

## Ein Hörsturz ist kein Beinbruch

Ein Hörsturz wird definiert als – in der Regel einmaliger – plötzlicher, meist einseitiger Innenohrhörverlust ohne erkennbare Ursache. Die Funktionsstörung des Innenohrs kann über alle Frequenzen variieren und bis zur seltenen, vollständigen Taubheit führen.

Tritt ein Hörsturz öfters auf, so handelt es sich nicht mehr um einen Hörsturz, sondern beispielsweise vor allem bei Befall des Tieftonbereiches z.B. um Endolymphschwankungen.

Es gibt zahlreiche Theorien zu den möglichen Ursachen der plötzlichen Hörminderungen. Im Wesentlichen unterscheidet man jedoch 2 Erklärungsansätze:

Eine Schädigung durch Viren und Durchblutungsstörungen.

Die gängigste Erklärung sieht eine Durchblutungsstörung als auslösendes Ereignis. Wahrscheinlich kommt es dabei zu einem kurzfristigen Zusammenbruch der Energieversorgung des Innenohrs. Ebenso wahrscheinlich muss es sich dabei um eine vorübergehende Verminderung der Durchblutung handeln.

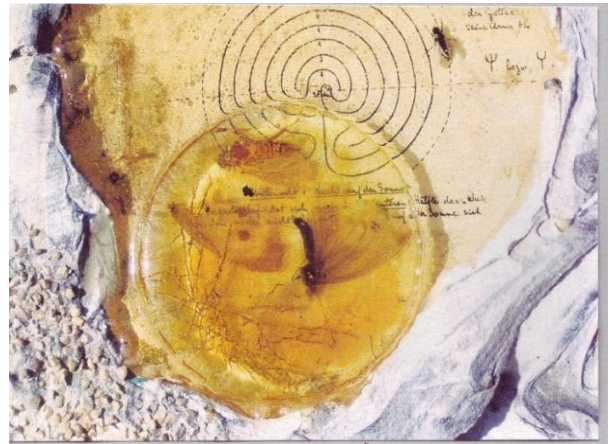
Das Innenohr wird nur durch ein einziges Blutgefäß, durch eine sog. Endarterie, versorgt. So ist das Innenohr einerseits besonders anfällig. Es ist andererseits aber dadurch geschützt, dass dieses Blutgefäß, die Arterie, in seiner Funktion zu den das Gehirn versorgenden Blutgefäßen gehört.

Das Gehirn, das für das Überleben wichtigste Organ, sorgt gut für sich. Unter normalen Umständen, wenn der Blutdruck nicht genug nach oben liefert, sorgt eine Ohnmacht für die richtige Fließrichtung.

So kann eine vorübergehende Durchblutungsstörung zwar der Ausgangspunkt für eine Hörschädigung und einen Tinnitus sein, nicht aber der Grund für das Anhalten und das Aufrechterhalten der Schädigung oder des Tinnitus.

Wenn eine Durchblutungsstörung dauerhaft vorläge, müsste das Ohr ertauben. Dies ist zum Glück nur selten der Fall.

**Weiter zu Therapie S. 4**



## Der Anfang ist gemacht

Mit Beginn des neuen Jahres hat die **Tinnitus Klinik Dr. Hesse** im Stadtkrankenhaus Arolsen auch die stationäre Arbeit aufgenommen. Schwerpunkte sind die Behandlung des Tinnitus Leidens und der Gleichgewichtsstörungen. Das Besondere ist die Verknüpfung der neurootologischen Kompetenz für das Ohr und das Gleichgewichtsorgan mit der psychosomatischen und somatopsychischen Herangehensweise, so dass ebenso fundiert HNO Aspekte wie der mit dem Ohr und dem Gleichgewichtsorgan verbundene Mensch beachtet und geachtet werden können.

In einer Zeit, in dem der Einzelne hinter Master Plänen und Excel Tabellen zu schwinden droht, wird auch die Medizin zunehmend der ICD Diagnosen und DRG Sätze eingeeignet.

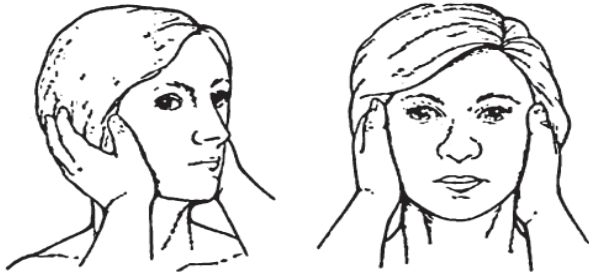
So werden Patienten zu austauschbaren Falldiagnosen und Krankengeschichten zu ICD Diagnosen.

Will man dann mit mehr Menge noch größere Gewinnraten erzielen, braucht man auch in der Psychosomatik personunabhängige operationalisierte Vorgehensweisen, in den die Bettenbelegung und die Ertrag aus den Patienten im Vordergrund steht. Das Patienten-Therapeuten Verhältnis muss dann durch Manuale ersetzt werden, in dem der Therapeut Anwender (Operator) und der Patient User wird.

In dieser Zeit möchten wir als „kleine Oase“ eine die Person und das Behandlungsteam in den Vordergrund stellende Medizin anbieten, in der Verständnis, Genesung und Ermutigung zur Eigenarbeit möglich ist.

(Bild oben: Cover „Erbarmen mit den Lehren“ 77 von S. Ilios, Dülmen)

## Kopfschütteln bei der Diagnose Findung ?



Bewegungen und Reaktionen der Augen auf Orientierungsimpulse (Okulomotorische Systeme) haben sich entwickelt, um die Blickstabilisation der Augen während der eigenen Bewegung (vestibulo-oculäre Reflexe) und während der Bewegung von anderen Menschen und Objekten (langames Folgesystem) zu erlauben.

Diese Systeme haben eine unterschiedliche anatomische und physiologische Basis, was sie für die Differentialdiagnose interessant macht. So wird die Untersuchung der Augenbewegungen bei Schwindelpatienten in ihrer Wichtigkeit nur durch die Krankengeschichte übertroffen, schreiben in ihrem lesenswerten Buch Bronstein und Lempert (2007).

Die Untersucher sollten auf Spontan- und Fixationsnystagmen sowie auf Folgebewegung, Sakkaden, die Funktionsfähigkeit des vestibulo-oculären Reflexes (VOR) und seine mögliche Unterdrückung achten.

### Wichtige Fragen sind:

1. Findet sich ein Spontanystagmus?
2. Lässt sich ein Lagerungsnystagmus als Hinweis auf den häufigen und gut behandelbaren Lagerungsschwindel (BPLS) auslösen?
3. Finden sich Hinweise für zentrale Gleichgewichtsstörungen oder zentrale Störungen für die Augenbeweglichkeit (z.B. sakkadierte Blickfolge, verlangsamte Sakkaden, Blickrichtungsnystagmus) oder weitere neurologische Symptome (z.B. Lähmung des Gesichtsnerven (Facialisparese), Taubheits- und Kribbelgefühle (Parästhesien), Schluckstörungen, Gangstörungen, Koordinationsstörungen) ?

## Der Kopf-Impuls-Test nach Halmagyi und Curthoys („Head-thrust“-Manöver)

Schneller und weniger aufwendig als bei der Kalt-Warmspülung kann die Funktion der Bogengänge qualitativ (im Sinne von: Ja/Nein) überprüft werden. Dazu führt der Untersucher eine kurze ruckartige Bewegung des Kopfes des Patienten in jeweils einer Ebene durch. Damit löst er den vestibulo-oculären Reflex (VOR) aus.

Der Patient soll dabei z.B. die Nase seines Untersuchers fixieren. Beim Gesunden gewährleistet der VOR, dass der Blick stabil bleibt und keine ruckartigen Augenbewegungen nötig werden.

Zur Prüfung des rechten horizontalen Bogenganges wird der Kopf des Patienten zunächst etwas nach links gedreht und der Patient gebeten, die Nasenspitze des Untersuchers ständig zu fixieren. Anschließend wird der Kopf durch den Untersucher rasch zur Mitte gedreht, während der Patient die Fixation beibehält.

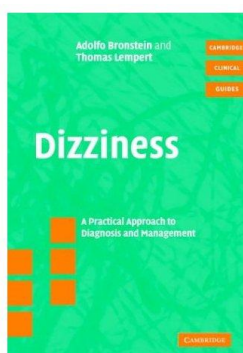
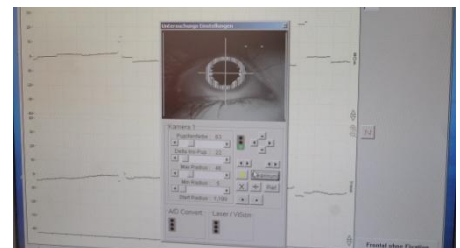
Bei einseitigem Ausfall eines oder mehrerer Bogengänge kann der Patient die Fixation nicht beibehalten. Dann gehen die Augen während der raschen Rotation des Kopfes mit dem Kopf mit (nach rechts), sodass der Patient nach Erreichen der Mittelstellung des Kopfes Rückstellsakkaden in die Gegenrichtung ausführen muss (nach links), um die Augen wieder auf den Fixierungspunkt zurück zu stellen.

Diese Rückstellsakkaden können vom gegenüberstehenden Untersucher beobachtet werden.

Geübte Untersucher können mit dem Kopf-Impuls-Test seitentrennt Aussagen für alle drei Bogengangsrichtungen machen.

**Ganz praktisch kann dies am 28.2. in Sulzbach (s. S.3 geübt werden.**

Genauere qualitative Ergebnisse sind inzwischen mit Videookulographie möglich, davon mehr im nächsten Rundbrief.



**Bronstein, A. & T. Lempert: Dizziness.**

**A practical approach to diagnosis and management.**

**Cambridge, 2007: Clinical Guides. 220 S., DVD mit Untersuchungsanleitungen**

Zwei Neurologen beschreiben den Weg vom Symptomenkomplex zur Differentialdiagnose und Diagnose. Dazu beschreiben sie in gut lesbarem, einfach gehaltenem Englisch, bestens veranschaulicht durch eine DVD, einen gangbaren Weg durch die verschiedenen Schwindelerscheinungen (der einmalige Schwindel, der wiederholte Schwindel, der Lagerungsschwindel, der chronische Schwindel, der Schwindel bei alten Patienten). Damit stellen sie die Situation her, wie sie sich in der Praxis einfindet, nur dass man mit diesem Buch einen guten roten Faden in die Hand bekommt, um daraus Diagnosen abzuleiten und weitere Schritte einzuleiten.

## Praktische Neurootologie

Leitidee dieser Veranstaltung ist es, den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie neurootologischer Krankheitsbilder mit praktischen Bezügen zu erläutern, zur Diskussion zu stellen, sowie Tipps und Tricks im täglichen Umgang zu vermitteln. Besondere Beachtung werden die Symptome Schwindel und Gleichgewichtsstörungen finden.

[http://www.symposium-neurootologie.de/Programm\\_Freitag.pdf](http://www.symposium-neurootologie.de/Programm_Freitag.pdf)



[http://www.symposium-neurootologie.de/Programm\\_Samstag.pdf](http://www.symposium-neurootologie.de/Programm_Samstag.pdf)

### Programm Freitag, 27. Februar 2009

- 15.00–15.30 Uhr  
Gestörtes Gleichgewicht:  
Grundlagen und Problemfelder  
*L. E. Walther (Sulzbach)*
- 15.30–16.00 Uhr  
Gutartiger Lagerungs-schwindel in der Praxis  
*F. Schmäl (Greven)*
- 16.15–16.45 Uhr  
Der Kopfpulstest in der Praxis  
*S. Hegemann (Zürich)*
- 17.00–17.30 Uhr  
Reaktiver psychosomatischer Schwindel:  
Praktische Diagnostik und Therapie  
*H. Schaaf (Bad Arolsen)*
- 17.30–18.00 Uhr Pause
- 18.00–18.30 Uhr  
Rechtliche Aspekte bei Schwindel,  
Hörstörungen und Tinnitus  
*A. Wienke (Köln)*
- 18.45–19.15 Uhr  
Fahrtauglichkeit bei Schwindel und Hörstörungen:  
Praktische Hinweise, Richtlinien, Neuigkeiten  
*F. Waldfahrer (Erlangen)*
- 19.30–20.00 Uhr  
Gutachtliche Aspekte bei HWS-Störungen und  
Tinnitus in der Praxis  
*O. Michel (Brüssel)*
- 20.00 Uhr Imbissbuffet

#### Zeit und Ort der Veranstaltung:

Freitag, 27.02.2009, 15.00 bis 20.00 Uhr  
Samstag, 28.02.2009, 09.00 bis 17.00 Uhr

Dorint Hotel Frankfurt-Main-Taunus-Zentrum  
Am Main-Taunus-Zentrum 1, 65843 Sulzbach (Taunus)  
<http://www.dorint-hotels.com/sulzbach>

Wissenschaftliche Leitung, Veranstalter und Organisation:  
Universitäts-HNO-Klinik Mannheim der  
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Univ.-Prof. Dr. med. Karl Hörmann  
Priv.-Doz. Dr. med. Leif Erik Walther  
Firma Interacoustics, Deutschland

#### Anmeldung\*\*\* und Auskunft:

Internet (elektronische Anmeldung)

<http://www.symposium-neurootologie.de>

E-mail: [anmeldung@symposium-neurootologie.de](mailto:anmeldung@symposium-neurootologie.de)

Fax: 02193 - 533179

Fon: 02193 - 533180

### Programm für Samstag, 28. Februar 2009

- 09.00–09.30 Uhr Diagnostische Aspekte beim  
zervikalen Schwindel in der Praxis  
*M. Hötzel (Berlin)*
- 09.30–10.00 Uhr Das Lärmtrauma: Diagnostik,  
Therapie und Prognose  
*S. Plontke (Tübingen)*
- 10.00–10.30 Uhr Hörsturztherapie in der Praxis:  
Tipps, Tricks und Fallstricke  
*O. Michel (Brüssel)*
- 10.30–11.00 Uhr Pause
- 11.00–11.30 Uhr Chirurgische Therapie  
bei Schwindel  
*M. Westhofen (Aachen)*
- 11.30–12.00 Uhr Therapie hörgeschädigter Kinder  
und Erwachsener mit Cochleaim-  
plantaten: Derzeitiger Stand in  
Diagnostik, operativer Versorgung  
und Rehabilitation  
*W. Gstöttner (Wien)*
- 12.00–12.30 Uhr „Dizziness“: Wenn der Schwindel  
aus den Beinen und dem Gehirn  
kommt  
*T. Lempert (Berlin)*
- 12.30–13.30 Uhr Mittagessen im Restaurant
- 13.30–14.15 Uhr Seminare und Intensivkurse
- Kurs 1 Kindliche Hörstörungen:  
Was tun? Ein praktischer Überblick  
*J. Haensel (Weeseling/Bonn)*
- Kurs 2 Benigner paroxysmaler Lagerungs-schwindel  
in der Praxis  
*F. Schmäl (Greven)*
- Kurs 3 Grundlegende praktische neurologische  
Techniken in der Schwindeldiagnostik  
*T. Lempert (Berlin)*
- Kurs 4 Der Kopfpulstest in der Praxis  
*S. Hegemann (Zürich)*
- 14.15–14.30 Uhr Pause
- 14.30–15.00 Uhr Wie aus Bewegung Hören werden  
kann: Zur Evolution des Labyrinths  
*K. Helling (Mainz)*
- 15.00–15.30 Uhr Physiotherapeutische Rehabilitation  
bei Schwindel: Praktische Hinweise,  
was ist gesichert?  
*A. Scholtz (Innsbruck)*
- 15.30–15.45 Uhr Pause
- 15.45–16.15 Uhr „Pseudo-Recruitment“,  
Hyperakusis und Phonphobie  
*H. Schaaf (Bad Arolsen)*
- 16.15–16.45 Uhr Schwindel, Hörstörungen und Tin-  
nitus -Gatwanderung zwischen  
gesicherter Evidenz, Leitlinien, zivil-  
rechtlichen Prozessen in der Praxis  
*D. Oldenburg (Hansu)*
- 17.00 Uhr Zusammenfassung  
und Verabschiedung  
*L. E. Walther (Sulzbach)*

## Therapie des Hörsturzes

Das akute Auftreten eines plötzlichen Hörverlusts gilt ebenso wie der akute Tinnitus in der Bundesrepublik als HNO-Eilfall.

Die Therapie besteht in einer möglichst sofortigen, d.h. in den ersten 48 h beginnenden Infusionsbehandlung unterschiedlichster Art mit meist den stets gleichen Erfolgsstatistiken. Gleichzeitig kann es sinnvoll sein, die Betroffenen aus dem Arbeits- und familiären Umfeld zu lösen, um so eine gewisse Abschirmung zu erreichen.

### Was machen wir beim akuten Hörverlust?

Wir setzen Cortison (Solu – Decortin H) ein, wenn sich gravierende Hörveränderungen - mit mehr als 25 - 30dB in mindestens zwei Frequenzen akut (!) einstellen, in der Vorstellung, auch eventuell immunbedingte Schädigungen positiv zu beeinflussen.

### Dies erfolgt nach dem Infusionsschema:

- 2 Tage 500 mg Solu – Decortin H in 500 ml Haes (oder NaCl) mit 300 mg Pentoxiyllin
- 2 Tage 250 mg Solu – Decortin H in 500 ml Haes (oder NaCl) mit 300 mg Pentoxiyllin
- 2 Tage 125 mg Solu – Decortin H in 500 ml Haes (oder NaCl) mit 300 mg Pentoxiyllin
- 2 Tage 75 mg Solu – Decortin H in 500 ml Haes (oder NaCl) mit 300 mg Pentoxiyllin
- 2 Tage 50 mg Solu – Decortin H in 500 ml Haes (oder NaCl) mit 300 mg Pentoxiyllin

Stellt sich ein Erfolg ein, geben wir Decortin (Urbason) als Tablette wie folgt weiter:

- 2 Tage 32 mg Urbason am Morgen
- 2 Tage 16 mg Urbason am Morgen
- 1 Woche 8 mg Urbason am Morgen.
- 1 Woche 4 mg Urbason am Morgen

Bedenken muss man, dass Hörstürze häufig aus anhaltenden Belastungssituationen entstehen oder, wie wir das auch von Herzinfarkten kennen, nach Beendigung solcher Dauerzustände.

Allerdings können in dem großen Topf »Hörsturz« zunehmend verschiedene Krankheitsbilder unterschieden werden, die dann nicht mehr unbekannt Ursachen sind. Dazu zählen Endolymphschwankungen, Lärmtraumata, psychogene Hörschwankungen etc.

Auch wenn bei der Therapie meist gut geholfen werden kann, ist es dennoch sinnvoll, die Umstände ernst zu nehmen, über die das hoch sensible Hörorgan plötzlich »gestürzt« ist.

Hier können Weichen gestellt werden zur Vorbeugung weiterer Ereignisse oder anderer Krankheitsformen, wie etwa von Erschöpfungszuständen.

Oft scheint es aber so zu sein, dass erst ein Tinnitusleiden hinzukommen muss, um genauer hinhören zu müssen.

**Tinnitus Klinik Dr. Hesse**  
**im Krankenhaus Bad Arolsen**  
**Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen**

[www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net) \* [www.ohrinstitut.de](http://www.ohrinstitut.de)

email: [info@tinnitus-klinik.net](mailto:info@tinnitus-klinik.net)

Sekretariat: Frau Kaiser: 05691/800-330

Fax 05691/800-329

Redaktion: Dr. Schaaf, PD Dr. Hesse (V.i.S.d.P)

Selbsthilfegruppen  
Deutsche Tinnitus-Liga e. V.  
[www.tinnitus-liga.de](http://www.tinnitus-liga.de)

