

A Ménière-betegség tüneteinek jellegzetességei és a multidiszciplináris megközelítés

Molnár András dr. ■ Maihoub Stefani dr. ■ Fent Zoltán dr.
Tamás László dr. ■ Szirmai Ágnes dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A Ménière-betegség belsőfül-eredetű szédüléssel járó kórkép; jellemző tünete a forgó jellegű szédüléssel járó epizódok, tinnitus, füldugulás és szenzorineurális halláscsökkenés, valamint vegetatív tünetek. A betegek gondozásának tünetorientált kezelésének egyik alapja a szédülésnapló adatainak elemzése.

Célkitűzés: Kutatásunkban a betegségre jellemző tünetek részletes elemzését végeztük, illetve hangsúlyozzuk a multidiszciplináris megközelítés jelentőségét.

Anyag és módszer: 58 (12 férfi, 46 nő; átlagéletkor 56,97 év \pm 10,45 SD) definitív Ménière-beteg által kitöltött szédülésnapló adatait elemeztük. A paraméterek statisztikai elemzését az IBM SPSS V24-es program segítségével hajtottuk végre. Mivel a paraméterek nem mutattak normáloszlást, nem parametrikus tesztek (Mann-Whitney-féle U-teszt) alkalmaztunk.

Eredmények: A panaszok elemzése alapján a legdominánsabb tünet a szédülés (átlagos erősség 5,38 \pm 2,06 SD), második a sorban a fülzúgás (4,54 \pm 2,81 SD), végül ezt követi a fejfájás (2,77 \pm 3,1 SD). A fejfájás gyakori társulása ellenére a vestibularis migrén minden esetben kizárható volt. Fontos eredmény, hogy akik fejfájást is panaszoltak, szignifikánsan nagyobb értéket adtak meg a szédülés erősségével kapcsolatban ($p = 0,001$). A vegetatív tünetek tekintetében pedig még erőteljesebb összefüggés volt tapasztalható ($p < 0,01$). A narratív elemzés alapján a betegek a leggyakrabban a stresszhelyzetet és a hidegfrontot jelölik meg rohamprovokáló tényezőként.

Következtetés: A szédülés mint domináns tünet kezelése mellett az egyéb társuló tünetek kezelése is lényeges. Az életminőség-monitorozás és a gyakran társuló pszichés eltérések felvetik a multidiszciplináris megközelítés fontosságát. Orv Hetil. 2019; 160(48): 1915–1920.

Kulcsszavak: Ménière-betegség, szédülésnapló, életminőség, biopszichoszociális megközelítés

Typical characteristics of the symptoms of patients suffering from Ménière's disease and the multidisciplinary approach

Introduction: Ménière's disease (MD) is a disorder that affects the inner ear, characterized by vertigo, tinnitus, hearing loss and vegetative symptoms. One of the main points of the management of the patients is the analysis of the vertigo diaries.

Aim: To identify the typical characteristics of the symptoms and to highlight the importance of multidisciplinary approach.

Material and method: 58 (12 male and 46 females, mean age 56.97 \pm 10.45 SD) definite MD patients were enrolled in this investigation. The vertigo diaries filled out by the patients were analysed. The statistical analysis was performed using IBM SPSS V24 software. Since the parameters did not show normal distribution, non parametric test (Mann-Whitney U test) was used.

Results: Based on the diaries, the most tormenting symptom is vertigo (mean power: 5.38 \pm 2.06 SD), the second one is tinnitus (4.54 \pm 2.81 SD), and last one is headache (2.77 \pm 3.1 SD). Despite the frequent prevalence of associated headache, vestibular migraine could be ruled out in all of the cases. Another important outcome was that the attacks associated with headache were significantly stronger ($p = 0.001$). In the case of the vegetative symptoms, the association was even much stronger ($p < 0.01$). According to the narrative analysis, the most frequent provocation factors of the attacks were the cold front and stress.

Conclusion: Along with the treatment of vertigo, the management of the associated symptoms (headache, vegetative symptoms) is also of great importance. Monitoring the quality of life and psychiatric disorders suggests the importance of multidisciplinary approach.

Keywords: Ménière's disease, vertigo diary, quality of life, multidisciplinary approach

Molnár A, Mailhoub S, Fent Z, Tamás L, Szirmai Á. [Typical characteristics of the symptoms of patients suffering from Ménière's disease and the multidisciplinary approach]. *Orv Hetil.* 2019; 160(48): 1915–1920.

(Beérkezett: 2019. június 29.; elfogadva: 2019. július 26.)

Rövidítések

MD = (Ménière's disease) Ménière-betegség; SD = standard deviáció; VM = vestibularis migrén

A Ménière-betegségre jellemző tünetek a hártás labyrinthusban megjelenő hydrops miatt alakulnak ki; jellemzői a heves, forgó jellegű szédüléssel rohamok, fülzúgás, sensorineuralis halláscsökkenés, hányinger, valamint hányás, illetve bizonyos esetekben fejfájás [1–3]. A klinikai tapasztalatok alapján azonban a klasszikus triász csupán a betegek kb. 20%-ában jelentkezik [4], ezért is lényeges szempont a tünetek elemzése és a kezelés egyénre szabottan történő beállítása.

A betegek életminősége szempontjából a legmeghatározóbb tünet a heves, forgó jellegű szédülés, illetve a társuló vegetatív, valamint cochlearis tünetek. A rohamok spontán, általában kiváltó faktor nélkül jelentkeznek, az érintett betegek mindennapi életvitelét a váratlanul jelentkező rohamok jelentősen befolyásolják.

A MD és a pszichés hatások közötti összefüggés tisztázása érdekében több szerző is felvetette a pszichoszomatikus, illetve a szomatopszichés háttér lehetőségét. Az előbbi esetén a betegség egyik feltételezett okaként pszichoszociális stresszorok is állhatnak a háttérben, erre utalhat például korábbi kutatások eredménye, melyekben emelkedett stresszhormonszinteket detektáltak Ménière-betegekben. A szomatopszichés elmélet értelmében pedig azt feltételezzük, hogy a betegség tüneteinek és a romló életminőség miatt alakul ki pszichés distressz, amely nagyobb valószínűséggel magyarázhatja az összefüggéseket, mint a pszichoszomatikus elmélet [5]. *Van Cruysen és mtsai* megfogalmazták a „circulus vitiosus” lehetőségét, amely szerint a betegségre jellemző tünetek befolyásolják az emocionális állapotot, amely viszont visszahat a tünetek megjelenésére, leginkább azok megelőzésére [6]. Későbbi kutatásunkban arra mutattak rá, hogy az általuk vizsgált, MD-ben szenvedő betegek 63%-a esetén megfigyelhető valamilyen pszichopatológia, elsősorban szorongás vagy depresszió. Arra is felhívták a figyelmet, hogy a betegségben eltöltött idő is jelentős befolyásoló tényező, ugyanis akik hosszabb ideje voltak

érintettek a betegségben, azoknál szignifikánsan gyakoribb volt a mindennapi stressz, a rosszabb fizikai és szociális teljesítőképesség [7]. Néhány szerző a Ménière-betegek személyiségvonásait is vizsgálta. *Sawada és mtsai* megfigyelései alapján a MD-ben szenvedők személyisége nem patológiás, normális személyiségvonásokat tapasztaltak [8]. Ellenben *Groen* szerint a betegeknek nagyon speciális személyiségjegyei figyelhetők meg, magas intelligenciával, nagy szorgalommal és kötelességtudattal [9]. *Savastano* a Ménière-betegeket obszesszív-kompulzív, perfekcionista, esetlegesen neurotikus személyeknek írta le [10]. *De Valck és mtsai* megfigyelései szerint az ún. D-típusú személyiség sokkal gyakoribb MD-ben szenvedőknél, mint más belsőfül-eredetű szédüléssel kórképekénél [11]. Néhány szerző az egyes tünetek életminőséget befolyásoló hatását is nyomon követte. *Söderman* [12], illetve *Cohen és mtsai* [13] megfigyelései szerint a szédülés, míg *Hägnebo és mtsai* [14] eredményei alapján a fülzúgás van a legmeghatározóbb befolyással a mindennapi életvitelre. Az utóbbi kutatásban arra is rávilágítanak, hogy milyen mindennapi helyzetben gátolhatja a betegség az érintetteket, ilyen lehet például a nyaralás, repülés, sportolás, egyesek szerint az egyedül otthon tartózkodás is.

Kutatásunk elsődleges célja, hogy a szédülésnaplók – mint egyben kognitív viselkedésterápiás eszköz – alapján részletesen elemezzük a MD-re jellemző panaszokat, illetve a biopszichoszociális megközelítés bevezetésével hangsúlyozzuk a betegség multidiszciplináris megközelítésének fontosságát. Az utóbbi esetben hangsúlyozandó az egyes társszakmák szerepe mind a betegség diagnózisában, mind az optimális kezelés érdekében. Idetartozik például a neurológiai kivizsgálás fontossága az esetlegesen életveszélyes centrális eltérések kizárása érdekében [15], a belgyógyászati kezelés, ugyanis a diabetes, valamint a hypertonia hatást gyakorol a MD panaszaira, illetve a kezelésre is [16], és nem utolsósorban a pszichiátriai kontroll, ugyanis a szédülő betegek majdnem fele szenved valamilyen pszichés eltéréstől [17]. Ún. kiégett stádiumú MD vagy intratympanalis gentamicinkezelést követő labyrinthuskiesés esetén lehet hasznos a vestibularis rehabilitációs tréning [18].

1. táblázat | A klinikai gyakorlatban használt szédülésnapló

Szédülésnapló								
Név								
Születési idő								
	Szédülés			Hányinger	Hányás	Fülzúgás	Fejfájás	Egyéb megjegyzés
	Időtartama	Jellege	Erőssége (1–10)	Igen/nem	Hányszor?	Erőssége (1–10)	Erőssége (1–10)	
Napok								

Módszer

Betegcsoport

A Bárány Társaság kritériumai [19] alapján diagnosztizált 58 (12 férfi, 46 nő, átlagéletkor 56,97 év \pm 10,45 SD) Ménière-beteg által kitöltött szédülésnaplókat részletesen elemeztük (1. táblázat). Az egyes tünetekre jellemző, a betegek által beírt értékeket összegyűjtöttük, a tünetek leírása mellett az egyes panaszok közötti lehetséges összefüggés vizsgálata érdekében statisztikai elemzést végeztünk. Az etikai engedély száma: 47/2018.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzéseket az SPSS V24-es program (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével hajtottuk végre. Mivel a paraméterek nem mutattak normáloszlást (Shapiro–Wilk-teszt), nem parametrikus tesztet (Mann–Whitney-féle U-teszt) alkalmaztunk; minden esetben a $p < 0,05$ értéket tekintettük szignifikáns különbségnek.

Eredmények

A tünetek jellemzői

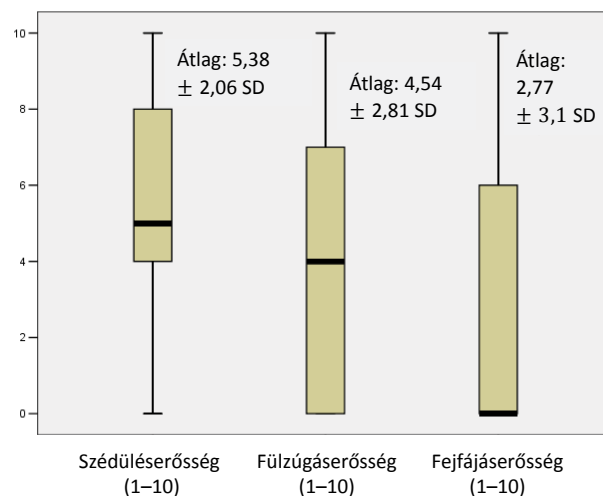
A kitöltött naplók alapján meghatároztuk a MD-re jellemző panaszok erősségét.

Az 1. ábrán látható, hogy a betegek elmondása szerint a szédülés erőssége a legmeghatározóbb (átlag: 5,38 \pm 2,06 SD), ez a legzavaróbb tünet, második a sorban a fülzúgás (4,54 \pm 2,81 SD), végül ezt követi a fejfájás (2,77 \pm 3,1 SD).

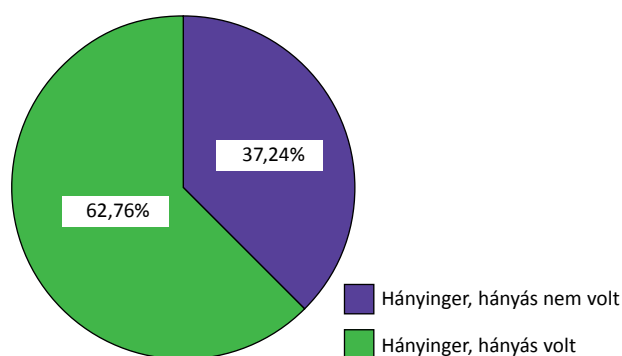
Elemzéseink alapján a szédüléssel 82%-ához társult fejfájás, ami felvetheti a vestibularis migrén mint fontos differenciáldiagnosztikai probléma lehetőségét. A Bárány Társaság ajánlása alapján a VM diagnosztikus kritériumai a következők:

1. Legalább 5 közepes vagy súlyos erősségű, 5 perc–72 óra időtartamú szédüléssel járó epizód.
2. Migrén diagnózisa, migrén az anamnézisben.
3. Az epizódok legalább 50%-át legalább egy, migrénre jellemző tünet kíséri (típusos migrénes fejfájás, fotofóbia, fonofóbia, vizuális aura).
4. Minden más ok kizárható.

Egyazon betegnél MD-ről és VM-ről egy időben csak akkor beszélhetünk, ha a páciens két típusos szédülés megjelenéséről számol be, s az egyik a VM, a másik pedig a MD jellegzetességeit hordozza magában [20]. Olyan, alapvetően migrénre jellemző tünetek, mint a fejfájás, a foto- és fonofóbia is jellemzők lehetnek a Ménière-betegek rohamaira, így nem feltétlenül utalnak a vestibularis migrén társulására. Egyik kutatásba bevont betegünk sem felelt meg a Bárány Társaság kritériumainak, így a gyakori fejfájásos epizódok ellenére sem beszélhetünk VM-ről. Ugyanakkor fontos eredmény, hogy összevetve a fejfájással társuló és attól mentes rohamokat, szignifikáns különbség volt a két csoport között. Azok a betegek, akik fejfájást is panaszoltak, szignifikán-



1. ábra | A tünetek erőssége 1–10-es skálán értékelve



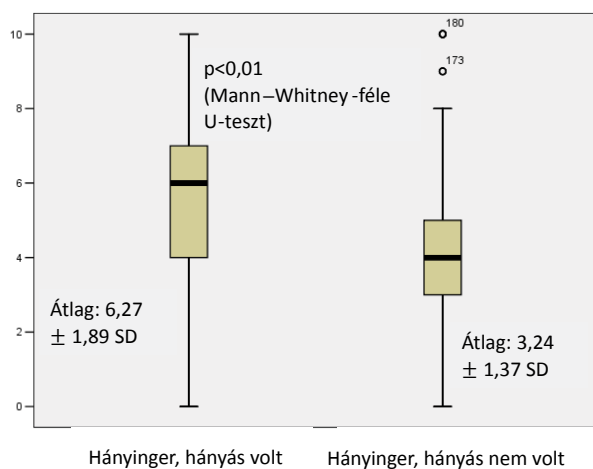
2. ábra | A vegetatív tünetek (hányinger, hányás) megjelenésének gyakorisága

san nagyobb értéket adtak meg a szédülés erősségével kapcsolatban ($p = 0,001$, Mann–Whitney-féle U-teszt). Ennek az lehet a gyakorlati jelentősége, hogy a fejfájás gyógyszeres kezeléssel történő csökkentése javíthat a rohamok szubjektív megítélésén.

A fejfájás mellett ugyancsak meghatározók a rohamok alatt jelentkező vegetatív tünetek, a hányinger, illetve hányás.

A 2. ábra mutatja, hogyan dominálnak azok a rohamok, amelyek alatt vegetatív tünetek is megjelennek (62,76%). A naplók alapján ezek megoszlása egyazon beteg esetén is változó, tehát teljesen véletlenszerűen jelennek meg a vegetatív tünetekkel tarkított, illetve azoktól mentes epizódok. A fejfájáshoz hasonlóan a vegetatív tünetek szempontjából is összevetettük a szédülés erősségét a két csoportban.

A 3. ábrán látható, hogy a két csoport (hányinger, hányás társult/nem társult) értékei között különbség figyelhető meg, erre utal a diagram, az átlagértékek, illetve a paraméterek közötti nagyon erőteljes statisztikai különbség ($p < 0,01$). Eredményünk gyakorlati jelentősége abban áll, hogy roham alatt a szédüléscsökkentő szerek használata mellett a hányáscsillapítás is fontos, javíthat a



3. ábra | A szédüléscsökkentő szerek használata mellett a hányáscsillapítás is fontos, javíthat a

beteg rohamokkal kapcsolatos megítélésén. Ez egyben azt is jelenti, hogy amennyiben a kezeléssel sikerül olyan mértékben csökkenteni a rohamok intenzitását, hogy azokhoz vegetatív tünet nem társul, úgy jelentős javulás érhetünk el a betegek életminőségében. A szédülésnapló (1. táblázat) alapján láthatjuk, hogy a hányinger erősségét nem jellemeztük numerikus skála segítségével – abból kiindulva, hogy a hányinger enyhe formában is kellemtelen –, viszont a hányás gyakoriságára (egy roham alatti hányások száma) annak életminőséget befolyásoló jelentős hatása miatt rákérdeztünk. Az imént ismertetett statisztikai összefüggések miatt a jövőben a hányinger erősségének jellemzésére nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni.

Fontosnak tartjuk, hogy a tünetek elemzése mellett azok életvitelre kifejtett hatását is vizsgáljuk, erre lehet alkalmas a szédülésnaplók „egyéb megjegyzés” része. Ezen adatok alapján ugyan kvantitatív statisztikai elemzés nem végezhető, azonban kvalitatív, ún. narratív elemzés segítségével (2. táblázat) igyekszünk bemutatni őket.

A szédülésnaplóba tehát a betegek beírhatnak olyan adatot is („egyéb megjegyzés” címszó alatt), melyben kifejtethetik, hogy minek tulajdonítják ők a kialakult rohamot. Az érintettek a leggyakrabban a stresszhelyzetet, az időjárás-változást jelölik meg kiváltó okként. A betegsége jellemző fő tünetek mellett egyéb panaszokat is közölhetnek, ilyenek voltak például a verejtékezés, viszketés, fülzúgás, fülzúgás és tarkónyomás – ezek ritkább tünetek. Hasmenésről egyetlen beteg panaszkodott, az ő esetében háromszor jelentkezett a panasz, három, nem egymást követő napon.

A betegség biopszichoszociális megközelítése és az életminőség-kérdőívek

Kutatásunk egyik fő célja a tünetek részletes elemzése volt, célunk azonban nem áll meg itt, hiszen hangsúlyozni kívánjuk a betegség biopszichoszociális jellegű megközelítését is. A betegek tüneteinek monitorozása fontos, hiszen ez az eszközünk a kezelés hatékonyságának utánkövetésére. A modern, multidiszciplináris szemlélet alapján azonban nem szorítkozhatunk csupán erre, hiszen a betegeket megviselő tünetek miatt az emocionális állapotban, illetve a mindennapi funkcionalitásban bekövetkező változások egyértelműek. Fontos tehát, hogy a szédülésnapló mellett – amely tünetorientált – az életminőség feltérképezésére is hangsúlyt fektessünk, erre azonban a jelenlegi klinikai gyakorlatban akkreditált eszköz, kérdőív nem áll rendelkezésre. Az önkitaló kérdőívek a kognitív viselkedésterápia részeként lehetőséget biztosítanak arra, hogy a betegek visszajelzést kapjanak aktuális állapotukra vonatkozóan, így amellyel, hogy az orvos számára a tüneti kezelés hatékonyságáról is informálnak, a betegek pszichés állapotára is hatnak, azt az érzést keltve, hogy jobban kontrollálhatják saját betegségüket.

2. táblázat | Narratív elemzés a naplók „egyéb megjegyzés” részéből

Narratív elemzés		
Fő állítás	Kategória	Értelmezés
„Egész napos rossz közérzet, rosszkedv.”	<i>Közérzet, hangulat</i>	A társuló tünetek miatt jellemző a rossz közérzet, a hangulat negatív irányba elmozdulása. Ebben szerepet játszik a tünetek megjelenésétől való félelem, illetve az éjszakai tünetek miatti kialvatlanság is.
„Egész napos fejfájás.” „Tarkónyomás, fülzugulás.” „Reggelre nem volt mit kihányani.”	<i>Társünetek</i>	A mindennapi életvitelt a szédülés mellett egyéb tünetek is jelentősen befolyásolják. Kiemelendő a társuló vegetatív tünetek (hányinger, hányás) hatása.
„Egész napos koncentrációs nehézség.” „Gyermekek ellátása nehézkes.” „Rövid séta a boltig nehézséget okoz.”	<i>Munkavégzés, feladatok ellátása</i>	A tünetek és a társuló kialvatlanság, fáradékonyosság miatt a mindennapi egyszerű feladatok ellátása is nehézkes lehet.
„Egész éjjel ébren voltam.” „Hajnalban szédülésre ébredtem.”	<i>Alvás, diurnális ritmus</i>	A váratlanul jelentkező tünetek miatt gyakori az alvászavar, kialvatlanság.
„Autóvezetés közben kezdődött, nagyon megijedtem.” „A szédülés torna közben rosszabb, a mozgás felerősíti.” „Buszon utazás közben jelentkeztek a tünetek.” „Hirtelen, számítógépezés és tévénézés közben.”	<i>Tünetek megjelenése</i>	A tünetek spontán jelentkeznek, de lehetnek provokáló faktorok, mint például a testmozgás. Ha egy olyan szituációban, mint az autóvezetés jelentkezik a forgó jellegű szédülés, a beteg nemcsak önmagára, hanem a környezetére is veszélyt jelenthet.
„Időjárás, hidegfront, lehülés.” „Stressz, élethelyzeti krízis.” „Menstruáció.”	<i>Provokáló faktorok</i>	Bizonyos tényezők hatására a tünetek megjelenése fokozódhat, főleg a szédüléssel rohamok halmozódása a jellegzetes. A leggyakrabban érintett faktor az időjárás-változás, ezen belül is a hidegfront, a szél negatív hatása tűnik a legkifejezettebbnek. Az élethelyzeti nehézségek, stresszhelyzet szintén hatással vannak a tünetekre. Egyes nőbetegek elmondása alapján a tünetek megjelenése és a havi menstruációs ciklus kezdete között is van összefüggés.

Megbeszélés

A szédülésnaplók elemzése segítséget nyújt a Ménière-beteget gondozó orvos számára abban, hogy a betegek szubjektív panaszait részletesen figyelembe vehesse. Ennek során információt kaphat arról, hogy a betegek által rohamként definiált epizódok megfelelnek-e a kritériumoknak. Képet kaphatunk a rohamok gyakoriságáról és súlyosságáról is. Mivel a tünetek közül a szédülés és a fülzugás tűnik a legmeghatározóbbnak, képet kaphatunk arról, hogy mely panaszok tüneti kezelése veti fel a legfontosabb kérdést.

A mindennapi gyakorlatban jól látható, hogy miért fontos a szédülésnaplók elemzése. Ha a beteg a kontrollvizsgálathoz közeli időpontban szenvedett el egy rohamot, akkor az állapotára vonatkozó általános kérdésre („Hogy van?”) biztosan negatív választ fog adni, annak ellenére, hogy esetleg előtte hónapokig panaszmentes volt. Ez mindenképpen leleplezhető, ha a szédülésnaplón a rohamok időpontjait megtekintjük. Jól felismerhető a szédülésnapló bejegyzései, illetve a beteg által elmondottak közötti diszkrepancia a Ménière-betegség következtében kialakult szorongásban, esetleg depresszióban is szenvedő beteg esetében. Ez segíthet a beteget gondozó orvosnak abban, hogy felismerje a krónikusan fennálló szomatikus betegség lelki hatásait.

Nem elhanyagolható a szédülésnapló vezetésének az az előnye, hogy a beteg aktív közreműködését feltételezi.

Mindezek statisztikailag nehezen értékelhető paraméterek, mégis sokat segítenek a Ménière-betegek gondozásában.

Következtetés

A szédülésnapló létjogosultsága egyértelmű, hiszen segítségével a panaszok alakulása, a gyógyszeres kezelés hatékonysága követhető. Ugyanakkor a modern biopszichoszociális megközelítés miatt az életminőség feltérképezése is fontos, amely kapcsán nemcsak a tünetek megjelenését, hanem azok életvitelre kifejtett hatását is figyelembe kell vennünk, életminőség-kérdőív alkalmazásával.

Anyagi támogatás: A kutatás az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009. számú projekt keretein belül valósult meg; Emberi Erőforrások Minisztériuma, Oktatásért Felelős Államtitkárság.

Szerzői munkamegosztás: M. A.: Adatgyűjtés, statisztikai elemzés, a cikk megírása. M. S.: Kritikai megjegyzések,

adatgyűjtés. Sz. Á.: Témavezető, a beteganyag biztosítása, a kutatás folyamatos szakmai felügyelete és szupervíziója, kritikai megjegyzések. F. Z.: Betegkiválasztás, kritikai megjegyzések. T. L.: Kritikai megjegyzések. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Oberman BS, Patel VA, Cureoglu S, et al. The aetiopathologies of Ménière's disease: a contemporary review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2017; 37: 250–263.
- [2] Szirmai Á. The Ménière syndrome. [A Ménière-szindróma.] *Medicus Anonymus* 2009; 17(2): 17–18. [Hungarian]
- [3] Kalinics P, Gerlinger I, Harmat K. The aetiology, diagnosis and therapy of Ménière's disease – Review article. [A Ménière-betegség etiológiája, diagnózisa és terápiája – Irodalmi áttekintés.] *Fül-Orr-Gégegyógyászat* 2019; 65: 49–55. [Hungarian]
- [4] Walther LE. Procedures for restoring vestibular disorders. *GMS Curr Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 4: Doc05.
- [5] Orji FT. The influence of psychological factors in Meniere's disease. *Ann Med Health Sci Res.* 2014; 4: 3–7.
- [6] Van Crujjsen N, Wit H, Albers F. Psychological aspects of Ménière's disease. *Acta Otolaryngol.* 2003; 123: 340–347.
- [7] van Crujjsen N, Jaspers JP, van de Wiel HB, et al. Psychological assessment of patients with Ménière's disease. *Int J Audiol.* 2006; 45: 496–502.
- [8] Sawada S, Takeda T, Saito H. Antidiuretic hormone and psychosomatic aspects in Ménière's disease. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1997; 528: 109–112.
- [9] Groen JJ. Psychosomatic aspects of Ménière's disease. *Acta Otolaryngol.* 1983; 95: 407–416.
- [10] Savastano M, Maron MB, Mangialaio M, et al. Illness behaviour, personality traits, anxiety, and depression in patients with Ménière's disease. *J Otolaryngol.* 1996; 25: 329–333.
- [11] De Valck CF, Denollet J, Wuyts FL, et al. Increased handicap in vertigo patients with a type-D personality. *Audiological Med.* 2007; 5: 169–175.
- [12] Söderman AC, Bagger-Sjöbäck D, Bergenius J, et al. Factors influencing quality of life in patients with Ménière's disease, identified by a multidimensional approach. *Otol Neurotol.* 2002; 23: 941–948.
- [13] Cohen H, Ewell LR, Jenkins HA. Disability in Ménière's disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 121: 29–33.
- [14] Hägnebo C, Melin L, Larsen HC, et al. The influence of vertigo, hearing impairment and tinnitus on the daily life of Ménière patients. *Scand Audiol.* 1997; 26: 69–76.
- [15] Chakor RT, Eklare N. Vertigo in cerebrovascular diseases. *Otorhinolaryngol Clin.* 2012; 4: 46–53.
- [16] Molnár A, Maihoub S, Tamás L, et al. Possible effect of diabetes and hypertension on the quality of life of patients suffering from Ménière's disease. [A diabetes mellitus és a hypertonia lehetséges hatása a Ménière-betegségben szenvedők életminőségére.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 144–150. [Hungarian]
- [17] Lahmann C, Henningsen P, Brandt T, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 302–308.
- [18] Szirmai Á. (ed.) The differential diagnosis and therapy of balance disorders. [Az egyensúlyzavarok differenciáldiagnosztikája és terápiája.] *Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006; pp. 151–158.* [Hungarian]
- [19] Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al. Diagnostic criteria for Ménière's disease. *J Vestib Res.* 2015; 25: 1–7.
- [20] Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2012; 22: 167–172.

(Molnár András dr.,
Budapest, Szigony u. 36., 1083
e-mail: andrasm94@gmail.com)

„*Ex vitio alterius sapiens emendat suum.*”

(Saját hibáját másébol okulva javítja ki a bölcs. – Más kárán tanul az okos.)