

Der Tieftonhörsturz als Erstsymptom des M. Menière

Katharina Stölzel, Judith Droste, Linda Josephine Dorn, Agnieszka Szczeppek
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Campus Mitte und Campus Virchow – Charité Universitätsmedizin Berlin

Einleitung

Die sichere Diagnose des M. Menière schließt Drehschwindel, Tinnitus und die Tieftonschwerhörigkeit ein (1). Der alleinige akute Tieftonhörsturz (TTHS) kann aber Erstsymptom des M. Menière sein und zeitlich vorangehen. Die Spontanheilungsrate eines TTHS wird zwischen 32% und 84% angegeben. In mehreren Studien wurde die Zahl der Patienten mit TTHS, die sich im Verlauf einen Morbus Menière entwickelten mit ca. 10% angegeben (2, 3). Hong et al. fanden bei 30% von Patienten mit TTHS ohne Drehschwindel ein Fortschreiten zu sicherem oder wahrscheinlichem Morbus Menière (4). Das Vorhandensein von Drehschwindel oder sogar der Trias des Morbus Menière während des TTHS ist als prognostisch ungünstig zu betrachten. So zeigte sich in einer retrospektiven Analyse, dass fast 50% der Patienten, die keine vestibulären Symptome zusätzliche zum TTHS aufwiesen, eine komplette Remission erfuhren. Liegt neben dem TTHS auch eine vestibuläre Symptomatik vor, kam es lediglich bei 18% der Patienten zu einer kompletten Remission (5). Ziel der Studie war es, die Tieftonhörstürze unserer Kohorte hinsichtlich des Auftretens eines M. Menière zu untersuchen.

Methodik

Das retrospektiv analysierte Patientenkollektiv umfasste alle Patienten, die sich in der Hochschulambulanz mit einer neu aufgetretenen subjektiven Hörminderung vorstellten. Es wurden 1136 Patienten mit Hörsturz behandelt, wovon 120 die Kriterien für einen Tiefton-Hörsturz erfüllten (Abb. 1). Da es in der Literatur noch keine eindeutige Definition für einen Tieftonhörsturz gibt, legten wir als Einschlusskriterium für einen Tieftonhörsturz fest, dass die Hörschwelle größer gleich 30dB bei den Frequenzen 125 und/oder 250 und/oder 500 Hz betragen muss, wobei die nicht betroffene Seite eine mindestens 20 dB niedrigere Hörschwelle zeigen muss (d.h. das nicht betroffene Ohr hört besser). Die Daten von 106 Patienten wurden analysiert. In die Kontrollgruppe wurden Patienten eingeschlossen, bei denen eine Hörminderung im hochfrequenten Bereich festgestellt wurde. Diese wurden zu den TTHS-Patienten in Bezug auf Alter und Geschlecht gematcht. Die Hörschwelle musste bei mindestens zwei aufeinanderfolgenden Frequenzen zwischen 2 und 8 kHz mindestens 30 dB betragen.

Ergebnisse

Die Trias eines M. Menière zeigten 22,6 Prozent bei der Erstvorstellung. Die Trias konnte bei Patienten mit wiederholt aufgetretenem Tieftonhörsturz signifikant häufiger gestellt werden als bei Patienten mit dem Erstereignis eines akuten Tieftonhörsturzes (Tab.1.). Von 66 Patienten, die bei der Erstvorstellung als Erstereignis einen akuten Tieftonhörsturz hatten, konnten 25 Patienten nachbeobachtet werden. Von 5 Patienten, die einen alleinigen Tieftonhörsturz hatten, entwickelten vier Patienten einen Tinnitus. Von 18 Patienten mit einem akuten Tieftonhörsturz mit Tinnitus entwickelten 28 Prozent Drehschwindel und damit die Trias des M. Menière. 2 Patienten hatten bei der Erstvorstellung die Trias des M. Menière und zeigten unter Therapie keine weiteren Drehschwindelanfälle. Die Audiogramme der Tieftonhörsturz-Patienten wurden je nach Schweregrad des Hörverlustes in vier Subgruppen eingeteilt. Die Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Subgruppe wurde gemessen. Dabei machten leichte Hörverluste zwischen 30dB - <60dB mit 58 Prozent den größten Anteil aus. Hörminderungen zwischen 60dB bis <90dB machten 18 Prozent aus (Abb. 2).

Schlussfolgerungen

Nach unseren Beobachtungen sind Patienten mit einem akuten Tieftonhörsturz und begleitendem Tinnitus gefährdeter des Vollbildes des M. Menière zu entwickeln als Patienten mit einem alleinigen Tieftonhörsturz.

Literatur

1. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandala M, et al. Diagnostic criteria for Meniere's disease. J Vestib Res. 2015;25(1):1-7.
2. Yamasoba T, Kikuchi S, Sugawara M, Yagi M, Harada T. Acute low-tone sensorineural hearing loss without vertigo. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120(5):532-5.
3. Junicho M, Aso S, Fujisaka M, Watanabe Y. Prognosis of low-tone sudden deafness - does it inevitably progress to Meniere's disease? Acta Otolaryngol. 2008;128(3):304-8.
4. Hong SK, Nam SW, Lee HJ, Koo JW, Kim DH, Kim DR, et al. Clinical observation on acute low-frequency hearing loss without vertigo: the role of cochlear hydrops analysis masking procedure as initial prognostic parameter. Ear Hear. 2013;34(2):229-35.
5. Maier W, Schipper J. Prognostic relevance of anamnestic and diagnostic parameters in low-frequency hearing impairment. The Journal of laryngology and otology. 2006;120(8):613-8.

Anzahl der diagnostizierten Hörstürze an der Charité Campus Mitte über 5 Jahre

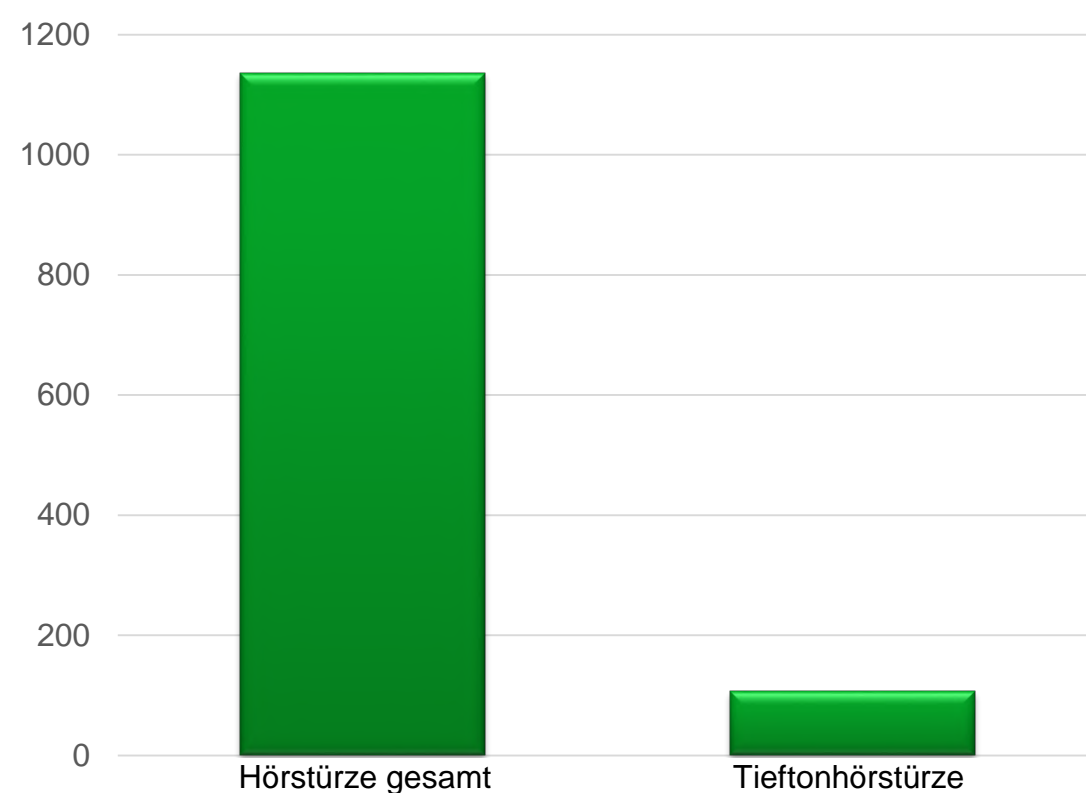


Abb. 1

Symptome	TTHS Gruppe (n=106)		HTHS Gruppe (n=38)	
	n	%	n	%
HS allein	15	14.2 %	8	21.1 %
HS + Tinnitus	34	32.0 %	19	50.0 %
HS + Vertigo	5	4.7 %	0	-
HS + Ohrdruck	4	3.8 %	2	5.3 %
HS + HWS	2	1.9 %	0	-
HS + Tinnitus + Ohrdruck	17	16 %	6	15.8 %
HS + Tinnitus + Vertigo	17	16 %	0	-
HS + Tinnitus + HWS	2	1.9 %	0	-
HS + Tinnitus + Ohrdruck + Vertigo	4	3.8 %	1	2.6 %
HS + Tinnitus + Ohrdruck + HWS	2	1.9 %	2	5.3 %
HS + Ohrdruck + Vertigo	1	0.9 %	0	-
HS + Tinnitus + Vertigo + HWS	2	1.9 %	0	-
Alle Symptome	1	0.9 %	0	-

HS = Hörsturz, TTHS = Tieftonhörsturz, HTHS = Hochtonhörsturz, HWS= HWS Beschwerden

Tab. 1 Häufigkeit der möglichen Symptomkonstellationen in der TTHS- und HTHS-Gruppe bei Erstvorstellung

Häufigkeiten der Audiogrammsubtypen in der Gruppe der Tieftonhörstürze

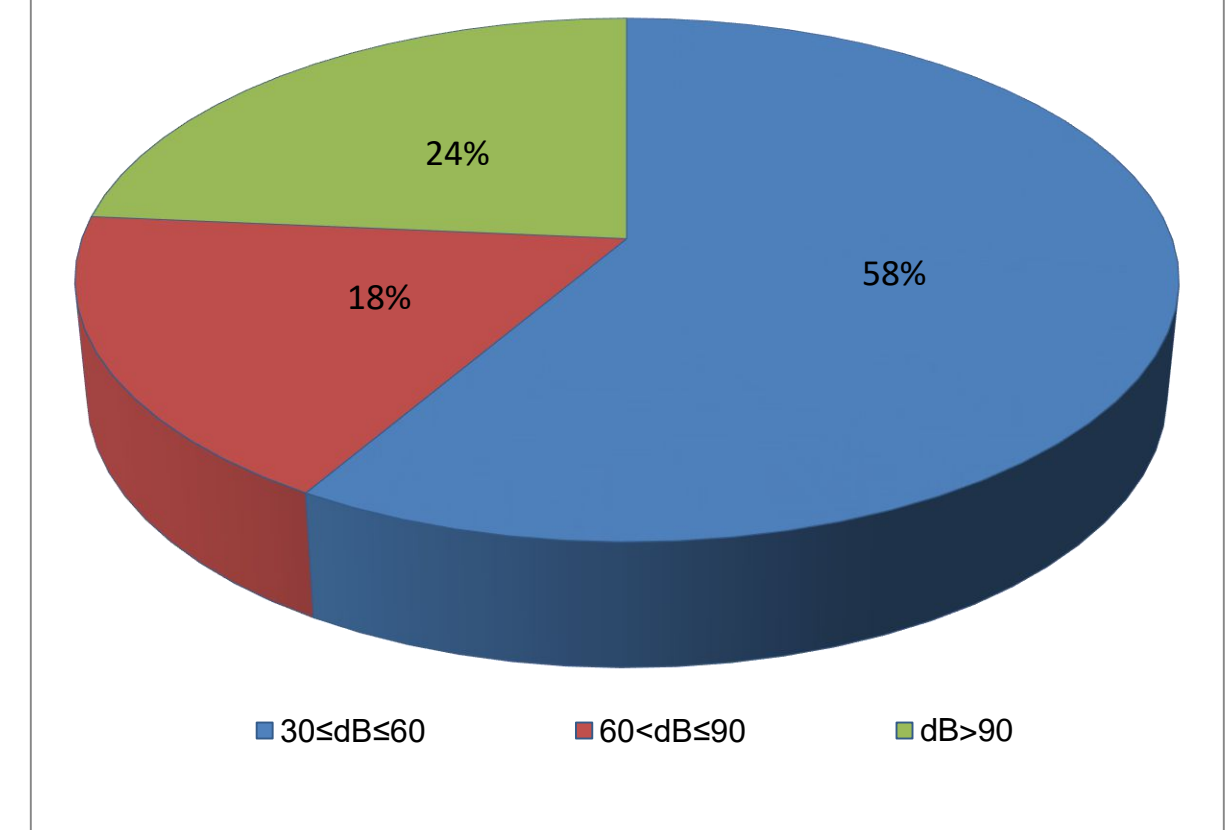


Abb. 2