

Hörsturz (engl.: sudden sensorineural hearing loss, SSNHL)

allgemein

Definition

- ohne erkennbare Ursache plötzlich auftretende, in der Regel einseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit cochleärer Genese von unterschiedlichem Schweregrad bis hin zur Ertaubung. Schwindel und/oder Ohrgeräusche können zusätzlich auftreten (*Dt. Ges. HNO 2014*)
- akuter idiopathischer Hörverlust mind. -30 dB in drei Testfrequenzen über 72h (*AAO-HNS practice guideline 2012*)

Epidemiologie

- keine sichere Datenlage, jährliche Inzidenz ca. 2-20/100.000
- Häufigkeitsgipfel 43.-53. LJ, m=w
- hohe Spontanheilungsrate von 50-70%

Ätiologie und Pathogenese

unklar (cochleäre Durchblutungsstörung oder Entzündung / zelluläre Dysfunktion der Haarzellen / ...?)

mögliche Ursachen (aus: UpToDate 09/2017)

infektiös	HSV, Influenza / Parainfluenza, Mumps, Masern, Röteln, HIV, bakterielle Meningitis, Mycoplasma pneumoniae, Borreliose, Tbc, Syphilis, Pilzinfektionen
medikamentös-toxisch	Aminoglykoside, Vancomycin, Erythromycin, Schleifendiuretika, Cisplatin, Chinin, Kokain, Alkohol
neoplastisch	Akustikusneurinom, Carcinomatosa meningeosis, Lymphome, Leukämie, multiples Myelom
traumatisch	Kopfverletzungen, Barotrauma, Lärmexposition
autoimmune	SLE, Antiphospholipid-Syndrom, Rheumatoide Arthritis, Sjögren Syndrom, Vaskulitiden
vaskulär	Vertebrobasilarinfarkt, Kleinhirnininfarkt, Innenohrblutung
Sonstige	M. Menière, Otosklerose, M. Paget, MS, Sarkoidose, Hypothyreose

Klinik

Symptome (90% unilateral)

- plötzlich oder innerhalb von Stunden aufgetretener Hörverlust / Hörminderung
- häufig zuvor Druckgefühl, „Watte im Ohr“, „dumpfes Gefühl“, periaurale Dysästhesie

Begleitsymptome: Tinnitus (85-90%), peripher-vestibulärer Schwindel (20-60%)

Diagnostik

Anamnese

- Trauma, Lärmexposition, Medikation, frühere Hörstörungen
- Ohren-/ Kopfschmerzen, Ohrsekretion, Fieber, fokale-neurologische Symptome
- Begleitsymptome: Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Nystagmus...
- psychosoziale Belastung, Hinweise für Depression / Somatisierungsstörung

hausärztliche Basisdiagnostik

- Otoskopie, Weber/ Rinne
- Augen: Horner-Syndrom, Diplopie, Nystagmus
ggf. ergänzend Romberg-Test, Unterberger-Tretversuch

Differentialdiagnosen Hörverlust

- Akustikusneurinom, intrakranielle Tumoren, Schlaganfall (A. cerebelli inferior anterior), , MS, Vitamin-B12-Mangel
- M. Menière, medikamentös-toxische Schädigung, Perilymphfistel
- Trommelfellperforation, Barotrauma, Otosklerose, Gehörknöchelchenluxation
- Okklusion des Gehörgangs durch Cerumen / Fremdkörper
- Otitis media, Cholesteatom, Zoster oticus

→ Überweisung HNO (weiterführende Diagnostik, da Ausschlussdiagnose; Audiometrie → einseitige Innenohrschwerhörigkeit)

Therapie

partizipative Entscheidungsfindung: abwartendes-Offenhalten vs. medikamentöse Therapie

- Begründung: keine ausreichende Evidenz, Studienlage mit z.T. widersprüchlichen Ergebnissen bei gleichzeitig hoher Spontanremission
- hierbei Persönlichkeitsstruktur des Patienten, psychosoziale Situation und subjektiver Beeinträchtigung einbeziehen

Glucocorticoide

- UpToDate (Stand 08/2017)
 - am ehesten Therapie der Wahl
 - bevorzugt orale Applikation: 1 mg/kgKG/Tag (max. 60 mg/Tag) über 10-14 Tage (1-0-0)
 - intratympanale Installation: KI / Unverträglichkeit einer hochdosierten system. Gabe (z.B. Diabetes) / ausbleibender Therapieeffekt
- S1-Leitlinie HNO (Stand 01/2014)
 - systemische Therapie mit 250 mg Prednisolon-Äquivalent über 3 Tage (keine Stellungnahme zur Applikationsart)
 - alternativ: intratympanale Applikation
 - Gleichwertigkeit lokale vs. systemische Therapie, systemische Therapie als primäre Behandlung empfohlen
- Bewertung Igel-Monitor: systemische Therapie (p.o./i.v.): „tendenziell negativ“ (Stand 07/2015)

ohne ausreichende Wirksamkeitsbeläge:

- rheologische Therapie
- Magnesium, Zink, Ginkgo Bilboa
- hyperbare Sauerstofftherapie
- Fibrinogen-/ LDL-Apharese

Follow-up und Prognose

Follow-up

- audiometrische Verlaufskontrolle: 6 Monaten nach Erstdiagnose, ggf. früher zur Beurteilung der Therapieansprache
- Pat. mit anhaltendem Hörverlust: akustische Rehabilitation, ggf. Hörgerätversorgung

😊 günstige Prognose

- v.a. bei hochfrequentem Hörverlustmuster
- 2/3 Remission, z.T. keine vollständige Symptomrückbildung

⚠️ negative prognostische Faktoren

- fehlende Besserung innerhalb von 3 Monaten
- Hörverlust im Tieffrequenzbereich / über große Frequenzbereiche
- Vorhandensein von Schwindel
- hohes Alter

offene Fragen

- bestimmte Vulnerabilität, z.B. Stressbewältigung / Angststörung / Somatisierungsneigung?
- psychologische Effekte (Zuwendung) bei intravenöser Therapie vs. Iatrogenisierung?
- Leidensdruck und Beeinträchtigung durch Hörverlust bei unvollständiger / fehlender Remission?

Fazit für die Praxis

- Ätiologie und Pathogenese des Hörsturzes sind unklar
- begleitender Tinnitus 85-90% der Fälle → ggf. erschwerte DD
- Hörsturz ist eine Ausschlussdiagnose → Überweisung HNO
- hohe Spontanremission: abwartendes Offenhalten ist vertretbar
- medikamentöse Therapie: nur geringe Evidenz, am ehesten systemische Glucocorticoid-Therapie (intratympanale Applikation: HNO)
- langfristige Beeinträchtigung für den Patienten bei fehlender / unvollständiger Remission bleiben offen, ggf. abhängig von Frequenzbereich