

Hörsturz und Tinnitus bei Kindern

von Prof. Dr. med. Olaf Michel, Brüssel

Autor: Prof. Dr. med. Olaf Michel, Universitair Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel, Brüssel, Belgien
E-Mail: omichel@uzbrussel.be

Einleitung: Die Differentialdiagnose spielt bei der Annahme eines Hörsturzes bei Kindern die entscheidendste Rolle, da ein genuiner idiopathischer Hörsturz die Ausnahme darstellt. In den letzten Jahren sind nicht-organische Hörstörungen in Abgrenzung zu auditorischen Neuropathien, und Aufmerksamkeitsdefizitsyndromen mehr in den diagnostischen Focus gekommen, so dass eigentliche „Kinderhörstürze“ zunehmend kritischer betrachtet werden.

Anamnese: Wichtig ist die Feststellung, ob die Hörminderung akut bemerkt wurde oder akut auftrat. Kinder unter 10 Jahren können in der Regel keine genaue zeitliche Angabe liefern, wann die Hörminderung aufgetreten ist. Auch Kinder, die älter sind als 10 Jahre, geben meist ein Bagatellereignis an, in dessen Rahmen erstmals Hörprüfungen durchgeführt werden und die Hörminderung entdeckt wird. Konfliktsituation in der Schule, Familie und im „Freundeskreis“ (Mobbing, Cyber-Mobbing, -Bullying, -Stalking oder „Shitstorm“; Studie der Uni Münster: bis zu 36 % der Jugendlichen betroffen, meist Mädchen) gelten als Auslöser für nicht-organische Hörstörungen und Tinnitus. Einseitige Ertaubungen sind sehr häufig residuale Komplikationen früherer Mumps- oder Scharlacherkrankungen oder einer unerkannten basalen Meningitis, werden aber häufig als Körperverletzung, Unfallschadenfolge und im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten entdeckt. Bei näherer Betrachtung war das angeschuldigte Ereignis häufig nicht in der Lage, eine Ertaubung hervorzurufen!

Von Bedeutung sind nicht-organische Hörstörungen (auch psychogene Hörstörungen, Pseudohypakusis oder hysterische Taubheit, funktioneller Hörverlust genannt) [1], die die Mehrheit der kindlichen (plötzlichen) Hörstörungen stellen [2]. Die Inzidenz liegt bei ca. 2 %. Mädchen sind mehr als doppelt so häufig wie Jungen (2:1, aber auch bis zu 10:1) betroffen [3]. Eine bewusste Simulation wie bei Erwachsenen ist dabei eher ungewöhnlich.

Tinnitus: Auch idiopathische, spontane aufgetretene Ohrgeräusche sind bei Kindern selten. Es fällt auf, dass Kinder kaum unter Ohrgeräuschen „leiden“, wie es im Erwachsenenalter häufig der Fall ist. Daher sind spontane Klagen eher selten. Ohrgeräusche aber auch Hörminderung werden von Kindern des Öfteren „imitiert“, wenn im Familienkreis jemand über diese Symptome klagt [4]. Stress, Depression und Ängstlichkeit sind wie im Erwachsenenalter häufig mit Ohrgeräuschen im Kindesalter assoziiert [5].

Diagnostik: Eine möglichst objektiv durchgeführte Audiometrie (OAE, ERA, Stapediusreflexe) durch eine erfahrene Audiometristin hilft ebenso wie ein Stenger-Test, eine nicht-organische Hörstörung aufzudecken. Alle auf Mitwirkung beruhenden Untersuchungsergebnisse müssen bei Kindern kritisch betrachtet werden, insbesondere, wenn im Tonschwellenaudiogramm flach verlaufende Kurven um 50 dB und/oder eine Schallempfindungsschwerhörigkeit bei normalem Sprachaudiogramm angegeben wird. Dies äußert sich meist schon in der Untersuchungssituation, wenn Aufforderungen mit

gedämpfter Sprache gefolgt wird. Ergebnisse müssen reproduzierbar sein; wiederholte Kontrollen können eine Hörstörung „weg audiometrieren“.

Therapie: In begründeten Verdachtsfällen ist mit den Eltern zu sprechen und gegebenenfalls ein Kinderpsychologe(-psychiater) einzuschalten. Einer gründlichen Diagnostik ist Vorrang vor einer voreiligen Kortisontherapie, Hörgeräteverordnung oder eventuellen diagnostischen Tympanoskopien wegen Annahme eines idiopathischen Hörsturzes zu geben! Früher berichtete „schlechte“ Ergebnisse von Infusionstherapien beim kindlichen Hörsturz lassen sich in der Retrospektive mehr auf Fehldiagnosen zurückführen [6;7].

Fazit: Gründliche Anamnese, gesunde Skeptik gegenüber Untersuchungsbefunden, angeschuldigten Ereignissen und Angaben sowie eine profunde Diagnostik unter Einschluss von objektiven Hörprüfungen lassen die Unterscheidung zwischen nicht-organischer Hörstörung und Hörsturz zu. Allein im Falle eines Hörsturzes ist eine Therapie, die sich gewichtsadaptiert an der Erwachsenenbehandlung anlehnt, zu rechtfertigen [8].

Literatur:

- [1] Schmidt CM, Am Zehnhoff-Dinnesen A, Deuster D: Nichtorganische (funktionelle) Hörstörungen bei Kindern. HNO 27-4-2012.
- [2] Morita S, Suzuki M, Iizuka K: Non-organic hearing loss in childhood. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2010;74:441-446.
- [3] Hiraumi H, Tsuji J, Kanemaru S, Fujino K, Ito J: Non-organic hearing loss. Acta Otolaryngol Suppl 2007;3-7.
- [4] Holenweg A, Kompis M: Non-organic hearing loss: new and confirmed findings. Eur Arch Otorhinolaryngol 2010;267:1213-1219.
- [5] Kim YH, Jung HJ, Kang SI, Park KT, Choi JS, Oh SH, Chang SO: Tinnitus in children: Association with stress and trait anxiety. Laryngoscope 10-8-2012.
- [6] Psarommatis I, Kontorinis G, Kontrogiannis A, Douniadakis D, Tsakanikos M: Pseudohypacusis: the most frequent etiology of sudden hearing loss in children. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009;266:1857-1861.
- [7] Ullrich D, Aurbach G: [Der "Hörsturz" im Kindes- und Jugendalter. Symptomatik, Therapie und Prognose--eine retrospektive Studie.]. Laryngorhinootologie 1990;69:401-404.
- [8] Chen YS, Emmerling O, Ilgner J, Westhofen M: Idiopathic sudden sensorineural hearing loss in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2005;69:817-821.