

Dokumentegenskaber:	udkast 2013 ver.1
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab under DSOHH
Opdateringsdato	06.08.2021
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Nøgleord	Vestibularis schwannom, asymmetrisk hørelse

1. Titel

Udredning af asymmetrisk hørelse.

2. Formål

At sikre optimal tidlig diagnostik af tumorer i den cerebellopontine vinkel.

3. Definitioner

Høretab er asymmetrisk, hvis der ved standard rentoneaudiometri på to nabofrekvenser i oktavs interval er afvigelse i luftledningen på 15 dB eller mere i frekvensområdet 2 – 8 kHz, eller 20 dB afvigelse ved to nabofrekvenser i øvrige frekvensområde.

Eller afvigelse for DS på 20% eller mere mellem de to ører.

Ved ensidig tinnitus af mindre end 5 års varighed bør man også overveje udredning for vestibularis schwannom.

Hvis en patient har sudden sensorineural deafness udredes almindeligvis altid trods eventuel remission.

Ved blandet konduktivt-perceptivt høretab med asymmetri af den perceptive komponent kan udredning være indiceret – der skal i disse tilfælde konfereres med en speciallæge.

4. Baggrund

a. Ætiologi

En lang række høreskader viser sig med asymmetrisk høretab. Asymmetrien udlignes i flere tilfælde over tid ved f.eks. hereditære høreab. Ved Menières sygdom vil man ofte se ensidigt fluktuerende høretab og påvirket DS. 90% af alle vestibularis schwannomer debuterer med asymmetriske diskanthøretab.

b. Forekomst

Asymmetriske høretab er meget hyppigt forekommende i otologisk praksis. Der findes 100-120 nye vestibularis schwannomer i Danmark pr. år. 5% af vestibularisschwannomer er bilaterale og ses hos patienter med den dominant arvelige neurofibromatosis type II.

c. Visitation

Udredning af asymmetrisk hørelse foregår hensigtsmæssigt i otologpraksis samtidig med henvisning til høreapparatbehandling. Hvis patienten ikke kan MR eller CT scannes kan patienten henvises til audiologisk afdeling med henblik på ABR. Der foretages dog ikke udredning hvis den samlede anamnese og objektive fund overbevisende peger på anden årsag (f.eks. kongenit hørenedsættelse, infektiøs eller traumatisk ætiologi) eller hvis asymmetrien dokumenteret har været stationær gennem 10 år eller mere.

I tilfælde af bilateral perceptiv hørenedsættelse med dokumenteret aftagende asymmetri pga. progression på bedst hørende øre foretages ikke yderligere udredning.

Patienter med ensidig eller asymmetrisk vestibulopati, som ikke opfylder de audiologiske kriterier samt patienter med alene stapediusreflekstærskelasymmetri udredes ikke.

Patienter, hvor diagnosticering af et eventuelt vestibularis schwannom på grund af konkurrerende sygdom eller høj alder ikke vil få konsekvens, udredes sædvanligvis ikke.

4. Fremgangsmåde

a. Anamnese (symptomer)

Ensidigt permanent høretab (gradvist eller sudden deafness), tinnitus og evt. ukarakteristisk svimmelhed. Udvikles dog ofte langsomt og derfor ofte uden subjektive symptomer.

b. Differentialdiagnoser

Morbus Menière, hereditært høretab, Cogans Syndrom, virusinfektioner, akustiske traumer (skydning).

c. Objektiv undersøgelse

Fuld rentoneaudiometri med AC, BC og korrekt maskering anvendes til at udelukke at evt. asymmetri skyldes konduktive komponenter. Taleaudiometri skal foretages med maskering for at udelukke asymmetrisk DS. Desuden impedansundersøgelse med såvel kontra – som ipsilaterale stapediusreflekser – asymmetri i stapediusreflekser kan være første tegn på vestibularis schwannom.

d. Supplerende undersøgelser

Det er vanskeligt præcist at definere, hvornår et høretab er asymmetrisk i en sådan grad at vestibularis schwannom må mistænkes. Findes der asymmetri ved 2 kHz og/eller derover og/eller asymmetrisk DS bør der foretages udredning mhp. udelukkelse af vestibularis schwannom. Asymmetri i bas- eller mellemtoner udelukker dog ikke retrokokleær årsag. Ud fra den kliniske helhed (bl.a. høretabets størrelse andre kliniske fund (påvirkning af n. trigeminus, n. facialis) anamnesticke oplysninger og patientens almene tilstand) vælges relevant supplerende undersøgelse. Hvis det er muligt er MR-scanning af pars petrosa og den cerebellopontine vinkel den sikreste undersøgelse – hvis dette er kontraindiceret bør man foretage CT-scanning med kontrast eller ABR – her skal man dog være opmærksom på at ABR ikke er en mulighed hvis patienten har pacemaker som pacer konstant, eller hvis høretabet er større end 70 dB HL på begge ører. Evt. kan man følge patienten med høreprøvekontrol samt otoneurologisk gennemgang inkl. undersøgelse for side – og bliknystagmus og hoveddrysten-

nystagmus. Ved progression af asymmetri og/eller otoneurologiske udfald, bør suppleres med MR-scanning.

e. Behandling

Høretab kan behandles med høreapparat afhængig af hvor påvirket DS er. Ved svær tinnitus kan man overveje høreapparatbehandling også selvom DS er påvirket i udtalt grad, her skal man dog være opmærksom på ikke at give for meget forstærkning, da det kan forstyrre det ”gode” øre. Opfølgning af behandling ca. 6 uger efter iværksat behandling med DS målinger i FF skal aftales med patienten. Hvis binaural høreapparatbehandling ikke gavner patienten kan man forsøge CROS eller bi-CROS. Også her er opfølgning vigtig idet ensidigt CI kan komme på tale. Patienter med svært høretab/anacuse på øret kan afprøve BAHS hvis CROS ikke gavner.

f. Komplikationer

g. Opfølgning

Det er vigtigt at følge op på behandlingen for at sikre udbytte og evt. ændre behandlingen i forhold til de kommunikative udfordringer patienten har.

5. Referencer og links

Stanley A. Gelfand: Essentials of Audiology, Fourth Edition.

Gimsing S. Vestibularis Schwannoma: when to look for it? The Journal of Laryngology & Otology (2010). 124. 258-264

Sven-Eric Stangerup: Epidemiology and natural history of vestibular schwannoma 2012.

6. Bilag