

Aktuelle Befragung von HNO-Ärzten

Hörsturz und Tinnitus wesentlich häufiger als angenommen

Im vergangenen Jahr wurden bundesweit und flächendeckend zwei Umfragen in ca. 4.700 HNO-Arztpraxen durchgeführt. Das Ziel: Aktuelle epidemiologische Daten über Hörsturz und Tinnitus und die dabei verwendeten Therapiestandards.

Der Hörsturz ist per Definition eine rasch auftretende Schwerhörigkeit bis hin zur Ertaubung, häufig begleitet von Ohrgeräuschen und meist kurzfristigen, leichten Formen von Schwindel. Obwohl das Krankheitsbild nach Angaben von *Neveling* bereits 1944 von *De Klein* erstmals beschrieben wurde und seit der umfassenden Darstellung durch *Neveling* 1967 Gegenstand ausgedehnter Forschung ist, sind über Ätiologie und

Pathogenese des Hörsturzes kaum Kenntnisse vorhanden.

Von der Polypragmasie zum etablierten Therapieschema

Nach heutiger Auffassung ist der Hörsturz ein therapeutischer Eilfall, der innerhalb der ersten 72 Stunden nach seinem Auftreten diagnostisch und therapeutisch angegangen werden muss. Fehlende ätiologische und pathogenetische Kenntnisse lassen im Bereich der Therapie weite Spielräume offen, die nach einer anfänglichen Polypragmasie in etablierten Therapieschemata, wie der modifizierten Anwendung des *Stennert*-Schemas mit Gabe von HAES-Infusionen, Kortison in absteigender Dosierung sowie Pentoxifyllin (z. B. *Trental*®) in intravenöser und später in oraler Form ihren Ausdruck finden.

Die vor zehn Jahren geführte Diskussion um den Wert der Therapie, die durch Arbeiten von *Weinaug* über hohe Spontanremissionsraten des Hörsturzes bei der Null-Therapie induziert wurde,

gehört heute der Vergangenheit an. *Heyden et al.* (2000) konnten zeigen, dass die prozentuale Spontanremission mit 50% angenommen werden muss, dem gegenüber stehen Therapieerfolgsquoten von 80–90%.

Vaskuläre Komponente angenommen

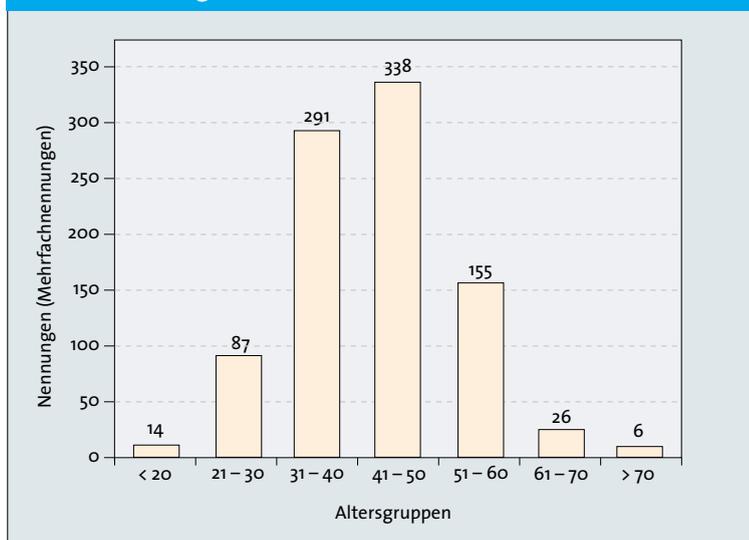
Nachdem sich in den letzten zwei Jahrzehnten das *Stennert*-Schema etabliert hat, kann derzeit bezüglich Ätiologie und Pathogenese des Hörsturzes eine primäre oder vermutlich sekundäre vaskuläre Schädigung angenommen werden. Die Virusgenese wurde schon in der Vergangenheit von Autoren wie *Schuknecht*, *Mitschke*, *van Dishoeck*, *Biermann* und *Saunders* diskutiert. Als zweites ätiologisches Moment wurde die vaskuläre Genese von Autoren wie *Otto*, *Kellerhals* und *Boenninghaus* vertreten. *Otto* und *Kellerhals* nahmen an, dass bei einer viralen Schädigung ein endotheliales Ödem vorhanden ist, das eine sekundäre vaskuläre Komponente als Ursache des Hörsturzes sein könnte.

Bisher eher spekulative Angaben zur Inzidenz

Die Inzidenz der Hörsturzpatienten pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland wurde auf dem HNO-Kongress 1992 von *Seiffert* mit 30.000 Fällen pro Jahr angegeben. 1999 nahm *Michel* 20 bis 25 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner pro Jahr an.

Mit dem Ziel, aktuelle epidemiologische Daten über die Krankheitsbilder Hörsturz und Tinnitus und ihre Behandlung zu erhalten, wurden bundesweit und flächendeckend in ca. 4.700 HNO-Arztpraxen zwei Umfragen durchgeführt, eine im Februar und eine im April 2001. An der Fragebogenaktion zum Thema „Hörsturz“ beteiligten sich im Februar 2001 von 4.700 angeschriebenen HNO-Ärzten 705, und

Grafik 1
Altersverteilung bei Hörsturz



zum Thema „Tinnitus“ antworteten im April 2001 409 von 4.621 angeschriebenen HNO-Ärzten.

Aktuelle Umfrageergebnisse

— Hörsturz

Häufigkeit: Von 705 teilnehmenden HNO-Ärzten wurden in 666 Praxen 47.291 Patienten mit Hörsturz behandelt. Dies entspricht einer durchschnittlichen Zahl von 70 Patienten pro Jahr und Praxis. In mehr als der Hälfte der Praxen (359) wurden dabei jährlich bis zu 50 Hörsturzpatienten behandelt, in 237 Praxen bis zu 100 Patienten, in 51 Praxen 100–200 Patienten und in 29 Praxen über 200 Patienten. Keine Angaben zur jährlichen Anzahl ihrer Hörsturzpatienten machten 29 Ärzte.

Altersverteilung: Am häufigsten von einem Hörsturz betroffen war die Altersgruppe der 41–50-Jährigen mit 338 Nennungen. Es folgen die 31–40-Jährigen mit 291 Nennungen und die 51–60-Jährigen mit 155 Nennungen. Seltener erlitten 21–30-Jährige (87 Nennungen) und 61–70-Jährige (26 Nennungen) einen Hörsturz (Grafik 1, S. 38). Nur vereinzelt wurde ein Hörsturz bei unter 20-Jährigen (14 Nen-

Welche Rolle spielt Pentoxifyllin?

Die rheologische Wirkung von Pentoxifyllin ist in zahlreichen tierexperimentellen Modellen innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte ausreichend belegt worden. Die heute mit Recht geforderte evidence-based-medicine fordert statistisch abgesicherte Wirknachweise eines Pharmakons. Im Jahre 2002 sind zwei plazebokontrollierte Arbeiten mit Pentoxifyllin zu cochleo-vestibulären Störungen publiziert worden. Von *Incandela et al.* sind bei 60 Patienten mit Hörsturz und/oder Symptomen wie Tinnitus, Vertigo und Unsicherheitsgefühl im Vergleich zu Plazebo signifikant bessere Ergebnisse zu Gunsten von Pentoxifyllin nachgewiesen worden. Auch *Cesarone et al.* fanden bei 39 Patienten mit cochleo-vestibulären Störungen im Vergleich zu Plazebo ein statistisch besseres und klinisch relevantes Ergebnis.

nungen) und über 70-Jährigen (6 Nennungen) beobachtet.

Auslösende Faktoren: Eine besondere Häufung der Diagnose Hörsturz nach Disco-Besuchen durch laute Musik gaben 267 Teilnehmern an, während dies 421 Teilnehmer nicht so sahen und 13 keine Angaben zu dieser Frage machten. Die meisten HNO-Praxen (553 Nennungen) beurteilten den Hörsturz als Lärm- oder „Stress“-bedingt, während in 124 Fällen HNO-Ärzte häufiger Hörverluste aufgrund organischer Ursachen sahen. In 28 Fällen wurde zu dieser Frage keine Äußerung gemacht. Auslösende Faktoren eines Hörsturzes waren am häufigsten „Stress“

(642), gefolgt von vaskulären Erkrankungen (277), Lärm (221), Infektionen (118) und sonstigen Faktoren (83).

Therapie: Zur Therapie des Hörsturzes setzten 486 HNO-Ärzte die Infusionstherapie nach *Stennert* immer, 205 Ärzte gelegentlich und 14 Ärzte nie ein. Dabei gab mit 567 Nennungen die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Ärzte an, gute Erfahrungen mit dem antiphlogistisch-rheologischen Infusionsschema nach *Stennert* in der Initialbehandlung des Hörsturzes gemacht zu haben, während 106 Ärzte keine Erfahrungen damit hatten. In 19 Fällen war das *Stennert*-Schema mit schlechten Erfahrungen verknüpft. 9 Praxen machten keine Angaben.

Von der überwiegenden Mehrzahl aller Praxen (605) wurde die Therapie mit einem oralen Rheologikum wie Pentoxifyllin (z.B. Trental®), nach der Hämodilution fortgesetzt, während dies von 89 Praxen unregelmäßig durchgeführt wurde.

— Tinnitus

An dieser Aktion beteiligten sich 409 der 4.621 angeschriebenen HNO-Ärzte.

Häufigkeit: 380 Praxen haben 93.136 Patienten mit Tinnitus gemeldet, entsprechend einer durchschnittlichen Zahl von 246 Tinnitus-Patienten pro Jahr pro Praxis. In 141 dieser Praxen wurden 50–100 Tinnitus-Patienten therapiert, in 104 Praxen über 200, in 71 Praxen bis 50 und in 64 Praxen 101–200.

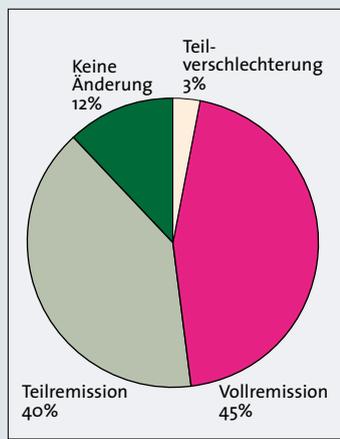
Altersverteilung: Während in der Mehrzahl der Praxen (286 Nennungen) nur bis zu 50 Jugendliche mit Tinnitus im Jahr therapiert wurden, gibt es einige Praxen (63 Nennungen), in denen 51–100 Jugendliche, und wenige Praxen (19 Nennungen), in denen

Modifiziertes Therapieschema nach Stennert

Tag	HAES 6% (500 ml)	Prednisolon (mg)	Pentoxifyllin Tabletten (400 mg)	Pentoxifyllin Ampullen (300 mg)
1	1–2	200–250		1–2
2	1–2	200–250		1–2
3	1–2	150		1–2
4	1	150		1
5	1	150		1
6	1	100		1
7	1	80		1
8	1	60		1
9	1	40		1
10	1	20		1
11		15	3	
12		12,5	3	
13		10	3	
14		7,5	3	
15		5	3	
16		2,5	3	
17		2,5	3	
18		2,5	3	

Bis zu 6 Monate Fortsetzung der oralen Therapie mit 3 x 400 mg Pentoxifyllin je nach Patient.

Grafik 2
Erfolg des Stennert-Schemas bei 1.001 Patienten mit einseitigem Hörverlust (Michel et al. 2000)



101–200 Jugendliche oder sogar über 200 Jugendliche (22 Nennungen) im Jahr mit Tinnitus behandelt wurden.

Auslösende Faktoren: 385 Ärzte gaben an, dass ihre Patienten häufig unabhängig vom Hörsturz an Tinnitus leiden, 22 Ärzte beobachteten dies dagegen weniger häufig. Als Folge eines Hörsturzes trat Tinnitus in 275 Praxen häufig, in 115 Praxen weniger häufig und in 17 Praxen selten auf.

Therapie: Zur Therapie von Stress- und Lärm-bedingtem Tinnitus setzten 219 der befragten HNO-Ärzte unterschiedliche, 185 dagegen gleiche Behandlungsstrategien ein. Die besten Erfolge mit dem antiphlogistisch-rheologischen Behandlungsschema nach *Stennert* erzielten 212 Ärzte in der Altersgruppe der 31–40-jährigen Patienten, gefolgt von der Gruppe der 21–30-jährigen (169 Nennungen), der 41–50-jährigen (165 Nennungen), der 51–60-jährigen (84 Nennungen), der unter 20-jährigen (39 Nennungen) und der 61–70-jährigen (25 Nennungen) Patienten. Das Schlusslicht bildete die Gruppe der über 70-jährigen (9 Nennungen).

Alternative Behandlungsmethoden, gegebenenfalls auch in Kombination mit medikamentöser Behandlung, setzten 256 der befragten HNO-Ärzte manchmal, 106 häufig und 42 nie ein. Als wichtigste alternative Verfahren

sehen die befragten Ärzte in der Reihenfolge der Nennungen Akupunktur (152), Sauerstofftherapie (75), Homöopathie (51), Retraining und Psychotherapie (je 48), Neuraltherapie (40), Ginkgotherapie (30), Iontophorese (30) und Musiktherapie (8). In allen Altersgruppen kombinierten die befragten Ärzte alternative Therapien mit einer medikamentösen Behandlung, am häufigsten bei 31–60-jährigen Patienten, am seltensten bei unter 20-jährigen und über 70-jährigen. Eine Kombination alternativer Therapien bieten 198 der Ärzte den 41–50-jährigen Tinnitus-Patienten an, 191 den 51–60-jährigen, 178 den 31–40-jährigen, 140 den 21–30-jährigen, 126 den 61–70-jährigen, 74 den über 70-jährigen und 72 den unter 20-jährigen Patienten.

Ca. 500.000 Hörsturzfälle pro Jahr anzunehmen

Die Zahl der Hörsturz-Patienten in Deutschland pro Jahr ist sehr viel höher als bisher angenommen und beträgt bei durchschnittlich 70 Patienten pro HNO-Praxis ca. 325.000 Fälle pro Jahr. Unterstellt man eine rückkopplungsfreie Behandlung in allgemeinärztlichen und internistischen Praxen, so kann die Zahl der Patienten mit der Diagnose Hörsturz durchaus auf 500.000 Fälle pro Jahr geschätzt werden.

Während *Michel* 2000 bei 1.501 Patienten eine zweigipflige Altersverteilungskurve fand, hat der zuvor bekannte Altersgipfel zwischen 30–50 Jahren durch die vorliegende Statistik keine Änderung erfahren. Die häufigsten auslösenden Faktoren Stress, Lärm und vasculäre Erkrankungen entsprechen den bekannten Angaben der Patienten, wobei Stress mit psycho-physischer Überforderungssituation verglichen zur Normalbelastung des Patienten definiert werden muss.

Über 80 % der Patienten profitieren von Stennert-Schema

Die guten Erfahrungen mit dem antiphlogistisch-rheologischen Infusionsschema nach *Stennert* drücken eine Heilungs- und Besserungsquote des Hörsturzes von 81 % aus. In diesem Zusammenhang muss die Bestätigung der Umfrage durch eine von *Michel et al.* 2000

veröffentlichten Arbeit über 1.501 Patienten mit cochleo-vestibulären Störungen genannt werden. Alle diese Patienten wurden mit dem *Stennert*-Schema behandelt. Bei 1.001 Patienten mit einseitigem Hörsturz kam es in 85 % zu einer Teil- (40 %) oder zu einer Vollremission (45 %) (Grafik 2). Die Fortsetzung der Infusionsbehandlung mit einem oralen Rheologikum in Form einer Langzeitbehandlung hat nach *Wilhelm* (1987) seine Wirksamkeit gezeigt.

Als eingesetzte alternative Behandlungsmethoden wurde von den angeschriebenen Praxen folgende Verfahren genannt: Akupunktur, Sauerstofftherapie, Re-Training, Homöopathie, Psychotherapie, Ginkgotherapie, Neuraltherapie, Iontophorese und Musiktherapie.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Befragung legen nahe, dass die Hörsturzinzidenz mindestens um den Faktor 10 höher liegt, als bisher angenommen. Hochgerechnet könnten in Deutschland jährlich etwa 500.000 Patienten betroffen sein.

Insgesamt hat sich das antiphlogistisch-rheologische Infusionsschema nach *Stennert* in der Behandlung von cochleo-vestibulären Störungen als Standardtherapie etabliert. Da in den Umfrageergebnissen in 81% und von *Michel* bei 85,2% aller behandelten Patienten eine Besserung der Hörfähigkeit mit Anwendung des *Stennert*-Schemas erreicht werden konnte, ist im Hinblick auf die Spontanremissionsrate von 50% die aktive Therapie zwingend erforderlich. Zwei plazebokontrollierte Arbeiten aus dem Jahr 2002 belegen zudem den Nutzen von Pentoxifyllin bei cochleo-vestibulären Störungen.

Erst der absolut sichere Nachweis neuer ätiologisch-pathogenetischer Momente des idiopathischen Hörsturzes sollte uns veranlassen, von dieser nunmehr bewährten Standardtherapie abzuweichen.

Prof. Dr. med. Wolfgang Elies
 HNO-Klinik der Städtischen Kliniken Bielefeld Mitte, Teutoburger Str. 50, 33604 Bielefeld