

Ménièren taudin diagnosointi ja hoito terveyskeskuksessa

Tärkein tieto

- › Ménièren taudin diagnostiikassa anamneesi on ylivoimaisesti tärkein, eikä mikään yksittäinen tutkimustulos tai laboratoriolöydös ole taudin kannalta diagnostinen.
- › Varman Ménièren taudin diagnoosin edellytykset ovat vähintään kaksi tyypillistä 20 minuutista useaan tuntiin kestävää kiertoaiheuttavaa kohtauskohtausta, korvan soiminen tai paineen tunne sekä dokumentoitu kuulon alenema sairaassa korvassa.
- › Muut sairaudet on suljettava pois riittävän luotettavasti erikoispoliklinikalla.
- › Suolan käytön rajoitusta ja stressin vähentämistä voi suositella jokaiselle potilaalle
- › Ensi linjan lääkehoitona ovat beetahistiini, diureetti tai näiden yhdistelmä, ja tähän lääkehoitoon reagoimattomille potilaille intratympanaalinen gentamysiini.

Kiertoaiheuttavaa kohtauskohtausta, kuulon heikkenemistä ja korvien soimista aiheuttavan taudin kuvaasi ensimmäisen kerran ranskalainen korvalääkäri Prosper Ménière vuonna 1861 (1). Hänen mukaansa nimetyn taudin diagnostiikka on edelleenkin muutoksen alainen. Tuoreimmat kansainvälisesti hyväksytyt diagnostiset kriteerit on määritellyt Amerikan korva-, nenä- ja kurkkutautiyhdistyksen (AAO-HNS) kuulo- ja tasapainoelinkomitea vuonna 1995 (2). Ménièren tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan lievittää taudin eri vaiheisiin, oirekuvaan ja potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin räätälöidyillä hoitomenetelmillä.

Diagnostiikka

Ménièren taudin keskeisen patofysiologisen piirteen, endolymfaattisen hydropsin osoittaminen ja muiden syiden pois-sulkeminen ovat diagnoosimenetelmien tavoitteita. Taudin tunnistamiseen ei edelleenkään ole olemassa yhtä yksittäistä diagnoosimenetelmää.

Tärkein osa diagnostiikkaa on huolellinen anamneesi. Sen merkitystä korostavat myös AAO-HNS:n kriteeristöt (taulukko 1). Ménièren taudille tyypillisiä ovat 20 minuutista tunteihin kestävä kiertoaiheuttava kohtauskohtaus, joihin usein liittyy pahoinvointia ja oksentelua. Kohtausten välisenä aikana tasapaino voi olla täysin normaali. Näitä kohtauksia tulee olla vähintään kaksi diagnoosin varmistamiseksi. Taudille tunnusomaista on tinnitus ja usein myös paineen tunne sairaassa korvassa. Nämä korvaoireet voivat voimistua ennen kohtauksia tai niiden aikana. Meluyliherkkyys ja äänen särkyminen, diplakuusi, ovat myös usein anamneesissa esille tulevia Ménièren tautiin liittyviä ilmiöitä.

Kuulon vaihtelu on erityisesti Ménièren tautiin liittyvä ilmiö, ja se on – kuten muutkin edellä mainitut korvaoireet – endolymfaattisen hydropsin ilmenemää. Taudin alkuvaiheessa kuulon alenema painottuu usein mataliin taajuuksiin ja voi siis olla ohimenevä, mutta pidemmälle ehtineessä taudissa sisäkorvan kalvopeämät johtavat kuulon pysyvään heikkenemiseen keskimäärin 50–60 dB:n tasolle sairaassa korvassa (3,4). Tauti on alussa aina toispuolinen, mutta riski toisen korvan sairastumisesta on 5–47 % ja se suurenee suhteessa taudin keston (5).

Terveyskeskustasolla kliinisistä tutkimuksista tärkein on audiogrammi, joka luu- ja ilmajohtokuulokynnyksin otettuna paljastaa sisäkorvatyyppisen kuulovian sairaassa korvasa. Mikäli luujohtoaudiogrammi ei onnistu terveyskeskuksessa, voi todetun kuulovian osoittaa väli- tai sisäkorvatyyppi-seksi äänirautakokeilla (Rinne, Weber). Toistetuissa audio-

grammeissa todettu kuulon vaihtelu viittaa jo vahvasti Ménièreen tautiin, jos anamneesi on sopiva. Korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaan perustilan tutkimus on luonnollisesti olennaisen tärkeä muiden helposti todettavien syiden pois sulkemiseksi. Kun sisäkorvavika on toispuolinen, tutkimusta on aina syytä täydentää simpukantakaisen vian luotettavalla poissulkututkimuksella erikoispoliklinikalla, aivorunkoaudiometrialla tai pään magneettitutkimuksella (6).

Laboratoriokokeilla tai allergiatutkimuksilla ei ole merkitystä Ménièreen taudin diagnostiikassa. Samanaikaisten allergioiden hoidosta voi olla hyötyä myös Ménièreen taudin hyvän hoitotasapainon saavuttamisessa, mutta vakuuttava näyttö tästä puuttuu (7).

Erotusdiagnoosissa anamneesilla päästään jo hyvin pitkälle. Kuulon vaihtelu, äkilliset kiertoaiheuttavat kohtaukset ja tinnitus ovat harvoin samalla potilaalla ilman Ménièreen tautia. Vastaavia oireita aiheuttava harvinainen sairaus on akustikusneurinooma (vestibulaarischwannooma), hyvänlaatuinen VIII aivohermon kasvain, jota todetaan vuosittain 10–15 tapausta miljoonaa asukasta kohden eli Suomessa noin 50 tapausta (8). Muita Ménièreen tautia muistuttavia sairauksia on lukuisia, mutta niistä puuttuu Ménièreen taudille tyypillinen oiretriadi.

Hoito

Ménièreen taudin hoidon tavoitteena on hankalien oireiden lievittäminen. Taudin luonnollisen kulun kääntävää eli parantavaa hoitoa ei toistaiseksi ole olemassa. Taudin pääoireista kiertoaiheuttavat kohtaukset ovat kiusallisimpia, mutta myös parhaiten hoidettavissa. Tinnituksen ja kuulon aleneman hoidon teho on vaatimattomampi (5,9).

Jokaiselle potilaalle suositellaan elämäntapamuutoksia: stressin hallintaa ja suolan käytön rajoitusta (10). Lääkehoito aloitetaan, mikäli kohtauksia tulee useammin kuin kerran kuukaudessa tai kohtaukset ovat luonteeltaan vaikeita ja pitkäkestoisia. Kuulon vaihtelu, hankala tinnitus tai paineoireilu voivat myös olla aihe lääkityksen aloittamiseen. Ensilinjan lääkkeinä käytetään beetahistiiniä ja diureetteja, joiden teho huimauksen lievittämiseen on osoitettu kaksoissokkokein

(10). Niitä voi käyttää myös yhdistelmähoitona. Kun lääkitys aloitetaan, sitä on syytä jatkaa ainakin kolme kuukautta ja sen jälkeen lääkitystä säädetään vasteen mukaan kontrollikäynnillä. Oireiston rauhoittuessa lääkityksen voi asteittain purkaa tai vähentää sitä pienimmälle oireet kurissa pitävälle tasolle. Vaikka kyseessä on krooninen sairaus, voi tilanne vakiintua niin, että jatkuvaa lääkitystä ei enää tarvita.

Anksiolyyttiset lääkkeet voivat olla joissakin tapauksissa hyödyksi lyhytaikaisessa käytössä, sillä esimerkiksi bentso-diatsepiineilla on myös tasapainotumaketta stabiloivaa vaikutusta. Jokaisella potilaalla on hyvä olla kohtauslääkkeenä antiemeettistä proklooriperatsiinia tai metoklopramidia peräpuikkomuodossa. Niiden käyttö tulee rajoittaa vain hankaliin huimaus-pahoinvointikohtauksiin. Pienellä osalla potilaista oireisto jatkuu hankalana hoidoista huolimatta, ja tällöin on syytä lähettää potilas erikoispoliklinikalle gentamysiinihoidon harkintaan. Gentamysiinihoito tehoaa hyvin vaikeisiin huimausoireisiin, ja se on käytännössä korvannut leikkaushoidot Ménièreen taudin hoidossa (11,12).

Lievissä taudinkuvissa voi lääkityksen aloittaa perusterveydenhuollossakin, mutta erityisesti perusterveydenhuollon osuuteen kuuluu vakiintuneiden tapausten jatko seuranta ja lääkityksen säätäminen tarpeen mukaan. Fysioterapia on hyödyksi sekundaarisen niskalihäsännityksen hoidossa sekä yksilöllisten tasapainoharjoitteiden ja toimintakykyä ylläpitävien ohjeistusten muodossa. Koska tauti kestää periaatteessa potilaan loppuajan ja voi oireistollaan huomattavastikin heikentää elämänlaatua, hyvä ja luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde on erittäin merkittävä Ménière-potilaan hyvinvoinnin kannalta (5,13). Kuulon kuntoutus tarvittaessa kuulokojeella on usein tarpeen, vaikkakin taudille ominaisen kuulon vaihtelun ja kuuluvuuden tasoittumisilmion vuoksi kojeen soviton on vaativampaa kuin monissa muissa kuulovioissa.

Jouko Kotimäki

LT, yleislääketieteen sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri, ylilääkäri

Kainuun keskussairaala, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

jouko.kotimaki@kainuu.fi

Kirjallisuutta

- Ménière P. Pathologie auriculaire: Mémoires sur des lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme. *Gazette Medicale de Paris* 1861;16:597–601.
- Committee on Hearing and Equilibrium. Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:181–5.
- Stahle J, Friberg U, Svedberg A. Long-term progression of Meniere's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1991;suppl 485:78–83.
- Paparella M. Methods of diagnosis and treatment of Meniere's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1991;suppl 485:108–19.
- Kotimäki J. Meniere's disease in Finland. *Acta Universitatis Ouluensis* 2003 D 747.
- Kotimäki J. Ménièreen taudin diagnostiikka. *Duodecim* 2004;120:2079–83.
- Derebery M. Allergic management of Meniere's disease: an outcome study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:174–82.
- Howitz MF, Johansen C, Tos M, Charabi S, Olsen JH. Incidence of vestibular schwannoma in Denmark 1977–1995. *Am J Otol* 2000;21:690–4.
- Levo H, Hirvonen T. Ménièreen taudin erilaiset hoitomuodot. *Suom Lääkäril* 2005;60:2783–6.
- Claes J, Van De Heyning PH. A review of medical treatment for Meniere's disease. *Acta Otolaryngol* 2000;suppl 544:34–9.
- Assimakopoulos D, Patrikakos G. Treatment of Meniere's disease by intratympanic gentamicin application. *J Lar Otol* 2003;117:10–6.
- Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Meniere's disease. *Curr Opin Neurol* 2004;17:9–16.
- Hägnebo C, Melin L, Larsen HC, Lindberg P, Lyttkens L, Scott B. The influence of vertigo, hearing impairment and tinnitus on the daily life of Meniere patients. *Scand Aud* 1997;26:69–76.

Taulukko 1.

Ménièreen taudin diagnoosi AAO-HNS:n (1995) mukaan.

Varmistettu diagnoosi	Varma Ménièreen tauti ja histopatologinen vahvistus
Varma diagnoosi	Kaksi tai useampi selvää spontaania kiertoaiheuttava kohtauksia, jotka kestävät 20 minuuttia tai pitempään Audiometrialla ainakin kertaalleen todennettu kuulon alenema (taajuudet 0,5–1–2–3 kHz) Tinnitus tai täyden tuntu sairaassa korvassa Muut syyt suljettu pois
Todennäköinen diagnoosi	Yksi selvä kiertoaiheuttava kohtaus Muut kriteerit kuten varmassa Ménièreen taudissa
Mahdollinen diagnoosi	Ménièreen taudin tyyppinen kiertoaiheuttava kohtaus ilman todennettua kuulon alenemaa tai vaihtelevaa tai pysyvää sisäkorvatyyppinen kuulon alenema ja siihen liittyen tasapainohäiriöitä ilman selkeitä kohtauksia Muut syyt suljettu pois