

MMW-NOTFALLCHECKLISTE

Hörsturz

Von M. Canis

Ein 45-jähriger Mann kommt in die Praxis und berichtet, dass seit dem Vortag eine plötzlich aufgetretene Hörminderung des linken Ohres bestehe. Außerdem klagt er über einen hochfrequenten Tinnitus links. Auf Nachfragen gibt der Patient an, bei raschen Körperdrehungen ein Schwindelgefühl zu spüren.



Sofortdiagnostik

- Ein einseitiger, plötzlicher Hörverlust mit Tinnitus und Schwindel weist auf einen Hörsturz hin. Diese Anamnese ist aber nicht spezifisch.
- Der plötzliche Krankheitsverlauf mit einseitigem Auftreten der Symptome legt eine vaskuläre Genese nahe. Die Ätiologie des Hörsturzes ist aber nach wie vor unklar. Bei bekannter Ursache einer Innenohrschwerhörigkeit liegt per Definition kein Hörsturz vor.

Differenzialdiagnostisch denken Sie an

- eine Verlegung des äußeren Gehörgangs (Zerumen, Otitis externa),
- Mittelohrprozesse (Otitis media, Paukenerguss, Tubenmittelohrkatarrh),
- Innenohrschwerhörigkeiten anderer Genese (virale Infektionen, genetische Innenohrschwerhörigkeiten, toxische Einflüsse),
- retrocochleäre Schwerhörigkeiten (Encephalitis disseminata, Akustikusneurinom),
- sonstige Ursachen (psychogen, hämatologische Erkrankungen).

Untersuchung

- Klinischer HNO-Status
- Ohrmikroskopie
- Hörprüfungen (Stimmgabel, Tonaudiometrie, ggf. otoakustische Emissionen)
- Tympanometrie
- Vestibularisprüfung
- Körperliche Untersuchung (internistisch, neurologisch).

Maßnahmen

Die pathophysiologischen Vermutungen legen eine zeitnahe Behandlung des Hörsturzes nahe. Allerdings gibt es hierfür keine Evidenz. Die Behandlung wird deshalb nur als Eilfall eingestuft. Es werden zahlreiche Medikamente und Therapien eingesetzt, deren Wirksamkeit nicht mit Evidenz Grad I bewiesen ist.

Glukokortikoide

Glukokortikoide gelten als Goldstandard. Es sollten drei Tage lang jeweils mindestens 250 mg Prednisolon oder ein anderes synthetisches Glukokortikoid mit äquivalenter Dosierung gegeben werden („Off label“-Anwendung).

Plasmaexpander

Sie werden mit dem Gedanken, dass sie die rheologischen Eigenschaften verbessern, verwendet. Es kommen Hydroxyethylstärke-lösungen (HAES) unterschiedlicher Konzentration über drei bis fünf Tage zum Einsatz.

Als Nebenwirkung muss ab einer kumulativen Dosis von 180 g (sechs Infusionen à 500 ml einer 6%-igen HAES-Lösung) mit einem therapieresistenten Pruritus gerechnet werden. Dieser sollte durch eine Anpassung des Therapieschemas verhindert werden.

H.E.L.P.-Apherese

Die drastische Reduktion von Fibrinogen und LDL-Cholesterin mittels H.E.L.P.-Apherese konnte in zwei kli-

nischen Studien eine signifikante Überlegenheit im Vergleich zu Glukokortikoiden zeigen. Allerdings gibt es noch keine Phase-III-Studie an einem großen Patientenkollektiv.

Lokale Therapie

Hierbei werden Medikamente unter Lokalanästhesie durch das Trommelfell appliziert. Vorteil ist die hohe Wirkstoffkonzentration im Innenohr bei geringen systemischen Nebenwirkungen. Lokale Komplikationen (Infektion, Trommelfellperforation) sind selten. Auch hier ist die Datenlage nicht eindeutig, allerdings kann die intratympanale Applikation von Glukokortikoiden als Reservetherapie bei der Kontraindikation einer systemischen Therapie angesehen werden. Es werden Dosierungen von 2,5 mg Dexamethason in 0,3 bis 0,5 ml eingesetzt.

Woran noch denken?

Zum Ausschluss einer retrocochleären Hörstörung, z. B. aufgrund eines Akustikusneurinoms, sollte sechs Wochen nach der akuten Symptomatik eine Messung der akustisch evozierten Potenziale oder eine kraniale Kernspintomografie erfolgen.

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. med. Martin Canis, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universität München, Marchioninstr. 15, D-81377 München, E-Mail: martin.canis@med.uni-muenchen.de