 ● hoofd, hals en zenuwstelsel
Universitair Ziekenhuis Gent



Ziekte van Ménière

Inhoud

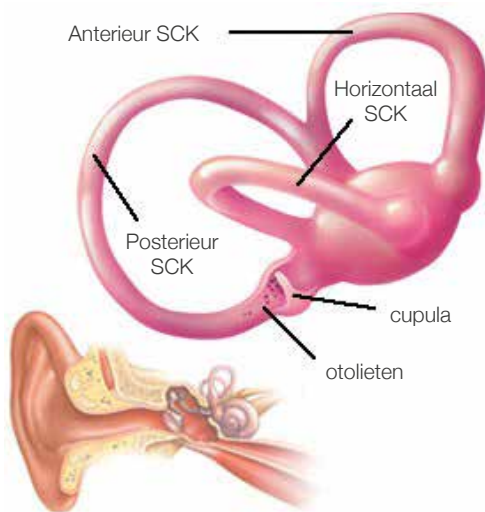
01	Inleiding	03
02	Het evenwichtsorgaan	03
03	Wat is de ziekte van Ménière?	04
04	Ontstaansmechanisme	04
05	Symptomen	05
06	Behandeling algemeen	06
07	Behandeling van de duizeligheidsklachten	06
08	Behandeling van de slechthorendheid	07

01. Inleiding

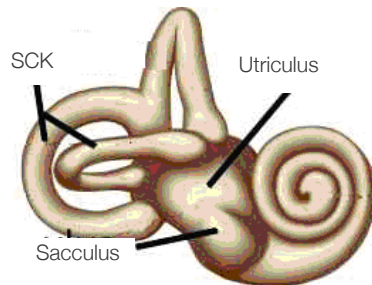
Uit het neus-, keel- en ooronderzoek en evenwichtsonderzoek blijkt dat u lijdt aan de ziekte van Ménière. In deze folder leest u meer over de aandoening en de mogelijke behandelingen.

02. Het evenwichtsorgaan

Het evenwichtsorgaan bestaat uit drie loodrecht op elkaar staande (semicirculaire of SCK) kanalen, namelijk anterieure, horizontale en posterieure semicirculaire kanalen. Onder deze kanalen zijn er twee bolvormige uitstulpingen: de sacculus en de utriculus. Die zijn gevuld met otolieten of gehoorsteentjes. Samen worden ze de otolietorganen genoemd.



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



03. 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, gehoordaling en tinnitus of oorsuizen.

De aandoening komt bij ongeveer 1 op de 1.000 mensen voor. Mannen en vrouwen worden in dezelfde mate getroffen. Blanken hebben er meer last van dan niet-blanken.

De klachten kunnen beperkt blijven tot één oor. Maar bij meer dan 40 procent van de patiënten treft de ziekte vroeg of laat beide oren. Meestal treden de eerste symptomen van de ziekte op tussen de leeftijd van 20 en 50 jaar. Soms komt de aandoening ook bij kinderen voor.

04. Ontstaansmechanisme

De exacte oorzaak van de ziekte van Ménière is tot vandaag nog niet volledig opgehelderd. In 1938 werd reeds de theorie van de endolymfatische hydrof of de gestoorde vocht huishouding van het binnenoer naar voor geschoven.

Tegenwoordig denken wetenschappers meer en meer dat de ziekte van Ménière een multifactoriële aandoening is. Dit betekent dat er verschillende elementen zijn die bijdragen tot de aandoening: 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 bij het uitlokken van de symptomen is nog onduidelijk.

05. Symptomen

We onderscheiden drie klinische stadia:

Beginstadium

In het beginstadium treden vooral aanvallen van draaiduizeligheid op. Die gaan meestal gepaard met misselijkheid of braken en soms ook met vagale reacties zoals bleek worden en zweten. Er treedt geen bewustzijnsverlies op.

De episode van draaiduizeligheid kan 20 minuten tot een aantal uur duren. Soms wordt ze voorafgegaan door een volheids- of drukgevoel in het oor of langs één kant van het hoofd.

Tijdens en na de aanval is het gehoor gedaald. Doorgaans herstelt het gehoor zich na de aanval. Het gehoorverlies schommelt. Het kan gebeuren dat er bij een onderzoek in de periode tussen de aanvallen geen afwijkingen worden gevonden.

Verdere evolutie

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

Laatste stadium

In het laatste stadium neemt het gehoorverlies progressief toe: het schommelt niet meer maar is er constant. 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.

06. Behandeling algemeen

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. Daar zijn verschillende redenen voor:

- ✓ de oorzaken zijn nog niet echt goed gekend,
- ✓ de aandoening heeft een hardnekkig en terugkerend karakter
- ✓ de duizeligheid (vertigo) verdwijnt bij 70 procent van de patiënten ook spontaan na verloop van tijd.

07. Behandeling van de duizeligheidsklachten

Niet-heelkundige behandeling

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. We adviseren dan ook om stress te vermijden en voldoende rust te nemen. Soms is het zinvol om (opnieuw) een hobby op te nemen. Ook sport kan helpen.

We geven ook voedingsadvies: opwekkende dranken (koffie, cola, zwarte thee) mag u slechts af en toe drinken. Wees ook zuinig met alcohol en zout.

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

Als u een voorgeschiedenis heeft van migraine, kunnen we ook antimigraine-medicatie uitproberen.

Bij ernstige unilaterale vormen van de ziekte van Ménière brengen we gentamycine (antibioticum) lokaal in het oor in. 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

Een deel van de patiënten blijft ondanks medicatie, ernstige episodes van duizeligheid hebben. Door de komst en het succes van de gentamycine-inspuitingen zijn heelkundige ingrepen vandaag de dag nog zelden nodig. Heelkunde van de endolymfatische zak kan worden toegepast bij patiënten die een nog bruikbaar gehoor hebben.

Een andere ingreep is het doorsnijden van de evenwichtszenew. Deze ingreep is echter niet zonder risico. De bedoeling is om het evenwichtsapparaat uit te schakelen met behoud van het gehoor. Bij 90 tot 95 procent van de patiënten kan de duizeligheid met deze techniek onder controle gehouden worden.

Het labyrint chirurgisch wegnemen 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 het verder evolueren van de aandoening ook het andere oor het laat afweten. De patiënt wordt dan volledig doof.

08. Behandeling van de slechthorendheid

Bij het begin van de aandoening heeft de patiënt vooral last van de draaiduizeligheid, in de eindfase vooral van de slechthorendheid. De patiënt hoort niet alleen slechter, vaak is zijn gehoor ook vervormd. Spraak verstaan wordt dan erg moeilijk.

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.

Dienst Neus-, keel- en oorheelkunde

Ingang 69, route 690

Tel. 09 332 23 32 of

09 332 26 21

Fax 09 332 49 93

nko@uzgent.be

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

UZ Gent

Postadres

De Pintelaan 185

Toegang

C. Heymanslaan 10

B 9000 Gent

T: +32 (0)9 332 21 11

info@uzgent.be

www.uzgent.be

volg ons op 