

# Ziekte van Ménière

De ziekte van Ménière wordt gekenmerkt door een combinatie van drie klachten: aanvallen van draaiduizelingen, slechthorendheid en oorsuizen. Pas als al deze symptomen allemaal aanwezig zijn en er geen andere oorzaak voor deze klachten aanwijsbaar is, wordt de diagnose “echte” ziekte van Ménière gesteld. Het was de Franse arts Prosper Ménière die in 1861 deze combinatie van klachten voor het eerst beschreef.

Aanvallen van draaiduizelingen

In het algemeen verstaat men onder duizeligheid veel verschillende klachten. Deze zijn onder anderen: draaien met neiging tot omvallen, knikkende knieën, zwart worden voor de ogen, zweven, een gevoel van dronkenschap, lichtheid of juist zwaarte in het hoofd, flauw vallen.



Bij de ziekte van Ménière treden vooral in het beginstadium plotseling aanvallen op van draaiduizeligheid met valneiging. Meestal gaan deze aanvallen gepaard met misselijkheid, braken, bleek zien en koud zweet.

Tijdens deze aanvallen, die meestal enkele uren in beslag nemen, is het niet meer mogelijk de normale werkzaamheden te verrichten. De meeste mensen gaan naar bed wanneer zo'n aanval optreedt. Na een nacht slapen voelt men zich weer wat beter. Niet iedere aanval is even zwaar. Sommige aanvallen duren slechts enkele minuten en niet iedereen hoeft over te geven tijdens een aanval.

Het is niet te voorspellen of en wanneer zich weer een aanval voordoet. Tussen de aanvallen door kan de patiënt helemaal

vrij zijn van duizeligheid; soms echter blijft hij/zij licht in het hoofd, onzeker, zweverig of heeft een “dronken” gevoel.

### Slechthorendheid

In aansluiting op de eerste aanval, maar soms later, ontstaat gehoorverlies, aanvankelijk vrijwel altijd eenzijdig. Het gaat om een zogenaamde perceptieslechthorendheid. Meestal begint het gehoorverlies in de lage tonen. In de loop van de tijd kan ook het verstaan van spraak minder makkelijk worden. Vooral in het begin van de ziekte kan de ernst van de slechthorendheid nogal wisselen. In een enkel geval ontstaat gehoorverlies aan beide oren. Sommige mensen hebben last van vervorming van geluid. Geluid kan ook als te hard of onaangenaam ervaren worden.

### Oorsuizen

De patiënt heeft last van oorsuizen. Eigenlijk is de benaming “oorsuizen” niet altijd juist: het geluid in het oor is lang niet altijd suizend van karakter maar kan brommend, dreunend of fluitend zijn. Bovendien lokaliseren sommige mensen het gehoorde lawaai niet in het oor maar in hun hoofd. Meestal is het oorsuizen het ergst tijdens en vlak na een duizeligheidsaanval.

### Drukgevoel

Vele patiënten klagen ook over een drukgevoel of een vol, verstopt gevoel in het oor. Vaak gaat dit gevoel vooraf aan een aanval.

Wanneer op basis van uw klachten aan de ziekte van Ménière wordt gedacht, is verder onderzoek nodig. Ten eerste wordt door de KNO-arts het gehoor getest, daarna kan eventueel een evenwichtsonderzoek worden verricht. Soms is het belangrijk bloedonderzoek te laten uitvoeren. Ook kan het nodig zijn onderzoek te doen naar het functioneren van de gehoorzenuw (BERA) of foto's te maken met behulp van röntgenonderzoek (CT-scan) of MRI-scan van het slakkenhuis en de gehoorzenuw. Zo nodig wordt een neuroloog of internist geraadpleegd.

De klachtencombinatie aanvalsgewijze draaiduizeligheid, gehoorverlies en oorsuizen zonder andere aantoonbare oorzaak leidt dan tot het stellen van de diagnose "ziekte van Ménière".

Ondanks jaren van uitgebreid onderzoek, ook in ons land, is nog steeds niet bekend wat nu de precieze oorzaak van de ziekte is. Waarschijnlijk is sprake van ophoping (hydrops) van endolymfe, de vloeistof die zich in de binnenste ruimte van het slakkenhuis bevindt. Een scheurtje in de dunne wand tussen deze (endolymfatische) ruimte en de ruimte erom heen (gevuld met de vloeistof perilymfe) leidt tot vermenging van deze vloeistoffen en kan een aanval geven.

De oorzaak van deze hydrops is nog onbekend. Er wordt op dit moment veel onderzoek naar de ziekte van Ménière gedaan.

Stress en drukte veroorzaken de ziekte niet, maar kunnen deze wel negatief beïnvloeden. Overbelasting kan leiden tot het opnieuw actief worden van de ziekte. Het is opvallend dat veel patiënten met de ziekte van Ménière blootstaan aan stress en drukte. Niet zelden zijn het perfectionisten met een karakter gekenmerkt door zorgvuldigheid, ijver en plichtsbesef. Zij stellen hoge eisen aan zichzelf en aan hun omgeving.

Hoe ontstaat een Ménière-aanval?

Het binnenoor (slakkenhuis) bestaat uit drie compartimenten, die gevuld zijn met vloeistof. Het bovenste en onderste bevatten Perilymfe (P), het middelste Endolymfe (E). Deze vloeistoffen zijn verschillend van samenstelling. Middelste en bovenste compartiment zijn gescheiden door een dun vlies, de membraan van Reisner (M).

1. In het middelste compartiment, de scala media of ook wel de endolymfatische ruimte, zit het eigenlijke gehoororgaan, het orgaan van Corti. De scala media is ook verbonden met het evenwichtsorgaan. Veranderingen in de endolymfatische ruimte beïnvloeden dus zowel het gehoor als het evenwicht.

2. Om nog steeds niet bekende redenen kan er in de scala media een overproductie van endolymfe optreden. Daardoor komt de membraan van Reisner onder spanning te staan en gaat dan uitpuilen. Vermoedelijk ontstaat hierdoor ook het drukgevoel, waarover veel patiënten klagen, voorafgaand aan een aanval.

3. Als de membraan teveel wordt uitgerekt, kan hij scheuren. Daardoor raken endolymfe en perilymfe met elkaar vermengd, waardoor van beide vloeistoffen de samenstelling verandert. Het orgaan van Corti en het evenwichtsorgaan raken dan allebei in de war. Daardoor ontstaan gehoorverlies en oorsuizen (in het gehoororgaan) en duizeligheid (in het evenwichtsorgaan). Er treedt een Ménière-aanval op.

4. Door de scheur in de membraan verdwijnt de spanning in het binnenoor. Omdat de membraan elastisch is, neemt hij vrij snel zijn oude stand weer aan. Het scheurtje geneest met een klein litteken en de beide vloeistoffen krijgen in enkele dagen weer hun oorspronkelijke samenstelling. De aanval gaat geleidelijk over, maar er blijft nog vrij lang een onzeker gevoel bestaan.

Waaruit bestaat de behandeling?

Daar de oorzaak van de ziekte van Ménière niet bekend is, is er nog geen afdoende behandeling.

– In Nederland en in de meeste Europese landen bestaat de behandeling in de eerste plaats uit het aanpassen van de levensstijl. Het is van belang dat u grote spanningen probeert te vermijden. Maakt u zich verder niet te druk. Trek als het ware op tijd aan de handrem. Dit is natuurlijk makkelijker gezegd dan gedaan. Uw KNO-arts of uw huisarts kan u misschien hierbij helpen.

– In de tweede plaats kan uw KNO-arts u medicijnen voorschrijven. Er zijn verschillende medicijnen beschikbaar om de duizeligheid te voorkomen of te bestrijden. Het zal van de situatie en de patiënt afhangen voor welk middel gekozen wordt.

– Soms kan geprobeerd worden om met een hoortoestel het gehoorverlies te verhelpen of het oorsuizen te maskeren. Dit kan overigens moeilijk zijn omdat de versterkte geluiden al

snel als te hard en onaangenaam worden ervaren.

– Sommige patiënten kunnen worden geholpen met een zogenaamde prismabril, een bril met speciale glazen.

– In het algemeen is men er in ons land niet van overtuigd dat de ziekte van Ménière met een operatie te verhelpen is.

– Tenslotte moet niet alleen u, maar ook uw naaste omgeving accepteren dat u de ziekte van Ménière heeft. Niemand – u, uw partner, uw gezin en uw werkomgeving – is er bij gebaat als u te veel hooi op uw vork neemt. Begrip voor uw situatie komt niet vanzelf, goede communicatie is daarvoor noodzakelijk.

Hoe is het beloop van de ziekte van Ménière?

In het begin staat vooral de angst voor een volgende duizeligheidsaanval op de voorgrond. Later speelt de slechthorendheid een grotere rol, vooral als beide oren aangedaan zijn. In het algemeen wordt het gehoor op den duur slechter, terwijl de duizeligheidsaanvallen in de loop van de jaren verdwijnen. De ziekte van Ménière komt eigenlijk altijd tot rust, al kan dit geruime tijd duren.

*(Bron: [www.kno.nl](http://www.kno.nl))*