

Plötslig idiopatisk sensorineural hörselnedsättning

Bakgrund och syfte

Plötslig idiopatisk sensorineural hörselnedsättning kan debutera abrupt eller successivt över ett par dagar. Hörselnedsättningen kan påverka delar av, eller hela, frekvensregistret. I de flesta fall är hörselnedsättningen ensidig. Plötslig idiopatisk hörselnedsättning drabbar ca 5–27 personer per 100 000 och år, och kan debutera i alla åldrar.

Denna rutin rör endast isolerad hörsselförlust utan andra neurologiska eller otologiska symtom och ämnar säkerställa enhetlig utredning och behandling.

Hörselnedsättningen beror på en skada i antingen innerörat, på hörselnerv eller centrala hörselbanor. Bakomliggande orsak är oftast oklar initialt och därför bör infektiös, traumatisk, inflammatorisk, vaskulär eller neoplastisk etiologi uteslutas då dessa står för cirka 10–15% av fallen. Vestibularisschwannom orsakar cirka 3–10 % av fallen, och kan debutera med plötslig hörselnedsättning eller -försämring. Att hörseln helt restituerats vid uppföljning utesluter inte vestibularisschwannom som bakomliggande orsak.

Arbetsbeskrivning

Diagnoskriterier

– En ofta använd definition är sensorineural hörselnedsättning på ≥ 30 dB för minst tre intilliggande frekvenser. I klinisk praxis kan dock nedsättningar < 30 dB övervägas inom diagnosen, då evidensläget inte enbart vilar på denna definition. Jämförelser av tontrösklar görs mot bästa hörörat eller mot tidigare

audiogram. Hörselbedömningen grundar sig på tonaudiometri med luft- och benledning.

-Hörselnedsättningen har utvecklats inom en 72 timmars period.

Symtom

Plötsligt upplevd hörselnedsättning, från sekunds snabb till gradvis utveckling över några dagar. Upplevelse av ensidig (> 95 %) eller dubbelsidig hörselnedsättning.

Tinnitus, ljudförvrängning, fyllnads-/tryckkänsla och ljudkänslighet uppträder oftast vid insjuknandet. Subjektiv yrsel och/eller ostadighetskänsla rapporteras av 20–60% i anslutning till insjuknandet.

Patienter med plötslig sensorineural hörselnedsättning och dubbelsidiga eller fluktuerande hörselsymtom, liksom barn med plötslig sensorineural hörselnedsättning, bör diskuteras med specialist i hörsel- och balansrubbningar.

Differentialdiagnostik

Differentialdiagnoser inkluderar patologi som kan påverka funktion i inneröra och hörselbanor. Detta innefattar således allt från lokala strukturella patologier som exempelvis vestibularisschwannom/ponsvikeltumör, till systemiska orsaker som exempelvis läkemedelsbiverkning.

Viktigt är att utesluta annan allvarlig, och eventuellt behandlingsbar, genes innan diagnosen plötslig idiopatisk sensorineural hörselnedsättning ställs.

Utredning

Anamnes

Öronstatus och stämgaffelprover (flera frekvenser om tillgängligt).

Otoneurologiskt status som utvidgas beroende på anamnesuppgifter.

Audiometri planeras så snart som möjligt för korrekt diagnostik. Om patienten bedöms på kvällstid eller helg ska tonaudiometri göras första helgfria vardag.

Om kontakt tas av annan vårdgivare, t. ex. primärvård, bokas jourmottagningsbesök med tonaudiometri på ÖNH-mottagningen samma eller nästföljande vardag för att undvika onödig fördröjning.

OBS remisser med denna frågeställning ska inte läggas till remissbedömningsmappen, utan bedöms direkt av Libero och bokas in till ÖNH-dagjour.

Primärvårdsläkare kan på klar misstanke om plötslig idiopatisk sensorineural hörselnedsättning initiera behandling i väntan på vidare akut utredning på ÖNH.

Ställningstagande till utvidgad utredning görs utifrån anamnes och statusfynd (akut/subakut MR med och utan kontrast, LP, virus/bakterieprov, andra laborietester). Detta då idiopatisk plötslig sensorineural hörselnedsättning är en uteslutningsdiagnos.

Utvidgad utredning bör särskilt övervägas vid ett eller flera av följande fynd:

- Atypiskt förlopp, såsom gradvis progredierande hörselnedsättning, fluktuerande symtom eller utebliven förbättring trots adekvat initial behandling.
- Neurologiska symtom eller statusfynd, exempelvis centralnervösa bortfall, påverkan på kranialnerver utöver n. cochlearis, uttalad huvudvärk eller medvetandepåverkan.
- Dubbelsidig eller snabbt påkommen grav hörselnedsättning, särskilt vid samtidiga allmänsymtom.
- Associerade otoneurologiska symtom som uttalad yrsel, gångsvårigheter eller andra tecken som väcker misstanke om central genes.
- Misstanke om infektiös, inflammatorisk, vaskulär eller neoplastisk genes, exempelvis vid feber, meningism, immunosuppression, systemsjukdom eller anamnes som inger misstanke om stroke, vaskulit eller tumör.
- Avvikande statusfynd eller anamnesuppgifter som talar för alternativ diagnos, t.ex. borrelia, herpes zoster oticus, autoimmun innerörasjukdom eller annan systemisk sjukdom.

Tänk på att om dubbelsidig grav hörselnedsättning föreligger i akutskedet bör patienten redan vid förstabesöket på ÖNH-mottagningen remitteras till hörselteam vuxna vid Hörselverksamheten Vänersborg för subakut omhändertagande (inom en vecka), parallellt med den fortsatta medicinska

uppföljningen på ÖNH-kliniken. Tydliggör i remissen till Hörselverksamheten att patienten är i behov av snabbt omhändertagande.

Fortsatt utredning med elektiv poliklinisk ”MR temporalben öra” med kontrast och eventuellt tillägg av MR hjärna rekommenderas inom 3 månader efter debuten om annan underliggande orsak inte redan identifierats. Om inte MR går att genomföra kan datortomografi (DT temporalben + hjärna), i kombination med hjärnstamsaudiometri (ABR) vara ett alternativ. Behovet av neuroradiologisk diagnostik ska alltid värderas av behandlande läkare och diskuteras med patienten.

Behandling

Rådgivning och information om förlopp och prognos. Exempelvis att två tredjedelar av drabbade patienter återfår sin hörsel helt eller delvis. Den tydligast prognostiskt determinerande faktorn för hörselrestitution är graden av primär hörselnedsättning. Den tredjedel av patienter som får bestående hörselnedsättning bör erhålla stöd och behandling/rehabilitering från multimodalt hörselteam.

Sjukskrivning är inte alltid nödvändig men man bör ta ställning till detta vid exv. uttalad krisreaktion. Vid sjukskrivning behöver patienten särskilt följas upp utifrån förväntad krisreaktion eller utveckling av en fördjupad/förlängd reaktion. Denna uppföljning sker initialt inom primärvården.

Läkemedelsbehandling, vuxna:

Initial terapi: Om mindre tid än 2 veckor förflutit sedan symptomdebut kan behandling med perorala kortikosteroider i högdos initieras: T. Prednisolon 60 mg i 5 dagar, därefter nedtrappning med 10 mg per dag; total behandlingstid 10 dagar.

Om kontraindikationer för systemisk steroidbehandling föreligger kan intratympanal behandling med kortikosteroid övervägas. Betapred 4mg/ml ges vid 3 tillfällen som intratympanal injektion (se PM för intratympanal kortisonbehandling vid Ménières sjukdom).

Notera, för båda typerna av kortikosteroidbehandling i akutfasen är det aktuella evidensläget Grade 2C. ”Option” i AAO-HNS-guidelines.

Salvage-terapi: Intratympanal behandling kan även användas som “salvage”-terapi vid utebliven förbättring inom 2–6 veckor. ”Recommendation” i AAO-HNS-guidelines.

Uppföljning

Nytt audiogram (ton och tal) med läkarbesök bokas efter 2–4 veckor. I utvalda fall kan läkarbesöket ske via distanskontakt med tillgängligt audiogram.

Nytt ställningstagande till utvidgad medicinsk utredning görs vid uppföljningen.

Om fortsatt hörselnedsättning föreligger vid första återbesöket skrivs i samråd med patienten remiss till hörselteam vuxna (Hörselverksamheten Vänersborg). Hörselteam vuxna erbjuder krisstöd och vid behov teknisk rehabilitering.

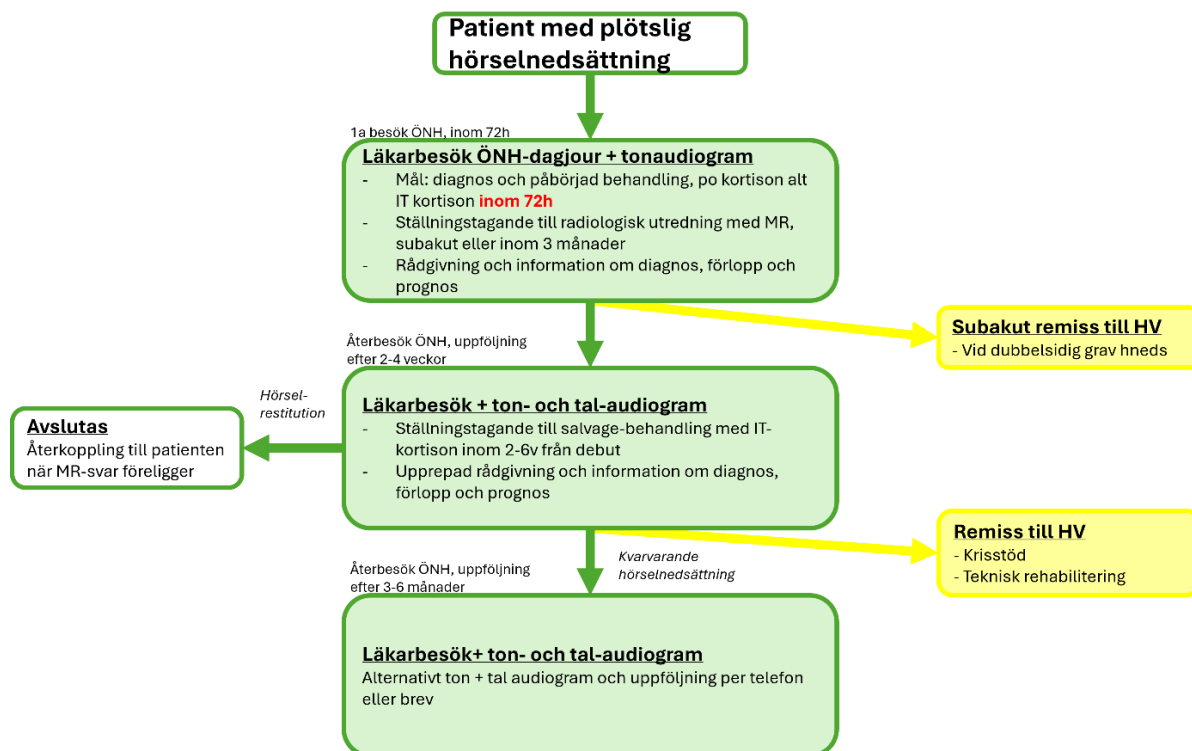
Patienter med dubbelsidig grav hörselnedsättning diskuteras med hörsel- och balansspecialist.

Vid kvarstående hörselnedsättning rekommenderas uppföljande audiogram och läkarbesök (fysiskt eller distanskontakt) efter 3–6 månader.

Diagnoskod

Plötslig Idiopatisk Hörselnedsättning, H91.2

Flödesschema:



Referenser

Chaushu H, Ungar OJ, Abu Eta R, Handzel O, Muhanna N, Oron Y.

Spontaneous recovery rate of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: A systematic review and meta-analysis. Clin Otolaryngol. 2023 May;48(3):395-402.

Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Aug;161(1_suppl): S1-S45. AAO

Devantier, L, Callesen HE, Jensen LR, Mirian C, Ovesen T. Intratympanic corticosteroid as salvage therapy in treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: A systematic review and meta-analysis. Heliyon 8:2 (2022) e08955

Mirian C, Ovesen T. Intratympanic vs Systemic Corticosteroids in First-line Treatment of Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;146(5):421-428.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

NICE guideline [NG98] Published date: 21 June 2018. Uppdaterad Oktober 1, 2023

Plontke SK, Meisner C, Agrawal S, et al. Intratympanic corticosteroids for sudden sensorineural hearing loss. Cochrane Database Syst Rev. 2022;7(7):CD008080.

UpToDate: Sudden sensorineural hearing loss in adults. Uppdaterad Oktober 14, 2023

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Öron- näs- hals- och käkkirurgi gemensam

Innehållsansvar: Åsa Lenberg, (asale), Överläkare

Granskad av: Åsa Lenberg, (asale), Överläkare

Godkänd av: Christin Apelman Lacandler, (chrap1), Enhetschef

Dokument-ID: NU10103-1961048382-148

Version: 2.0

Giltig från: 2026-03-02

Giltig till: 2028-03-02