

# Plötslig sensorineural hörselnedsättning

## PM

### Definition

Det finns ingen konsensus avseende definitionen för plötslig sensorineural hörselnedsättning, men den i studier vanligast använda är nytillkommen hörsselförsämring om minst 30 dB inom 3 efterföljande audiogramfrekvenser som utvecklats inom loppet av 72 h. (1) I klinisk praxis kan det finnas skäl att beakta även lindrigare hörselnedsättning.

### Förekomst

Incidensen uppskattas till 2-20/100 000 invånare per år. Sjukdomen förekommer i alla åldrar, men är vanligaste i 50–60-årsåldern. Män och kvinnor drabbas lika ofta. Hörselnedsättningen är nästan alltid unilateral, men är bilateral i upp till 2-3% av fallen. (1)

### Etiologi

Flera olika etiologier till plötslig hörselnedsättning har föreslagits och sannolikt är genesen varierande. Bland teorierna för idiopatisk plötslig sensorineural hörselnedsättning nämns viruslabyrinthit, vaskulär skada, intracochleär membranskada eller autoimmun sjukdom. Hos mellan 10 och 15 % av de patienter som drabbas av plötslig HNS kan man finna en bakomliggande orsak i form av t ex Menières sjukdom, trauma, neuroborrelios, stroke, labyrinthit, barotrauma, demyeliniserande sjukdom eller vestibularisschwannom och det är viktigt att hitta dessa under utredningen för att kunna sätta in specifik behandling. I de flesta fall förblir dock orsaken idiopatisk. (2,3)

### Symtom

Förutom hörselnedsättning förekommer ofta tinnitus (90 %) och/eller hyperakusi, lockkänsla och även yrsel. (1)

### Prognos

En betydande andel (i olika studier anges 32-65%) av patienterna blir återställda utan behandling. Den spontanläkning som ses brukar normalt ske inom två veckor, men man kan ibland se förbättring under längre tid. Prognosen är sämre ju mer uttalad hörselnedsättningen är. Vid uttalad hörselnedsättning vid diagnos är det mycket ovanligt med full återhämtning medan en lättare hörselnedsättning ofta går tillbaka helt. Andra negativa prognostiska faktorer är hög respektive låg ålder (>65 år och <15 år) och samtidig vestibulär påverkan. Man ser ingen ökad risk för plötslig HNS på andra örat. (1, 3)

### Utredning

- Fastställ om hörselnedsättningen är sensorineural, blandad eller konduktiv.

- ÖNH-status inkl. stämgaffel-tester: Vaxpropp? Cholesteatom? Infektion? Trumhinneperforation?
- Tonaudiogram med luft- och benledning.
- Anamnes: Duration. Associerade symtom? Vestibulära symtom? Ototoxiska läkemedel? Trauma? Infektionstecken? Tidigare fluktuerande hörselnedsättning talar för Menière eller autoimmun sjukdom. Kontakta öronkirurg om hörselnedsättningen kommit i samband med barotrauma.
- Neurolog-status inkl. Romberg, diadokokinesi, finger-näs-test, ögonmotorik, förekomst av nystagmus, ansiktssensorik, ansiktsmotorik, påverkan på tal, styrka i extremiteter. Vid misstanke om stroke (AICA-infarkt) ska patienten bedömas akut av neurolog. Vid samtidigt vestibulärt bortfall ska central genes beaktas och bör föranleda akut utredning.
- MR ska göras i de flesta fall för att upptäcka vestibularis-schvannom, annan tumör eller demyeliniserande sjukdom.
- Blodprover: Borrelia-serologi, SR, CRP, ANCA, ANA. (7)
- Bilateral hörselnedsättning kräver särskild hänsyn till hörselrehabilitering och påverkar vilka bakomliggande diagnoser som är mest sannolika.

## Behandling

Informera patienten om natur, prognos och behandlingsalternativ.

Det vetenskapliga stödet för att kortikosteroider har effekt som behandling mot plötslig sensorineural hörselnedsättning är begränsat. De studier som gjorts har motsägelsefulla resultat. Med tanke på den funktionsnedsättning en kvarstående hörselnedsättning kan ge bedöms fördelarna med steroidbehandling 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. Intratympanal steroid-behandling är troligen lika effektivt som peroral behandling och kan vara aktuell vid kontraindikationer mot systemisk behandling, och kan också möjligen övervägas som rescue-behandling vid utebliven eller otillräcklig effekt av per-orala steroider. (3, 4, 5, 7)

Följande faktorer kan göra peroral behandling med högdos kortison olämplig:

- Pågående ulcus
- Svår/kronisk infektion
- Psykosjukdom i anamnesen
- Svårreglerad diabetes. Vid diabetes kan patienten i vissa fall behöva läggas in för kontinuerliga b-glukos-kontroller, i andra fall kan det skötas polikliniskt med tätare blodsockerkontroller hemma och kontakt med diabetes-sjuksköterska vid behov.
- Vid graviditet bör insättning av kortison föregås av diskussion med obstetriker.

<b>T Prednisolon 10 mg, 6 tabl/dag i 5 dagar, därefter 3 tabl/dag i 5 dagar.</b>
--

**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 var ca 3e dag vid 3-4 tillfällen. (3)

Informera patienten noga om att ta kontakt ifall försämring sker i samband med utsättning av prednisolon. Då skall ställningstagande till förlängd eller kontinuerlig kortisonbehandling tas.

Det kan vara motiverat med sjukskrivning en kortare period i initialskedet speciellt om patienten arbetar i en bullrig eller akustiskt krävande miljö. Informera patienten om att undvika tunga lyft, dykning och intensiv fysisk träning i ca fyra veckor om hörselnedsättningen uppstått i samband med barotrauma. Starka ljud ska också undvikas och det är viktigt att skydda hörseln i framtiden.

## Uppföljning

**1-2 veckor:** Återbesök efter avslutad kortisonbehandling med tonaudiogram och utvärdering av effekt av behandling. Efterfråga om patienten har besvär med tinnitus eller yrsel. Remittera till MR-undersökning om det inte gjordes vid första besöket.

**3 månader:** Återbesök med tonaudiogram. Bedöm behov av hörhjälpmedel eller annan form av hörselrehabilitering. Snabbare rehabiliteringsinsatser kan behövas t.ex. vid bilateral hörselnedsättning.

## Referenser:

1. KUHN, M; et al. Sudden sensorineural hearing loss: a review of diagnosis, treatment, and prognosis. *Trends In Amplification*. United States, 15, 3, 91-105, Sept. 2011. ISSN: 1940-5588.
2. CHAU, JK; et al. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss. *The Laryngoscope*. United States, 120, 5, 1011-1021, May 2010. ISSN: 1531-4995.
3. STACHLER, RJ; et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngology--Head And Neck Surgery: Official Journal Of American Academy Of Otolaryngology-Head And Neck Surgery*. England, 146, 3 Suppl, S1-S35, Mar. 2012. ISSN: 1097-6817.
4. WEI, BC; STATHOPOULOS, D; O'LEARY, S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. England, 7, CD003998, July 2, 2013. ISSN: 1469-493X.
5. CRANE, RA; et al. Steroids for treatment of sudden sensorineural hearing loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The Laryngoscope*. United States, 125, 1, 209-217, Jan. 2015. ISSN: 1531-4995.
6. AWAD, Z; HUINS, C; POTHIER, DD. Antivirals for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. England, 8, CD006987, Aug. 15, 2012. ISSN: 1469-493X.
7. LAWRENCE, R.; THEVASAGAYAM, R. Controversies in the management of sudden sensorineural hearing loss an evidence-based review. *Clinical Otolaryngology*. UK, 40, 176-182. Dec. 2014.