

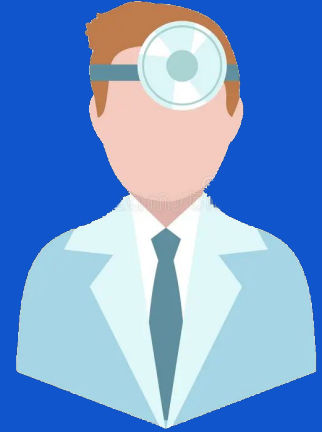
HNO in der Hausarztpraxis: Schwindel, Hörsturz und Menière

Dr. Silke Burkert, Fachärztin für HNO-Heilkunde,
Allergologie, Stimm- und Sprachstörungen



Gliederung

1. aktuelles Fallbeispiel aus meiner Praxis
2. Schwindel DEGAM-Leitlinie S2k 2025: Schwindel in der Hausarztpraxis
3. M. Menière mit Fallbeispiel
4. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel mit Fallbeispiel
5. Hörsturz mit Fallbeispiel



Quelle: istockphoto.com

Fallbeispiel aus meiner Praxis 10/25



Quelle: healthandmedicine.net

R. H. 59 Jahre, männlich:

- seit Jahren rez. minutenlange, schwere Schwindelanfälle
- Herzrasen, Erbrechen, Schweißausbrüchen, Hörminderung und starker Tinnitus
- zunehmende Verminderung der Hörfähigkeit mit Beeinträchtigung auf Arbeit in einer Schule und im privaten Umfeld bei größeren Menschenansammlungen (Restaurant, Geschäften)
- in Anfallsituationen und in den Folgetagen teilweise handlungsunfähig, benötigt dann für den Alltag Hilfe
- benötigt nach Anfall 1-2 Wochen bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Arbeitsausfall vermehrt sich > Arbeitgeber hat bereits 2 Gespräche dazu geführt
- er musste bereits drei Urlaubsreisen absagen aufgrund der Kurzfristigkeit der Anfälle
- seelischen Störungen nehmen immer mehr zu
- das Führen eines Pkw ist nicht mehr möglich
- Teilhabe am öffentlichen Leben ist stark eingeschränkt
- Situationen stellen eine Belastungsminderung dar
- ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung wurde gestellt

Schwindel

DEGAM-Leitlinie S2k: Schwindel in der Hausarztpraxis 2025

1. Allgemeine Fakten
2. Ursachen
3. Anamnese
4. HNO-Diagnostik

1. Allgemeine Fakten

- Symptom und keine Krankheit
- 1/20 häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis
- meiste Ursachen können durch Hausarzt geklärt werden
- Schwindelpatienten - gegenüber Nichtbetroffenen - 1,7-fach höhere Mortalität

wesentlichen Aufgaben für Hausärztinnen und Hausärzte -

korrekte diagnostische Einordnung Schwindel und ggf für rasche Weiterbehandlung Sorge zu tragen

2. Ursachen

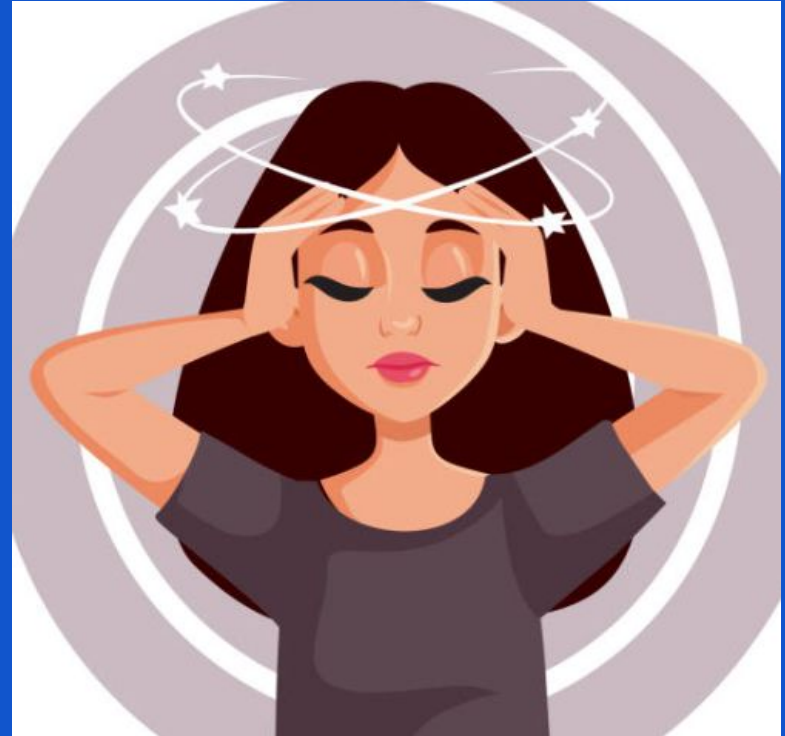
1. Störungen des peripheren vestibulären System
2. Störungen des zentralen Nervensystems
3. Funktioneller Schwindel
4. Kardiologisch/internistische Erkrankungen
5. Andere Ursachen
 - z.B. NW Medikamenten, toxische Substanzen
(Drogen, Alkohol), Polyneuropathien



Quelle: herold.at

3. Anamnese

1. zeitlicher Verlauf
2. Charakter
3. Auslöser
4. Begleiterscheinungen
5. Grunderkrankungen



Quelle: istockphoto.com

3.1. Zeitlicher Verlauf

Episoden über Sekunden bis wenige Minuten

Beispiele:

- benigner paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS)
- Vestibularisparoxysmie
- Syndrome der dritten mobilen Fenster (meist knöcherner Defekt im oberen Anteil des anterioren Bogengangs)
- paroxysmale Hirnstammattacken
- orthostatischer Schwindel
- transitorische ischämische Attacken (TIA), Herzrhythmusstörungen, Hyper- bzw. Hypotonie



Praxisbeispiel: trifft nicht zu

Episoden über viele Minuten bis Stunden

- z. B. Morbus Menière (ca 20 min bis 12 Stunden)
- vestibuläre Migräne (ca 5 min bis 72 Stunden)
- episodische Ataxien
- hypertensive Blutdruckentgleisungen



Quelle: teachmesurgery.com



Praxisbeispiel: könnte zutreffen

Quelle: healthandmedicine.net

Akut einsetzend über Tage bis wenige Wochen

zum Beispiel:

- Neuritis vestibularis (akute unilaterale Vestibulopathie-AUVP)
- Hirnstamm- oder Kleinhirnfarkt

Über Monate bis Jahre

zum Beispiel:

- bilaterale Vestibulopathie oder chronische unilaterale Vestibulopathie
- funktioneller Schwindel
- neurodegenerative Erkrankungen wie zerebelläre Ataxien, Downbeat-Nystagmussyndrom, Parkinsonsyndrom, Multisystematrophien, Normaldruck-Hydrocephalus



Praxisbeispiel: trifft nicht zu

3.2. Charakter

1. Drehschwindel wie Karussellfahren

z. B. bei benignem paroxysmalen peripheren Lagerungsschwindel
bei akuter unilateraler Vestibulopathie, unilateraler Hirnstamminfarkt

2. Schwankschwindel ähnlich wie beim Bootfahren

z. B. bilaterale Vestibulopathie, Funktioneller Schwindel, Blutdruckregulationsstörungen, posttraumatischer Otolithenschwindel, aber auch nach Befreiungsmanövern beim BPLS durch nur partielle Reposition von Otokonien (winzige statische Otholithen)

3. Benommenheitsschwindel

z. B. Funktioneller Schwindel, Herz-Kreislauf bedingter Schwindel (inkl. „Schwarzwerden vor Augen“) oder unerwünschte Medikamentenwirkung, Drogen, Alkohol, Schlafentzug u.v.a.)



Quelle: pixabay.com

3.3 Auslöser

1. Schwindel bereits in Ruhe vorhanden oder spontan auftretend
z. B. akute unilaterale periphere Vestibulopathie, Hirnstamm- oder Kleinhirnininfarkt, Morbus Menière
2. Schwindel beim Gehen oder Kopf-/Körperbewegungen
z. B. bilaterale oder chronische unilaterale Vestibulopathie, Funktioneller Schwindel)
3. Schwindels durch Kopflageänderung relativ zur Schwerkraft
z. B. BPLS oder zentraler Lageschwindel), „vertebral artery compression syndrome“ (früher Bow Hunter`s Syndrom)
4. nach Husten, Pressen, Niesen oder Heben schwerer Lasten
Syndrom der dritten mobilen Fenster (Bogengangsdehiszenz)



Praxisbeispiel: spontan auftretend

3.4. Begleitsymptome

1. **Otogene Symptome:** z. B. episodisch verstärkter Tinnitus oder Hypakusis
2. **zentrale Symptome:** Doppelbilder, Gefühlsstörungen im Gesicht oder an den Extremitäten, Schluck-, Sprechstörungen, Lähmungen oder Feinmotorikstörungen, meist Hirnstammläsion
3. **vestibuläre Migräne:** Episodischer Kopfschmerz und/oder Licht- oder Lärmempfindlichkeit, Aura zusammen mit den Schwindelbeschwerden und/oder bekannte Migräne,
4. **Begleitender Kopfschmerz** kann auch bei einer Hirnstamm-/ Kleinhirn-Ischämie oder bei Blutungen auftreten
5. **akute periphere oder auch zentrale vestibuläre Störungen**
häufig Übelkeit, Erbrechen
6. **Palpitationen, Herzrasen oder pulssynchrones Rauschen:** z.B. bei Herzrhythmusstörungen und/oder kreislaufbedingten Schwindelursachen



Praxisbeispiel: V.a. otogen

HNO oder Neurologie?

Anamnese/Begleitbefund	periphere Störung	zentrale Störung
Stärke der Symptome	akut meist deutlich	je nach Ausmaß der Läsion
Fallneigung, Gangunsicherheit deutlich	akut ja, chronisch gering	akut deutlich, chronisch gering
Erbrechen/Übelkeit	ja	variabel
Nystagmus rein vertikal	nein	ja (Downbeat-/Upbeat-Nystagmus)
Blickrichtungsnystagmus	nein	ja (30 %)
Fixieren reduziert Nystagmus	ja	in 50 % ja!
Neurologische Symptome	nein	meistens
Hörstörung	ja, bei Morbus Menière und Zoster oticus	Sehr selten: Infarkt der Arteria cerebelli anterior inferior (AICA)

Verdachtsdiagnose Fallbeispiel?



Quelle: healthandmedicine.net

4. HNO-Diagnostik

- Anamnese
- klinische Untersuchung inkl. Ohrmikroskopie
- Gleichgewichtstests
 - Frenzelbrille (Nystagmen)
 - Romberg/ Unterberger
 - thermische Prüfung
 - Kopf-Impuls-Test
 - vestibulär evozierte myogene Potentiale (Sakkulus und Utrikulus)
 - Posturografie (Messplatte)
- Hörprüfung (z.B. Weber, Rinne, Tonschwellenaudiogramm)
- Lagerungsprüfung
- Hirnstammaudiometrie (BERA)
- HINTS-Tests plus
- Bildgebung
- RR/Blutuntersuchungen



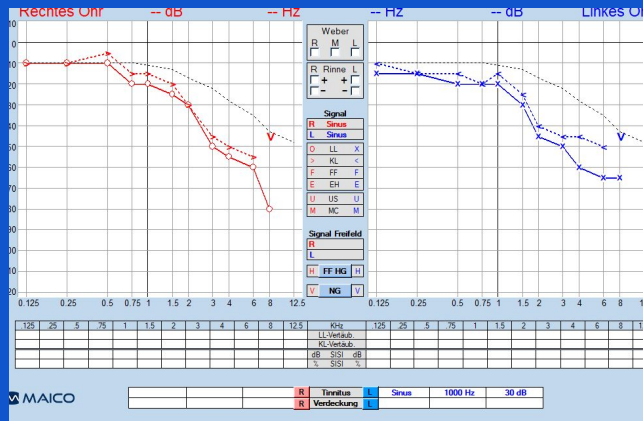
VNG- HNO Praxis Dr. Burkert

HINTS-plus Test

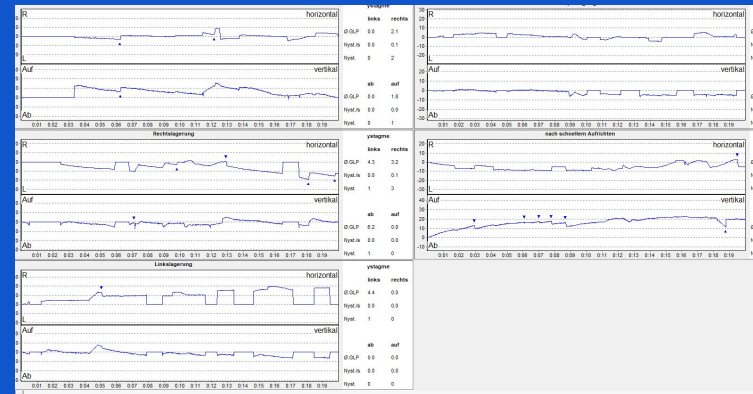
1. Klinischer Kopfimpulstest („head impulse“)
zur Prüfung des horizontalen vestibulo-okulären Reflexes
(normales Ergebnis spricht gegen eine vestibulär-periphere Läsion)
2. Analyse des Spontannystagmus (SPN)
Das Vorhandensein eines Blickrichtungsnystagmus entgegen der Richtung des SPN spricht für eine zentrale Störung
3. Abdecktest („test of skew“)
Findet sich eine vertikale Achsenabweichung eines Auges („skew deviation“)
bei der Entfernung der Abdeckung, spricht dies für eine zentrale Läsion
4. Untersuchung des Hörvermögens (HNO)
Differenzierung von einem AICA-Infarkt und Mobus Meniere

Fallbeispiel

R.H. 59 J. 8/23 höre schlecht seit Jahren, langsame Progredienz der Beschwerden, Hörsturz vor ca 1 Jahr li, HG bds. seit 10/20, Tinnitus li, aktuell kein Schwindel, nimmt Betavert 2x1 24 mg

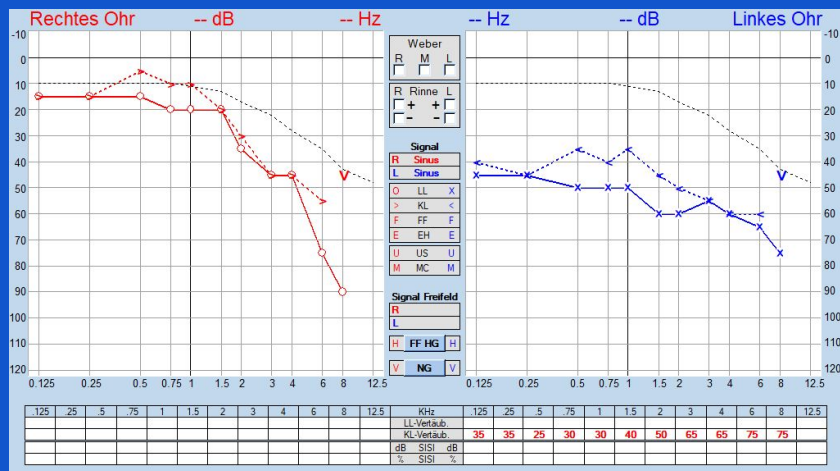


Tonschwellenaudiogramm 8/23



Videonystagmographie 8/23

- 1/24: seit 1 Woche akute starker Hörminderung links mit extremen Schwindel und extremen Tinnitus links, gestern Vorstellung HNO-Klinik, orales Kortison erhalten, Betavert 24 mg 3x1
- 6/25 erneuter Schwindelanfall mit Hörminderung und Tinnitus links,



Tonschwellenaudiogramm 6/25

Verdachtsdiagnose Fallbeispiel?



Quelle: healthandmedicine.net

Morbus Menière

1. Definition
2. Epidemiologie
3. Pathophysiologie
4. Diagnostik
5. Differentialdiagnosen
6. Warnhinweis
7. Therapie/Prophylaxe



Quelle: fernarzt.com

1. Definition

Erkrankung des Innenohrs,
durch plötzliche Anfälle von Drehschwindel,
Tinnitus und Hörverlust gekennzeichnet



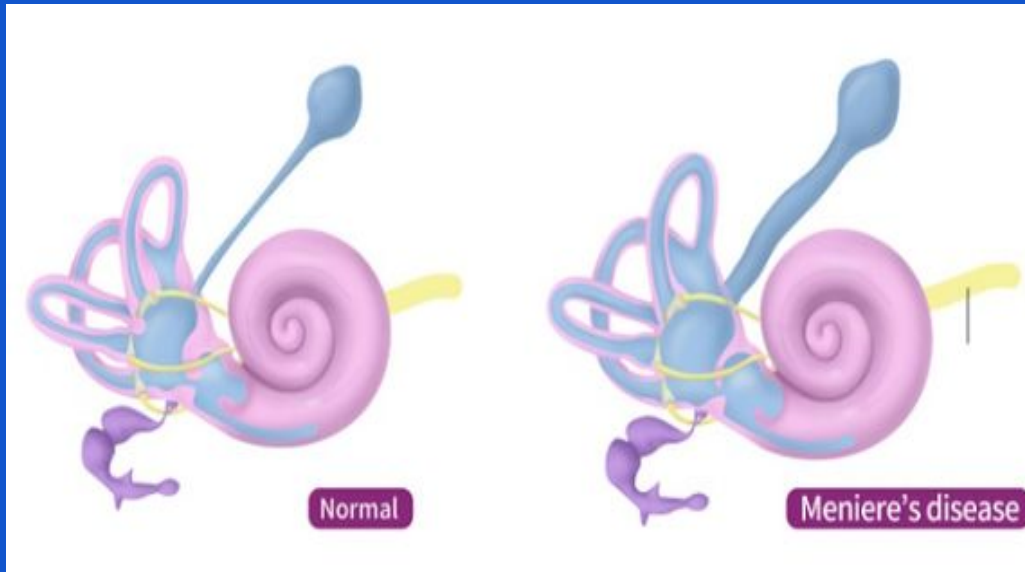
Quelle: happiesthealth.com

2. Epidemiologie

- Prävalenz Deutschland zwischen 17 bis 190 pro 100.000 Personen
- Altersgipfel 40er Jahre
- seltenen bei Kindern und Erwachsenen über 65 Jahre

3. Pathophysiologie

- durch Ausbildung eines Endolymphhydrops (ELH) im Innenohr erklärt
- wahrscheinlich aufgrund Abflussstörung der Innenohrflüssigkeit im Ductus oder Saccus endolymphaticus
- wahrscheinlich multifaktoriell



4. HNO-Diagnostik

- Anamnese
- klinische Untersuchung inkl. Ohrmikroskopie
- Gleichgewichtstests: ggf.
 - Frenzelbrille (Nystagmen)
 - Romberg/ Unterberger
 - thermische Prüfung
 - Kopf-Impuls-Test
 - vestibulär evozierte myogene Potentiale (Sakkulus und Utrikulus)
 - Posturografie (Messplatte)
- Hörprüfung (z.B. Weber, Rinne, Tonschwellenaudiogramm)
- Lagerungsprüfung
- Hirnstammaudiometrie (BERA)
- HINTS-Tests plus
- Bildgebung
- RR/Blutuntersuchungen



VNG- HNO Praxis Dr. Burkert

Kriterien

internationales Klassifikationskomitee der Bárány Society

sicherer oder wahrscheinlicher M. Menière

- zwei oder mehr Schwindelepisoden von 20 Minuten bis 12 Stunden (sichere Diagnose) oder bis zu 24 Stunden (wahrscheinliche Diagnose) Dauer
- fluktuierende oder nicht fluktuierende Schallempfindungsschwerhörigkeit (Tonschwellenaudiometrie)
- Tinnitus oder Druck im betroffenen Ohr
- nicht besser durch eine andere Störung erklärbar

5. Differentialdiagnosen

häufige Differentialdiagnosen:

- Hörsturz mit vestibulärer Beteiligung
 - Vestibuläre Migräne
 - Vestibularisparoxysmie (neurovaskuläres Kompressionssyndrom)
- Zerebrovaskuläre Erkrankung (Schlaganfall/TIA im vertebrobasilären Stromgebiet oder Hämorrhagie)

6. Warnhinweis

Hinweis auf gefährlichen Verlauf können sein:

- Downbeat-Nystagmus (schnelle Phase schlägt in Richtung der Füße)
- Kopfschmerzen
- Nackenschmerzen
- Schluck-, Sprechstörungen, Heiserkeit
- Doppelbilder, hängendes Augenlid
- sensible Ausfällen, Lähmungen
- Koordinationsstörungen
- Bewusstseinsbeeinträchtigungen
- Synkope, Herzrhythmusstörungen
- Zusammenhang mit einem Trauma



korrekte diagnostische Einordnung des Schwindels und für rasche ambulante/ stationäre Weiterbehandlung sorgen

7. symptomatische Therapie

Tabelle 6.2 a. Symptomatisch wirksame Antivertiginosa und Antiemetika (ges. gesch. b)
Präparatenamen z. T. in Auswahl)

Wirkstoffgruppe	Dosis	Wirkmechanismus
Antihistaminika		
Dimenhydrinat	Drg. (50 mg) alle 4-6 h oder Supp. (150 mg) 1-2/d	H1 Rezeptorantagonist
Serotoninantagonisten		
Ondansetron	Tbl. 4-8 mg (bis 24 mg/d) oder 4-8 mg i.v.	5 HT3-Antagonist
Benzodiazepine		
Diazepam	Tbl. (5 oder 10 mg) alle 4-6 h oder Injektionslösung 10 mg i.m.	GABAA-Agonist
Clonazepam	Tbl. (0,5 mg) alle 4-8 h	
Anticholinergika		
Scopolamin	Transdermal 1,0 mg/72 h	Muskarinantagonist

Quelle: DEGAM-Leitlinie S2k: Schwindel in der Hausarztpraxis 2025

Sedierende Antivertiginosa bei Schwindel nur symptomatische Behandlung
und i.d.R. nicht länger als drei Tage

Prophylaxe

Wirksamkeit für eine Heilung oder eine komplette Remission ungewiss:

- Betahistin
- intratympanale Therapien mit Gentamycin oder Steroiden
- Verfahren mit Druckänderungen der Umgebungsluft (PD)
- invasive Therapiemaßnahmen (Operationen)
- Evidenz für Lebensstilmaßnahmen oder Diäten, wie z.B. salzarme Kost, sehr niedrig

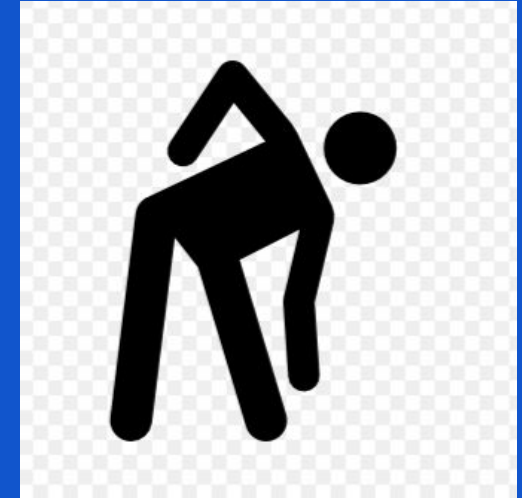


Quelle: stern-apotheke-marl.de

Rehabilitationstherapie

Leitlinie der American Academy of Otolaryngology –
Head and Neck Surgery aus dem Jahr 2020 empfiehlt:

1. vestibuläre Rehabilitation (VR)/Physiotherapie
2. Psychoedukation, Entspannungs- und Entängstigungs- Maßnahmen nach Anleitung („booklet“) mit deutlichen Verbesserungseffekten
3. neurophysiologische Prinzipien der Adaptation, Habituation und Substitution
4. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen reduzieren, die Balancefähigkeit fördern
5. Blickstabilisations- und Blickfolgebewegungen, Kopf- und Körperbewegungen sowie unterschiedlichste Balanceübungen am Ort und im Gehen mit offenen und geschlossenen Augen
6. Übungen werden in der Regel von Physiotherapeuten durchgeführt und angeleitet und wenn möglich zu Hause eigenständig fortgesetzt



Quelle: flaticon.com

Empfehlung

bei Morbus-Menière Patienten
mit einem chronischen
vestibulären Defizit und Gleichgewichtsstörungen
Physiotherapie/Vestibuläre Rehabilitationstherapie
außerhalb der aktiven Episode



Quelle: piktogrammbutikken.dk

Fallbeispiel

- im KH PZ/PD li
- orales Kortison nach Schema
- i.v. Mannitol
- intratympanale Applikation von Dexamethason
- Betavert 24 mg 3x 1
- Physiotherapie gegen Schwindel
- psychologische Unterstützung



Quelle: healthandmedicine.net

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)

1. Definition
2. Fallbeispiel
3. Epidemiologie
4. Pathophysiologie
5. Diagnostik
6. Warnhinweise
7. Therapie

1. Definition

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS)

- kurze Drehschwindelepisoden unter einer Minute
- bei offenen Augen mit Oszillopsien
- Übelkeit, teilweise Erbrechen, Schwankschwindel und Gangunsicherheit
- intensivste Schwindelattacken treten typischerweise morgens beim Umdrehen oder ersten Aufrichten im Bett auf
- ein diagnostisches Lagerungsmanöver kann einen typischer Nystagmus auslösen

2. Fallbeispiel

J.Z. männlich 71 J.

- erstmalig seit 6 d Drehschwindel beim Hinlegen und Umdrehen nach re, nach vorne Beugen
- Schwindel hält über Sekunden an
- beginnt plötzlich, tritt nachts und tagsüber auf
- keine akute Hörminderung, kein Tinnitus
- keine Gangunsicherheit, Benommenheitsgefühl, keine Fallneigung
- keine Kopfschmerzen, Übelkeit, kein Erbrechen
- keine Störung der Feinmotorik, keine Sehstörung
- keine Bewusstseinstörung, keine neurologischen Symptome
- bereits Vorstellung wegen des Schwindels beim Hausarzt vor 2d V.a BPLS, sonst opB

3. Epidemiologie

- häufigste peripher vestibuläre Schwindelursache
- bis zu 20 % der Patienten, die sich mit Schwindel beim Arzt vorstellen
- Am häufigsten zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr

4. Pathophysiologie

- meist idiopathisch
- gelegentlich nach Kopfanpralltraumen
- Lösung der Otolithen von den Otolithenorganen
- Risikofaktoren hierfür sind höheres Alter, frühere Stürze, verminderte körperliche Aktivität, andere peripher-vestibuläre Erkrankungen (M. Menière, AUPV) sowie Migräne

5. HNO-Diagnostik

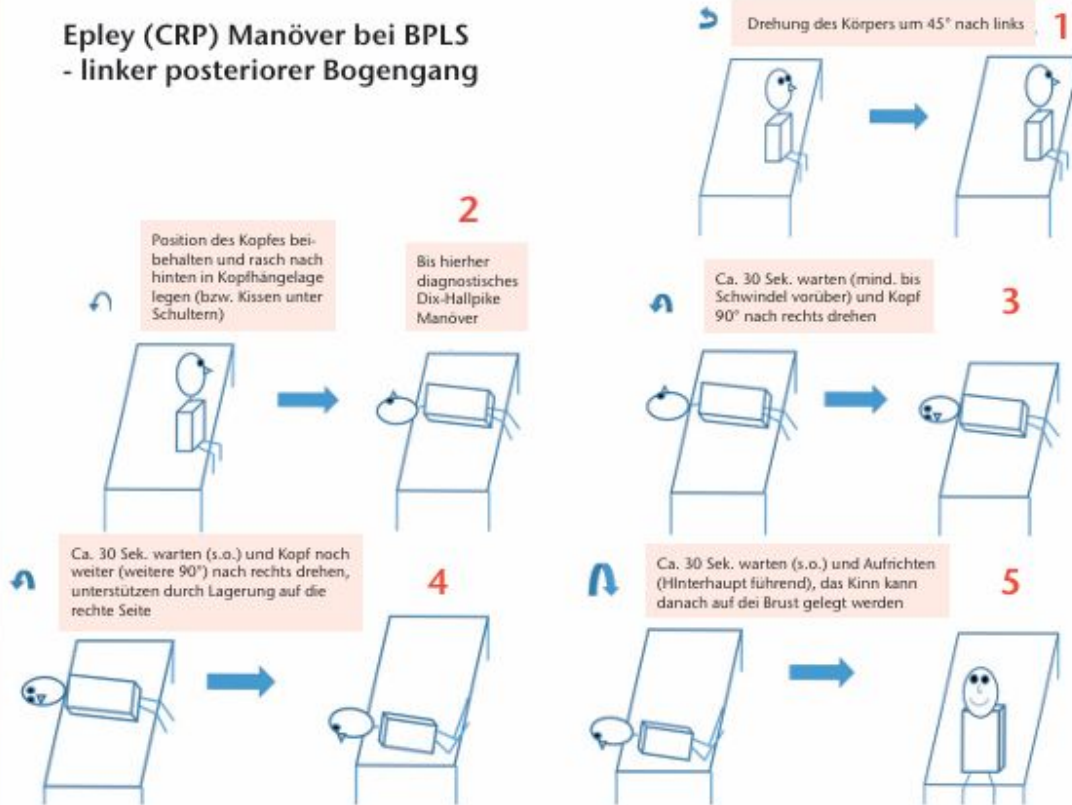
- Anamnese
- klinische Untersuchung inkl. Ohrmikroskopie
- Lagerungsprüfung
- Gleichgewichtstests ggf.
 - Frenzelbrille (Nystagmen)
 - Romberg/ Unterberger
 - thermische Prüfung
 - Kopf-Impuls-Test
 - vestibulär evozierte myogene Potentiale (Sakkulus und Utrikulus)
 - Posturografie (Messplatte)
- Hörprüfung (z.B. Weber, Rinne, Tonschwellenaudiogramm)
- Hirnstammaudiometrie (BERA)
- HINTS-Tests plus
- Bildgebung
- RR/Blutuntersuchungen



VNG- HNO Praxis Dr. Burkert

Lagerungsmanöver

Epley (CRP) Manöver bei BPLS - linker posteriorer Bogengang



Bárány Gesellschaft

- diagnostische Lagerungsmanöver (Epley, Dix-Hallpike, Semont--Manöver)
- positiver Fall Drehschwindel und Nystagmus des betroffenen Bogengangs

Warnhinweise



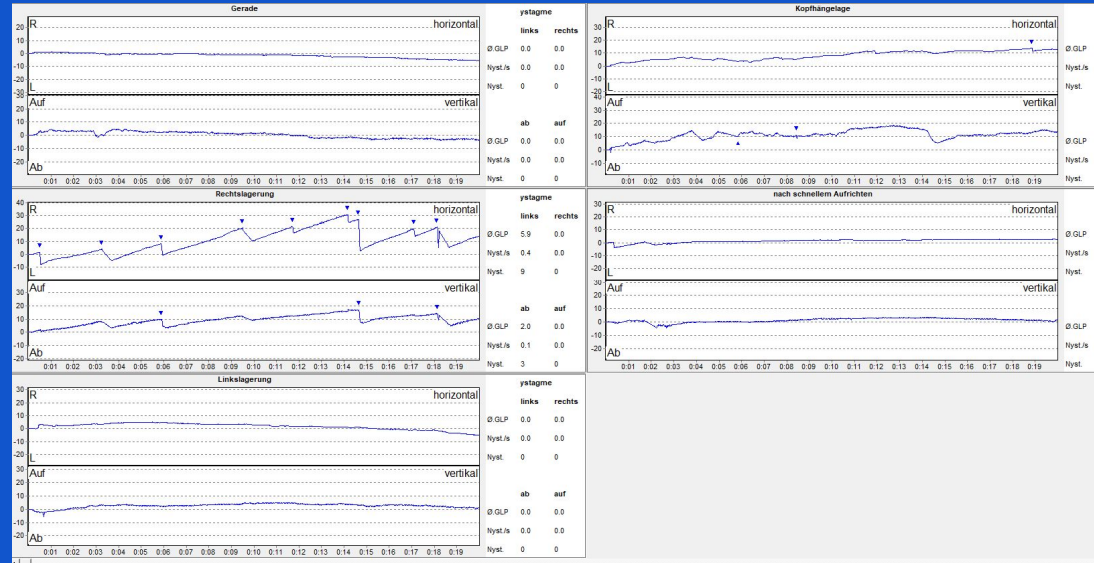
bei Lagerungsprüfung:

- horizontaler Lagerungsnystagmus mit starker Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit (HNO)
- neu aufgetretene, starke occipitale Kopfschmerzen, DD zentraler Lageschwindel (zB Läsion Kleinhirns), umgehend Abklärung beim Neurologen
- V.a. akute zentralnervöse Ursache - notfallmäßige Krankenhauseinweisung

Fallbeispiel-Diagnostik

- unauffälliger HNO-Spiegelbefund
- Epley Manöver durchgeführt
- Videonystagmographie

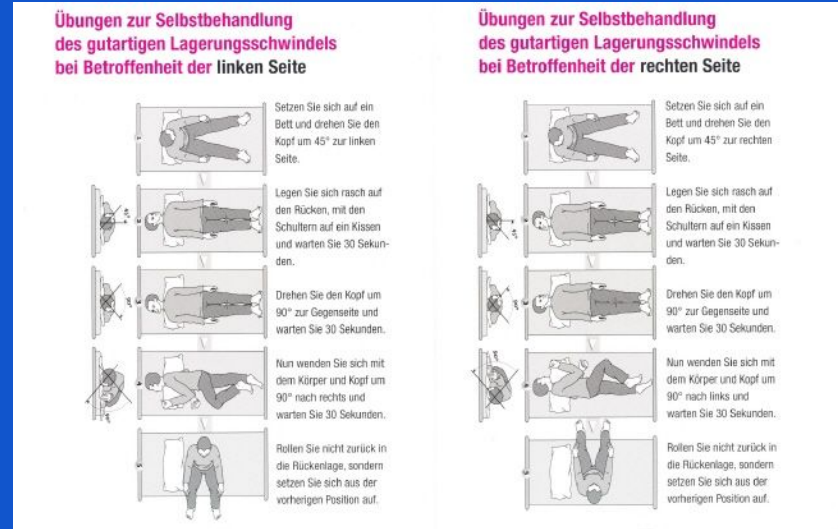
Diagnose: BPLS re



Videonystagmographie

Therapie

- Durchführung geeigneter Befreiungsmanöver (Semont, Epley, Brandt Daroff)
- ggf an einen Kollegen oder Physiotherapeuten überweisen
- Merkblatt oder digitale Anleitung für mehrfache Eigenanwendung daheim
- Empfehlung: 9x tgl. für ca. 3 Tage sowie ggf. eine Therapiekontrolle nach ca. 14 Tagen



Quelle: hno-pfingstadt.de

Therapie

- Epley Manöver durchgeführt
- Übungen zur Selbstbehandlung BPLS re erklärt
- Übungsblatt mitgegeben
- Rezept Vomex Dragees, Vertigoheel bB

Verlauf

- Kontrolle nach 2 Wochen
- Lagerungsübungen weiter mit Erfolg ausgeführt
- kein Schwindel mehr, HNO beschwerdefrei



Quelle: hno-pfungstadt.de

Zusammenfassung

HNO-Schwindel

- Therapie umfasst medikamentöse, physikalische, physiotherapeutische, psychotherapeutische, selten operative Maßnahmen
- bei unklarem oder V.a. otogenen Schwindel ggf. Vorstellung HNO-Arzt
- frühzeitige Diagnose kann helfen, die zugrunde liegende Ursache zu identifizieren und geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten
- Chronifizierung vermeiden

Hörsturz

1. Definition
2. Epidemiologie
3. Symptome
4. Diagnostik
5. Differentialdiagnosen
6. Fallbeispiel
7. Therapie



1. Definition

Ein **Hörsturz** oder **idiopathischer Hörsturz**, ist ein ohne erkennbare Ursache (idiopathisch) plötzlich auftretender, meist einseitiger Hörverlust.

2. Epidemiologie

je nach Untersuchung, 5 bis 150 pro 100.000 Fälle pro Jahr,
am meisten betroffene Altersgruppe waren die 41- bis 55-Jährigen

2. Symptome

- plötzlicher, meist einseitiger Hörverlust
- keine auslösende oder verursachende Faktoren
- keine Ohrenschmerzen
- einseitiges Druckgefühl und Ohrgeräusch (Tinnitus, in 80 % der Fälle, meist hochfrequent) im betroffenen Ohr können Vorboten sein
- ca 30 % klagen über Schwindelgefühl
- ca 15 % über Doppeltonhören (Diplakusis: ein Ton wird auf dem erkrankten Ohr höher oder tiefer gehört)
- Lärmempfindlichkeit (Hyperakusis)

4. Diagnostik

- Anamnese
- Ohrmikroskopie, HNO-Status
- Hörtests (Weber, Rinne, Tonschwellenaudiometrie)

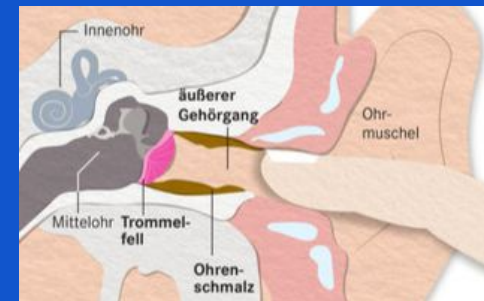
ggf:

- Tympanometrie
- Gleichgewichtstests
- objektive Hörtests (OAE, BERA)
- Bildgebung (hochauflösendes MRT des Felsenbeins)
- Blutuntersuchungen



Quelle: HNO Praxis Dr Burkert

5. Differentialdiagnosen



Quelle: apotheken-umschau.de

Einige Beispiele:

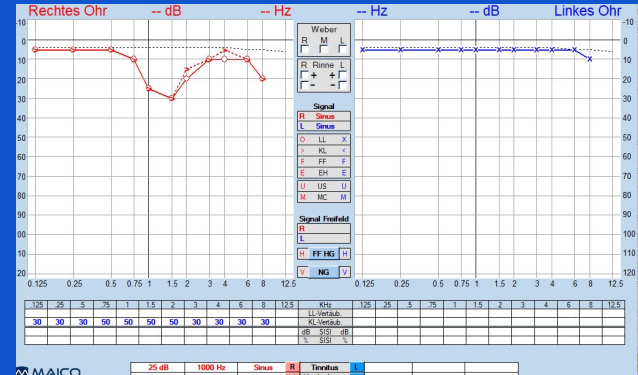
- Cerumen
- Tubenkatarrh, Tuben-Mittelohrkatarrh, Paukenerguss
- Morbus Menière (typischerweise dramatischer Drehschwindelanfall)
- Schädelbasisbruch und Commotio labyrinthi (Anamnese)
- akustisches Trauma
- Akustikusneurinome und andere Tumoren der Kleinhirnbrückenregion (Magnetresonanztomographie)
- Zoster oticus (Gürtelrose)

6. Fallbeispiel

L. G. männlich 26 J.

Vorstellung im Notdienst, seit einem Tag akute Hörminderung rechts,
komisches Gefühl im Kopf, kein Schwindel, Ohrenrauschen rechts,
hätte vor einem Jahr bereits Hörsturz rechts gehabt, orales Kortison vom
HNO-Arzt, danach wieder normales Hörvermögen,
keine KI für orale Kortisoneinnahme

Befunde: unauffälliger HNO-Spiegelbefund



Tonschwellenaudiogramm

HODOKORT Studie



Prof. Dr. med. S. Plontke Quelle: mdr.de

- Leitung Prof. S.Plontke der Universitätsmedizin Halle (Saale) in Zusammenarbeit mit dem deutschen Studienzentrum für HNO-Heilkunde und dem KKS Halle an 40 Studienzentren in Deutschland
- neue Therapieempfehlungen: weg von hochdosierter intravenöser Therapie hin zu oral niedriger dosierter Cortisontherapie, einfacher, angenehmer und nebenwirkungsärmer für Patienten
- Ergebnisse der HODOKORT-Studie werden in die neue Leitlinie zur Behandlung des Hörsturzes aufgenommen – diese ist bereits in Bearbeitung
- dringend weitere neue medikamentöse Studien bei Hörsturz nötig (z.B. AC102 Studie)

7. Therapie

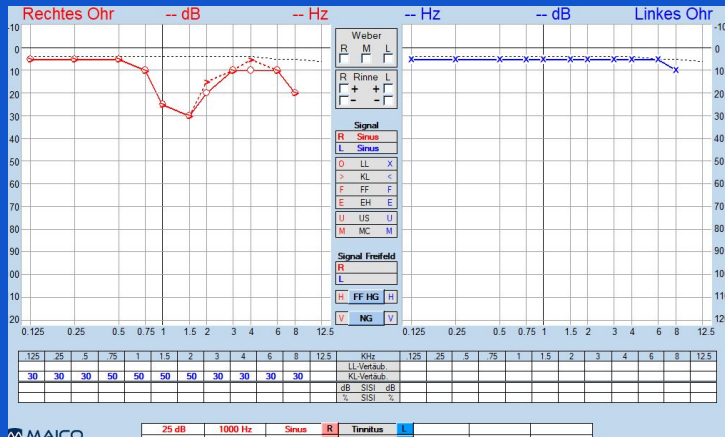
Tab. 2 Mögliches, gestuftes therapeutisches Vorgehen beim Hörsturz auf Grundlage der aktuellen Evidenzlage (am Beispiel des aktuellen Vorgehens an der HNO-Universitätsklinik Halle)	
Hörverlust	Vorgehen
Gering bis moderat (z. B. bis 50 dB in den 3 am meisten betroffenen Frequenzen) Siehe Chen et al. 2003 ⁵	<i>Orale</i> Prednisolon-Therapie (*): z. B. wie bei der HODOKORT-Kontrollgruppe: (5 Tage je 60 mg, dann ausschleichen: 2 Tage je 40 mg und 3 Tage je 20 mg) Alternativ, z. B. bei Kontraindikationen: intratympanale Triamcinolonacetamid-Injektionen (40 mg/ml, 5 Tage je 0,3–0,7 ml täglich; alternativ 5 × in 2 Wo), (**)
Moderat bis schwer (ca. ≥ 50 dB in den 3 am meisten betroffenen Frequenzen)	Behandlung möglichst im Rahmen klinischer Studien (***)
Wenn keine Besserung: „Salvage-Therapie“ (Daten liegen bis 7 Wochen nach Hörsturz vor)	<i>Intratympanale</i> Triamcinolonacetamid-Injektionen (**) 40 mg/ml, 5 Tage je 0,3–0,7 ml täglich (alternativ 5 × in 2 Wochen) Ggf. <i>Tympanoskopie</i> zum Ausschluss Verlegung des runden und/oder ovalen Fensters und Triamcinolonacetamid auf resorbierbarem Schwämmchen (z. B. Curaspon)
„Kein nutzbares Hörvermögen“ (trotz Hörgerät) und wenn nicht im Rahmen klinischer Studien möglich	<i>Kombinierte Therapie:</i> <i>Orale</i> Prednisolon-Therapie (s. oben) + intratympanale Triamcinolonacetamid-Injektionen (s. oben) oder: + Tympanoskopie (s. unten)
Nicht mehr messbare Hörschwelle (± Schwindel)	<i>Orale</i> Prednisolon-Therapie (s. oben) + <i>Tympanoskopie</i> und Triamcinolonacetamid auf resorbierbarem Schwämmchen (z. B. Curaspon)

Quelle: S. Plontke HNO2024;72:389–392 <https://doi.org/10.1007/s00106-024-01458-3>

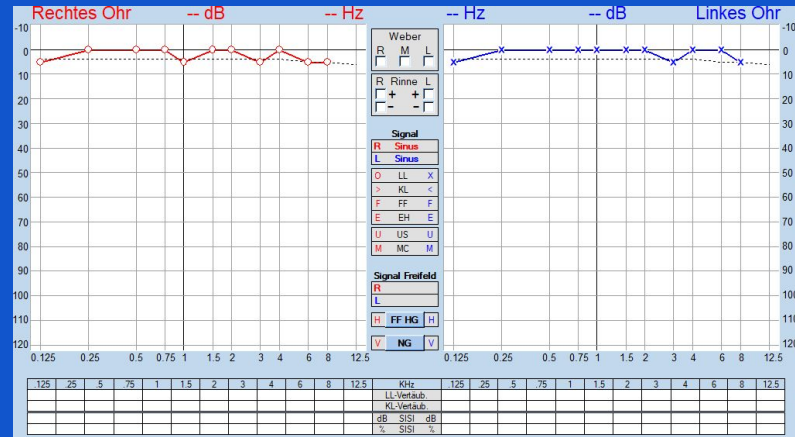
Fallbeispiel

Therapie: orales Prednisolon 60 mg für 5 d, 40 mg für 2 d und 20 mg für 3 d

Kontrolle: nach 2,5 Wo Hörvermögen wieder normal, kein Tinnitus mehr bemerkt, kein Schwindel;
ÜW zum hochauflösenden MRT Felsenbein zum Ausschluss ACN (opB)



1. Tonschwellenaudiogramm vor Therapie



2. Tonschwellenaudiogramm nach Therapie

Zusammenfassung

Hörsturz

- Therapie umfasst medikamentöse und operative Maßnahmen
- Differentialdiagnosen (Cerumen, AOM etc.)
- bei V.a. Hörsturz Vorstellung HNO-Arzt
- frühzeitige Diagnose kann helfen, die zugrunde liegende Ursache zu identifizieren und geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

