

POSITIEF EFFECT
CORTICOSTEROÏD-INJECTIES
BIJ MÉNIÈRE

INTERVIEW MET ARTS-ONDERZOEKER JET SCHENCK

RECENT ONDERZOEK DOOR ARTS-ONDERZOEKER JET SCHENCK UIT HET HAGAZIEKENHUIS IN DEN HAAG EN COLLEGA'S LAAT ZIEN DAT DE BEHANDELING MET CORTICOSTEROÏD-INJECTIES TOT EEN VERBETERDE KWALITEIT VAN LEVEN KAN LEIDEN. DEZE LIJKT BIJ DE MEESTE PATIËNTEN DOOR DE BEHANDELING TOE TE NEMEN. HET ONDERZOEK IS RECENT GEPUBLICEERD IN HET TIJDSCHRIFT 'LARYNGOSCOPE INVESTIGATIVE OTOLARYNGOLOGY'. RENÉ VAN DER WILK ZOCHT JET SCHENCK OP IN HET HAGAZIEKENHUIS EN STELDE HAAR EEN AANTAL VRAGEN.

TEKST en BEELD René van der Wilk

Kun je wat vertellen over de aanpak van de ziekte van Ménière bij jullie in het HagaZiekenhuis?

"Natuurlijk doen we eerst bij patiënten alle diagnostiek zodat we zeker weten dat er sprake is van de ziekte van Ménière en niet iets anders. Om patiënten de diagnose ziekte van Ménière te geven moeten ze meer dan twee aanvallen van spontane draaiduizeligheid hebben gehad, die ook langer dan twintig minuten aanhielden. Officieel moet zo'n aanval ook weer minder dan twaalf uur duren. Duurt een aanval dagenlang, dan moet je aan andere dingen gaan denken. Daarnaast moeten er natuurlijk ook oorsymptomen zijn zoals slechthorendheid, tinnitus en een gevoel van druk op het oor. Hebben patiënten minimaal twee van dergelijke aanvallen gehad met de genoemde symptomen, dan mogen we spreken van Ménière. De gehoortest maakt uiteindelijk het onderscheid tussen 'waarschijnlijke Ménière' en 'zekere Ménière'. Zeker in het begin is het gehoor vaak heel erg wisselend. Het kan dus zijn dat patiënten een prima audiogram hebben op het moment ze wel aan alle andere criteria voldoen. Dan spreken we van 'waarschijnlijke Ménière'. Hier in het HagaZiekenhuis doen we ook nog een MRI-scan van de binnenoren – het slakkenhuis en het evenwichtsorgaan. Daarop kunnen we zien of er een vochtoverschot is van de vloeistoffen in het binnenoor. We zien dat heel vaak, al weten we nog niet of het vochtoverschot de oorzaak van Ménière is of juist het gevolg ervan. Is er zo'n vochtoverschot dan speelt dat mee bij de overweging om te starten met injecties met corticosteroïden".

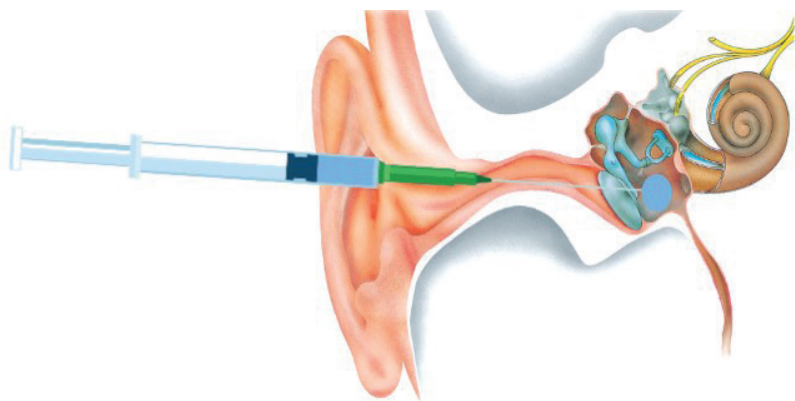
Komt het injecteren voor in de richtlijnen voor Ménière?

"Het lastige bij de ziekte van Ménière is dat er weliswaar internationale richtlijnen zijn, maar dat die wat

vaag en niet erg directief zijn. Die geven meer aan wat je als behandelaar kan overwegen. Binnen Nederland hebben we op dit moment helemaal geen richtlijnen voor Ménière. Dat komt omdat bij heel veel behandelingen zowel bewijs vóór als bewijs tégen is. De conclusie is eigenlijk dat we nog niet precies weten wat werkt en bij wie. Maar voor corticosteroïd-injecties, waar hier in het HagaZiekenhuis onderzoek naar is gedaan, is er redelijk bewijs dat het bij verreweg de meeste patiënten – zo'n 70 à 80 procent – wél een positief effect heeft. Zij gaven aan dat door de behandeling hun kwaliteit van leven vooruit is gegaan. Daarnaast vonden we een significante vooruitgang op de Ménière-vragenlijst: zowel het sociaal, fysiek, als mentaal welbevinden nam toe".

Kun je wat meer over de behandeling met injecties vertellen?

"De behandeling vindt plaats hier op de poli. Met een druppeltje in het oor verdoven we eerst het trommelvlies. Dat werkt in de praktijk prima en is een patiënt-vriendelijke methode. Na twintig minuten maken we de gehoorgang en het trommelvlies schoon en testen we of het trommelvlies goed verdoofd is. Vervolgens maken we eerst een ontluuchtingsgaatje in het trommelvlies. Hiermee kan de luchtdruk die ontstaat in het middenoor door het inspuiten van de corticosteroïden ontsnappen. Daarna spuiten we een vloeistof met corticosteroïden in het middenoor. Door het trommelvlies kun je dan heel mooi de vloeistof, die je erin spuit, zien opkomen. We gebruiken hier twee soorten corticosteroïden voor: dexamethason of kenacort. De laatste is wat stroperiger dan de ander. We zorgen voor het inspuiten dat de vloeistof op lichaamstemperatuur is. Dat voorkomt een duizeligheidsaanval".



We spuiten een vloeistof met corticosteroïden in het middenoor. Door het trommelvlies kun je dan heel mooi de vloeistof, die je erin spuit, zien opkomen.

Kan de druk niet gewoon via de buis van Eustachius weg?

“Dat is op zich niet zo’n rare gedachte, maar het is belangrijk dat de vloeistof lang genoeg in het middenoor blijft. Als de patiënt zou slikken, waardoor de buis van Eustachius opent, dan loopt de ingespoten vloeistof met corticosteroïden weer direct uit het middenoor. Daarom leggen we de patiënt op zijn zij en mag hij gedurende minimaal 20 minuten niet slikken. Na de behandeling mag de patiënt gewoon weer naar huis”.

Is de iets stroperige corticosteroïd dan niet net iets beter?

“Beide zijn erg vloeibaar, dat maakt helaas te weinig uit. Ik hoorde in de wandelgangen dat er mogelijk een meer gel-achtige vorm ontwikkeld zou worden”.

En hoe bereikt het ingespoten medicijn dan het binnenoor?

“Door de patiënt op zijn zij te leggen komt de geïnjecteerde vloeistof tegen het ronde venster aan. We denken dat de vloeistof via die weg wordt geabsorbeerd in het binnenoor en dat het daar het overschot aan endolymfatische vloeistof vermindert of op zijn minst tot kalmte maakt. Direct inspuiten in het binnenoor kan ook niet”.

Er wordt vanuit gegaan dat de geïnjecteerde vloeistof het binnenoor bereikt. Is dat te meten?’

“Bij cavia’s is dat effect wél gemeten. Bij mensen kunnen we niet iets in het binnenoor steken om dat te meten. Dat zou gelijk kapot gaan. We gaan ervan uit dat het ronde venster inderdaad permeabel is en dat tijdens het 20 minuten stilliggen er voldoende van de corticosteroïden het binnenoor kunnen bereiken”.

Corticosteroïden zijn ontstekingsremmers. Is er ook aangetoond dat er ontstekingsverschijnselen zijn in het binnenoor of is dat een aanname?

“Zoals eerder aangegeven weten we niet of de ophoping van vloeistof het uiteindelijke probleem is, of een gevolg van het probleem. We vermoeden dat er in het binnenoor immunologische factoren meespelen. Er is histologisch bewijs (onderzoek van weefsel, red.) gevonden dat er onder meer cellen hyperactief zijn die met de afweer te maken hebben. Dat is bij patiënten geconstateerd die Ménière hadden en die dan na hun overlijden hun lichaam beschikbaar stelden aan de wetenschap. De hyperactieve cellen zetten op hun beurt mogelijk aan tot de toename van de endolymfatische vloeistof. Er zijn dus redenen om aan te nemen dat ook immunologische factoren een rol spelen bij Ménière. Tegelijkertijd denken we ook weer dat dat niet het hele verhaal is”.

Bekend is dat bij chronische stress het lichaam te lang achtereen in de aan-stand staat, waardoor er ook lichamelijke klachten kunnen ontstaan. Kan de ontstekingsreactie daar zijn oorzaak in hebben?

“Stress is het enige rondom Ménière waar we zeker van weten dat het ermee samenhangt. In periodes van stress hebben mensen vaak meer aanvallen, maar het is ook weer niet zo dat als mensen geen stress hebben, ze die niet hebben. We weten dat er een verband is, maar ook dat kunnen we nog niet helemaal verklaren. Stress kan bij de al aanwezige ontregeling in het binnenoor – laat ik het maar even chaos noemen – als trigger dienen, waardoor ineens de vlam in de pan slaat en men-

sen dan een hele heftige aanval kunnen krijgen. Maar ook dat is niet zeker, want als we met een MRI kijken naar het binnenoor, dan is dat vloeistofoverschot er de hele tijd, terwijl de aanvallen komen en gaan. Het vloeistofoverschot alleen verklaart niet alles, daar moet kennelijk nog iets bij komen om een aanval uit te lokken”.

In de discussie van jullie onderzoeksartikel geef je aan dat de resultaten van de corticosteroïd-injecties gunstig zijn, maar dat er ook alternatieve verklaringen mogelijk zijn voor de resultaten, waaronder het placebo-effect. Dit door het ontbreken van een controlegroep in het – retrospectieve – onderzoek. Toch concludeer je samen met je medeauteurs dat injecties in het oor met ontstekingsremmers aan te raden zijn bij iedere patiënt die last heeft van duizeligheidsklachten bij Ménière. Is dat niet een te stevige conclusie?

“Met onze studie denken we weer wat te hebben toegevoegd aan de al bestaande kennis en eerder gevonden positieve resultaten over de toepassing van corticosteroïd-injecties. We hebben laten zien dat ook de kwaliteit van leven verbetert, naast de vermindering van aanvallen, al gaat het aantal daarvan niet naar nul. In de wetenschap worden telkens stapjes genomen. We hebben weer een hoger niveau van bewijs bereikt. Inmiddels is een subsidieaanvraag voor nieuw onderzoek naar het effect van de injecties goedgekeurd. Dat wordt een dubbelblind onderzoek mét placebo”.

Alweer wat jaren geleden, ik meen me te herinneren in 2016, is ook hier in het HagaZiekenhuis door dr. Henk Blom de uit Canada afkomstige Endolymfatische Duct Blokkade (EDB) geïntroduceerd. Wordt deze nog toegepast?

“We proberen de injecties altijd twee keer met zes weken ertussen. Als ook de tweede keer echt geen resultaat geeft, dan kunnen we die operatie met ze bespreken. Die mag in Nederland in tegenstelling tot een aantal andere landen nog niet standaard worden gedaan. Dat komt omdat het bestaande Canadese onderzoek kwalitatief onvoldoende was om de behandeling als evidence-based aan te merken”.

Hoe staat het met het onderzoek naar de EDB-operatie?

“Ik werk hier nu als arts-onderzoeker om deze studie te coördineren. Daarbij wordt de EDB-operatie vergele-

ken met een andere operatiemethode die plaatsvindt rond het binnenoor. We hebben nu ongeveer dertig patiënten geopereerd en we moeten uiteindelijk naar de vierentachtig toe. Die moeten geopereerd worden én een jaar lang gevolgd voordat we iets over het effect kunnen zeggen.

Dit soort operaties doen we overigens alleen maar als mensen therapieresistent zijn, dus wanneer de prikken niets hebben uitgehaald en de klachten terugkomen. Dan bespreken we de mogelijkheid mee te werken aan het onderzoek naar deze operatietechnieken. Let wel, het zijn flink invasieve operaties, waar in de schedel geboord wordt tot aan de hersenvliezen toe. Dat is dus voor de patiënt wel iets om over na te denken”.

ARTIKEL: SCHENCK AA, BOMMELJÉ CC, VAN BENTHEM PPG, BLOM HM. QUALITY OF LIFE AFTER INTRATYMPANIC STEROID INJECTION FOR MÉNIÈRE'S DISEASE. LARYNGOSCOPE INVESTIG OTOLARYNGOL. 2022 MAY 17;7(3):825-831. DOI: 10.1002/LIO2.798. PMID: 35734074; PMCID: PMC9194969.

