen belangrijk zijn en welke rol ze spelen in het uitlokken van de symptomen is nog onduidelijk.

Symptomen

Klinisch worden er 3 stadia onderscheiden. In het beginstadium van de aandoening staan vooral de aanvallen van draaiduizeligheid op de voorgrond. Deze gaan meestal gepaard met misselijkheid of braken en soms ook met vagale reacties zoals bleek worden en zweten. Verlies van het bewustzijn treedt niet op. Een volheids- of drukgevoel in het oor of langs 1 zijde van het hoofd kan deze episode, die 20 minuten tot een aantal uren kan duren, voorafgaan. Tijdens en na de aanval is het gehoor gedaald. Doorgaans herstelt het gehoor zich na de aanval. Het gehoorverlies is dus fluctuerend of schommelend. In de periode tussen de aanvallen in kan het dus voorkomen dat er geen afwijkingen bij onderzoek worden gevonden.

Naarmate de aandoening verder evolueert, wordt ook het gehoorverlies duidelijker. De frequentie en ernst van de aanvallen van draaiduizeligheid bereiken een maximum om dan geleidelijk aan te minderen.

Het laatste stadium kenmerkt zich door een progressieve toename van het gehoorverlies, dat nu niet meer fluctueert, maar constant aanwezig is. Beide oren kunnen worden aangetast, waardoor ernstige slechthorendheid kan ontstaan. De aanvallen van draaiduizeligheid verdwijnen uiteindelijk maar vaak treden er klachten op van onvastheid, voornamelijk in het donker.

Behandeling

De behandeling van de ziekte van Ménière is gebaseerd op ervaring en niet op harde wetenschappelijke argumenten. Genezing in de strikte zin van het woord is vaak (nog) niet mogelijk. Redenen hiervoor zijn de nog niet echt goed gekende oorzaken, alsook het hardnekkige en terugkerende karakter van de aandoening. Bovendien verdwijnt de vertigo(duizeligheid) bij ongeveer 70% van de patiënten ook spontaan na verloop van tijd.

- *Behandeling van de duizeligheidsklachten*
 - Conservatieve maatregelen

De behandeling begint met een correcte uitleg over de aard en de evolutie van de aandoening. We weten dat vermoeidheid en stress aanvallen kunnen uitlokken. De patiënt wordt dan ook geadviseerd om stress te mijden en voldoende rust te nemen. Soms is het opnieuw opnemen van een hobby zinvol. Sporten wordt aangeraden. Er wordt ook voedingsadvies gegeven: alle opwekkende dranken (koffie, cola, zwarte thee) mogen slechts met mate worden genuttigd, er wordt ook geadviseerd om matig te zijn met alcohol en de zoutinname te beperken.

In bepaalde omstandigheden kunnen geneesmiddelen aangewezen zijn. Zo kan een acute aanval onderdrukt worden door kalmerende medicatie en medicijnen tegen misselijkheid en braken.

Wanneer er een voorgeschiedenis van migraine is kunnen ook antimigraineuze middelen worden geprobeerd.

Bij ernstige unilaterale vormen van de ziekte van Ménière wordt gentamycine (antibioticum) lokaal in het oor ingebracht. Na één tot maximaal drie inspuitingen in het oor verdwijnen in bijna alle gevallen de aanvallen van draaiduizeligheid. Het gehoor en het oorsuizen verbeteren normaal niet.

- Heelkundige behandeling

Bij _ van de patiënten blijven er, ondanks medicatie, ernstige episodes van duizeligheid bestaan. Door de komst en het succes van de gentamycine inspuitingen zijn er vandaag de dag nog zelden gevallen waar heelkunde nodig is.

Heelkunde van de endolymfatische zak kan worden toegepast bij patiënten met een nog bruikbaar gehoor.

Een andere, echter niet zonder risico, toegepaste ingreep is het doorsnijden van de evenwichtszenew. De bedoeling is het evenwichtsapparaat uit te schakelen met behoud van het gehoor. Beheersing van de duizeligheid is met deze techniek mogelijk bij 90-95% van de patiënten.

Het chirurgisch wegnemen van het labirynth is aangewezen bij patiënten met ernstige evenwichtsklachten en met een slecht of niet bruikbaar gehoor. Deze ingreep heeft een volledig gehoorverlies aan het geopereerde oor tot gevolg. Het gevaar bestaat dat bij verderschrijden van de aandoening, ook het andere oor het laat afweten, wat kan leiden tot een volledige doofheid.

- *Aanpak van de slechthorendheid*

Waar in het begin van de aandoening vooral de aanvallen van draaiduizeligheid op de voorgrond staan, zal de patiënt in de eindfase van zijn ziekte vooral sterk gehinderd worden door de slechthorendheid. Niet alleen hoort de patiënt slechter, vaak is er een vervorming van het geluid waardoor het verstaan van de spraak sterk bemoeilijkt wordt. Het aanpassen van een hoortoestel kan enige verbetering geven maar door de fluctuaties van het gehoor en de sterke vervorming zijn de resultaten meestal matig.

Cochleaire implantatie kan toegepast worden bij patiënten in het eindstadium van bilaterale ziekte van Ménière. De resultaten zijn over het algemeen zeer goed