

## Utredning og behandling av Sudden deafness.

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Prosedyre  
Sist endret: 25.06.2024

### 1. HENSIKT

Klarlegge pasientflyt og utredning/behandling av pasient med plutselig oppstått sensorinevral hørselstap (sudden deafness) for å sikre effektiv og trygg behandling av aktuelle pasienter.

### 2. ANSVAR

Leger og audiografer ved ØNH-pol. Sykehuset i Vestfold.

### 3. GENERELT

Sudden deafness defineres som et sensorinevral hørselstap som utvikles innenfor 3 dager der audiometri viser tap på 30 dB HL eller mer i minst 3 påfølgende frekvenser. Det er sjeldent man har audiometri til sammenlikning. Det er derfor godt nok å sammenlikne med kontralateralt øre. Hørselstapet gir ofte et markant handicap og vil derfor ofte oppfattes som dramatisk av pasienten. Vanlige tilleggsymptomer er aural fylde, tinnitus (øresus) og lettgradig svimmelhet. Man finner etiologi i kun 10 % av tilfellene av sudden deafness.

### 4. FREMGANGSMÅTE

Vakthavende lege kontaktes av fastlege/legevakslege. Den aktuelle ØNH-lege koordinerer med hørselsentral slik at pasienten får time til høreprøve senest påfølgende virkedag. Etter audiograftime møter pasienten til vakthavende lege. Det gjøres da standard ØNH-status med vekt på aktuell problemstilling. Dersom det oppdages utløsende årsak behandles denne etter gjeldende praksis.

#### • UTREDNING

- Audiograf gjør rentone- og taleaudiometri samt tympanometri.
- ØNH-lege undersøker pasienten ut i fra den otologiske problemstillingen.
- Den beste undersøkelse som kan ekskludere tumor i cerebellopontine vinkel er MR. I løpet av oppfølgingen bør det derfor vurderes MR caput/tinningben for å utelukke retrocochleære årsaker dersom hørselstapet ikke bedres. CT tinningben kan benyttes dersom kontraindikasjon mot MR.
- ABR har flere svakheter med tanke på utredning av sudden deafness og er ikke godt nok for å ekskludere tumor i cerebellopontine vinkel.
- Dersom det finnes uttalt hørselsvekkelse på kontralaterale øre, uavhengig av om dette er kjent fra tidligere eller om det er nytilkommet, bør det vurderes rask henvisning OUS Rikshospitalet for vurdering cochleaimplantat.
- Blodprøver har ingen rutinemessig plass i utredning, men kan vurderes indisert ut i fra det kliniske bildet.

#### • BEHANDLING/OPPFØLGING

- Ulike hypoteser, bl.a. viral og tromboembolisk genese, har vært foreslått, men forsøk på kausal behandling mot slike årsaker har ikke dokumentert effekt. 32 – 65% blir spontant bedre.
- Det finnes ingen medikamentell behandling med sterk dokumentasjon på effekt. Prednisolon har mulig dokumentert effekt og i fravær av

kontraindikasjon (bl.a. aktivt ulcus, insulinavhengig/dårlig regulert diabetes mellitus) bør dette vurderes gitt som 10 dagers kur. Evt supplere med PPI som ulcusprofylakse. Det finnes ingen standardisert regime steroidkur.

Behandlingsregime som beskrevet i prosedyre for Bells parese kan benyttes.

Oppstart steroidkur bør helst skje innen 48 timer, og kan startes opp av henvisende lege på henvisningstidspunkt. Steroidkur startet opp senere enn 14 dager etter debut har sjelden effekt.

- Intratympanale steroider kan vurderes hos de med kontraindikasjoner mot systemiske steroider evt. dersom manglende effekt av systemiske steroider innen 14 dager etter beh.start.
- Pasienten bør få oppfølgingstime etter ca 14 dager og deretter innen 3 mnd for å vurdere bedring evt. behov for hjelpemidler.

## **5. INTERNE REFERANSER**

[2.2.5.10.2.13.2](#) [Akutt perifer facialisparese hos voksne - utredning og behandling - C3](#)

## **6. EKSTERNE REFERANSER**