

Plötslig sensorineural hörselnedsättning hos vuxna H91.2

Riktlinjer för Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland).

Syfte

Att ge riktlinjer för ett standardiserat omhändertagande av vuxna patienter som drabbas av plötslig sensorineural hörselnedsättning i Sydöstra sjukvårdsområdet, skärpa diagnostiken, undvika onödiga undersökningar, samt förbättra hörsel-återhämtning och livskvalité.

Definition och incidens

Den mest använda definitionen på plötslig sensorineural hörselnedsättning är nyttillkommen hörselnedsättning på ≥ 30 dB på minst 3 efterföljande frekvenser och med utveckling inom 3 dygn (1). I klinisk praxis kan det finnas skäl att beakta även lindrigare hörselnedsättning. Incidens uppskattas till 5-30/100 000 invånare per år (1).

Etiologi

I upp till 90 % är den plötsliga hörselnedsättningen idiopatisk. Då kan inte orsaken bestämmas trots adekvat utredning. Presumptiva etiologier är vaskulär, viral, autoimmun eller multipla etiologier.

Hos mellan 10 och 15 % av de patienter som drabbas av plötslig HNS kan man finna en bakomliggande orsak, t ex Ménières sjukdom, labyrinthit, trauma (inklusive baro- eller akustiskt trauma), vestibularisschwannom, malignitet, stroke, demyeliniserande sjukdom, neuroborrelios eller ototoxiska läkemedel¹.

Bilateral plötslig hörselnedsättning är mycket ovanlig och kan anses ha annan etiologi än unilateral, ex meningit, syfilis, MELAS, Cogans syndrom, sarkoidos. Tillståndet är förenat med ökad sjuklighet och dödlighet och kräver annan och ofta akut handläggning (2).

Symtom

Hörselnedsättning med snabbt insättande, från sekundsnabb till gradvis tilltagande inom loppet av dagar. Vanliga associerade symtom är tinnitus, hyperakusi, ljudförvrängning, tryck/fyllnadskänsla i örat och yrsel.

Utredning

När en patient söker för plötslig hörselnedsättning är det primära att fastställa om hörselnedsättningen är konduktiv eller sensorineural. Vid konstaterad plötslig sensorineural hörselnedsättning syftar utredning till att identifiera eventuell bakomliggande genes.

Anamnes

- Aktuellt; Debut? Duration? Skall-, akustiskt- eller baro-trauma? Fästingbett?
- Associerade symtom? Huvudvärk, dubbelseende, känsel förändring i ansiktet, hudförändring? Annat fokalneurologiskt bortfallssymtom?
- Bakgrund; Tidigare fluktuerande hörselnedsättning? Övriga sjukdomar (hjärt- kärl, ögon- led- och autoimmuna sjukdomar), Ototoxiska läkemedel?

Status

- Tonaudiogram med luft- och benledning. Stämgafltestester används när audiogram inte finns tillgängligt.
- AT och ÖNH-status. Vaxpropp? Cholesteatom? Infektion? Trumhinneperforation? Blåsor?
- Vid tilläggsymtom av yrsel - otoneurologiskt status, inklusive ansiktssensorik, ansiktsmotorik, ögonmotorik, (sackader och följerörelser), spontannystagmus, HINTS, Dix Hallpike, test av laterala båggångar och visuell supression.

Vidare utredning

- Alltid MR för att utesluta vestibularisschwannom, annan tumör eller demyeliniserande sjukdom.
- Kontakta öronkirurg om hörselnedsättningen kommit i samband med barotrauma.
 - Om hörselnedsättning i kombination med vestibulära symtom uppstått i samband med barotrauma, överväg DT öra och kontakta öronkirurg för ställningstagande till subakut exploration (nästkommade vardag). Exempel på barotrauma: dykning, flygning, valsvalva, krystning, kraftig nysning, finger i hörselgången.
- Vid samtidigt vestibulärt bortfall ska centrala genes beaktas och bör föranleda akut utredning och vid misstanke om stroke (AICA-infarkt) ska patienten bedömas akut av neurolog.
- Ingen rutinmässig provtagning.
- Riktad provtagning och ytterligare utredning kan vara aktuellt utifrån vad som framkommit i anamnes och status.
- Vid plötslig hörselnedsättning som recidiverar eller är bilateral (2) bör riktad utredning göras, konsultera hörselinriktad kollega.
- Patienter som drabbats av plötslig hörselnedsättning har en signifikant ökad risk för samtidig diabetes, hypertoni och hyperlipidemi, vilket utgör en ökad risk för framtida kardiovaskulär sjukdom. Därför ska en remiss till primärvården för bedömning avseende kardiovaskulära riskfaktorer övervägas (3).

Behandling

En stor begränsning inom forskningsfältet beror på den breda heterogeniteten med många olika etiologier, associerade symtom, samt variationer av initial hörselnedsättning och hörselåterhämtning.

Spontanläkningsfrekvensen är hög och den återhämtning som ses brukar normalt ske inom två veckor, men kan ibland ske senare.

Med ett antagande om svullnad som patofysiologisk mekanism kan kortison tänkas reducera den inflammatoriska responsen. Det vetenskapliga stödet för att kortikosteroider har effekt som behandling mot plötslig sensorineural hörselnedsättning är begränsat. Med tanke på den funktionsnedsättning en kvarstående hörselnedsättning kan ge bedöms fördelarna med kortisonbehandling ändå överväga biverkningsrisken. Behandlingen ska inledas så snart som möjligt, senast inom 2 veckor från symtomdebut. Ju tidigare desto större chans att behandlingen har effekt.

Absoluta/relativa kontraindikationer till kortisonbehandling: Pågående ulcus, svår/kronisk infektion, psykosjukdom, graviditet, svårreglerad diabetes.

T. Prednisolon 10mg, 6 tabl x1 i 5 dagar, därefter 3 tabl x1 i 5 dagar

Intratympanal steroid-behandling är troligen lika effektivt som peroral behandling och kan vara aktuell vid kontraindikationer mot systemisk behandling (1, 4).

Vid intratympanal steroid-behandling: Använd Betapred lösning 4 mg/ml. Dra upp 1 ml. Lösningen ska vara kroppsvarm vid injektion. Lokalbedöva trumhinnan. Patienten ligger på sin friska sida och helst med huvudet lätt tiltat bakåt. Pricka trumhinnan med nål för att få ett luftningshål i övre delen av trumhinnan. Betapred injiceras så det fyller upp mellanörat (ca 0,4-0,8 ml). Patienten ligger kvar på sidan i 15-30 min. Injektionen upprepas förslagsvis 3 gånger på 2 veckor (5).

Sjukskrivning behövs sällan, men det kan vara motiverat en kortare period och ska övervägas vid hörselkrävande yrken, akustiskt krävande miljö eller uttalad krisreaktion. Deltidssjukskrivning kan vara lämpligt i vissa fall.

Patientinformation

- Informera patienten om naturalförlopp, prognos och behandlingsalternativ.
- Patienten ska ta kontakt ifall försämring sker i samband med utsättning av Prednisolon. Då skall ställningstagande till förlängd eller kontinuerlig kortisonbehandling tas.
- Informera patienten om vanliga kortisonbiverkningar och om att ta kontakt vid uttalade besvär av behandlingen.
- Starka ljud ska undvikas och det är viktigt att skydda hörseln mot höga ljud i framtiden.
- Vid barotrauma informeras patienten om att undvika tunga lyft, dykning och intensiv fysisk träning i ca fyra veckor.

Prognos

En betydande andel av patienterna (32-65% anges i olika studier) blir helt eller delvis återställda. Negativa prognostiska faktorer är uttalad hörselnedsättning, hög respektive låg ålder, samt samtidig vestibulär påverkan.

Låg recidivrisk.

Bestående ensidig hörselnedsättning kan ge en uttalad påverkan på livskvalitet med försämrad förmåga till att lokalisera ljud, uppfatta tal i miljö med störande bakgrundsljud och hårbärgera tinnitus.

Uppföljning

2-4 veckor: Återbesök efter avslutad kortisonbehandling med tonaudiogram och utvärdering av effekt av behandling. Bedömning av behov av rehabiliterande insatser.

3-6 månader: Återbesök med ton- och talaudiogram. Ånyo bedömning av rehabiliteringsbehov.

Patientfall med recidiverande eller bilateral plötslig hörselnedsättning följs i möjligaste mån av hörselinriktad läkare. CI ska övervägas vid ensidig grav sensorineural hörselnedsättning i kombination med invalidiserande tinnitus.

Referenser:

1. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, et al. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;161(1_suppl):S1-s45.
2. Sara SA, Teh BM, Friedland P. Bilateral sudden sensorineural hearing loss: review. The Journal of laryngology and otology. 2014;128 Suppl 1:S8-15.
3. Saba ES, Swisher AR, Ansari GN, Rivero A. Cardiovascular Risk Factors in Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;168(5):907-21.
4. Marx M, Younes E, Chandrasekhar SS, Ito J, Plontke S, O'Leary S, et al. International consensus (ICON) on treatment of sudden sensorineural hearing loss. European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases. 2018;135(1s):S23-s8.
5. Plontke SK, Meisner C, Agrawal S, Cayé-Thomasen P, Galbraith K, Mikulec AA, et al. Intratympanic corticosteroids for sudden sensorineural hearing loss. The Cochrane database of systematic reviews. 2022;7(7):Cd008080.