

Fortbildung Klinik Obach vom 22.5.2014, Geriatrie für Grundversorger

HNO-Probleme beim älteren Menschen

Dr.med. Peter Hänni, Facharzt FMH für HNO, speziell Hals- und Gesichtschirurgie
Bielstrasse 18, 4500 Solothurn

Hörstörungen

Presbyakusis: Symmetrischer Hochtonverlust im Reintonaudiogramm

Prävalenz: 50J.: 33.0%, 65-69J: 43.7%, 70-74:51.1%, 75-79J:71.4%, ab 80J:84.3%

Nicht mit Altersschwerhörigkeit erklärbar: Asymmetrische Schwerhörigkeit, Schallleitungsschwerhörigkeit, Schwerhörigkeit überwiegend im tiefen oder mittleren Frequenzbereich

Pathomechanismen

Lärm: Mechanisches Trauma: direkte Schädigung der Architektur der Innenohrstrukturen (äussere Haarzellen)

Metabolische Stressreaktion: stimuliert durch überlauten Schall (Apoptose)

Arteriosklerose: Vaskuläre Schäden (Nikotin, alimentäre Faktoren, Dyslipidämien)

Neues aus der Innenohrforschung:

1) Lärmschädigung: Bisherige Annahme: Schwerhörigkeit entwickelt sich ausschliesslich während der Lärmexposition. Neue Erkenntnis: Schwerhörigkeit entwickelt sich auch nach der Lärmexposition weiter („es wirkt länger als es lärmt“). Gutachterliche Konsequenzen?!

Lit: Kujawa SG, Liberman MC (2009) Adding insult to injury: cochlear nerve degeneration after temporary noise induced hearing loss. *J Neurosci* 29:14077-14085

2) „Versteckter Hörverlust“: Fakt: Geringer Hörverlust im Tonaudiogramm korreliert oftmals nicht mit ausgeprägtem Verständlichkeitsverlust im Sprachaudiogramm.

Neue Erkenntnis: Synaptopathie im Innenohr und selektiver Hörnervenfaserverlust treten vor tonaudiometrisch fassbarer Haarzellenschädigung auf .

Lit: Sergenyenko Y. et al: Age-related cochlear Synaptology: an early-onset contributor to auditory functional decline. *J Neurosci* 33:13686-13694, 2013

Hörtraining verbessert kognitive Verarbeitung im Alter

- **Lit:** Speech comprehension training and auditory and cognitive processing in older adults. *Am J Audiol.* 2012 Dec;21(2):351-7. doi: 10.1044/1059-0889(2012/12-0025). Pichora-Fuller MK, Levitt H¹ University of Toronto, Mississauga, Ontario, Canada.
- **Lit:** Reversal of age-related neural timing delays with training. Samira Anderson et al. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 02/2013; DOI:10.1073/pnas.1213555110 Source: PubMed

Exkurs zum Hörerätewesen CH

Hörgerätefinanzierung CH: durch AHV/IV / SUVA / MV. Evtl. durch Zusatzversicherung. Kein Beitrag aus Grundversicherung!

Voraussetzungen für eine Kostenübernahme:

1) Minimaler Gesamthörverlust: Suva /MV: 15%, IV:20% (15%), AHV: 35%

2) Von Expertenarzt verordnet (und abschliessend von diesem geprüft: nur SUVA, MV)

Anpassungsverfahren AHV/IV

- 1) Anmeldung an AHV/IV durch Patient (Formular: www.ahv-iv.info/ Formulare)
- 2) AHV/ IV erteilt Auftrag für Hörgeräteexpertise an Expertenarzt (HNO)
- 3) Expertenarzt führt Untersuchungen durch, verfasst standardisierten Bericht
- 4) Auswahl und Anpassung HG durch Akustiker (oder Apotheker). Grundsätzlich alles versuchsweise / unverbindlich! Kein „Abnahmezwang“ nach Abschluss der Anpassung
- 5) Nach abgeschlossener Anpassung: Kostenbeitrag direkt an Patient (Pauschale)

Kostenbeiträge

<u>Kostenträger</u>	<u>monaural</u>	<u>binaural</u>	<u>Folgeversorgung</u>
AHV	Fr. 630.-	--	alle 5 Jahre
IV	Fr. 840.-	Fr. 1650.-	alle 6 Jahre
SUVA/MV standard	Fr. 1293.-	Fr. 2020.-	alle 6 Jahre
SUVA/MV standard	Fr. 1865.-	Fr. 2972.-	alle 6 Jahre

Verschiedenes

- Anspruch auf Gerät in einfacher und zweckmässiger Ausführung
- Sonderregelung für Minderjährige
- Hörgerät kann frei gewählt und in der Schweiz oder im Ausland gekauft werden, sofern es gemäss Liste des BSV zugelassen ist
- Berücksichtigung zusätzlicher Erschwernisse (Sehstörungen, eingeschränkte manuelle Fähigkeiten): nur durch IV oder SUVA / MV
- Wohnsitz: AHV entrichtet nur Beiträge an in der Schweiz wohnhafte AHV-Bezüger
- Bei beidseitiger Hörstörung: Wenn möglich immer binaurale Versorgung
- Akustikerwahl: im Raum Solothurn / Grenchen unproblematisch, Kriterium „Zugänglichkeit“ beachten (ÖV, Parkplatz, Fussweg, Rollstuhlgängigkeit)

Weitere Info: www.ahv-iv.ch und für SUVA / MV: www.zmt.ch (ambulante Tarife , Hörgeräte)

Schwindel, Gleichgewichtsstörungen

„**Altersschwindel**“ : Unsystematischer (!) Schwindel, hervorgerufen durch altersphysiologischer Veränderungen in den informations-verarbeitenden Strukturen, alterstypische Multimorbiditäten und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten “

Lit: F. Meyer, *Der Allgemeinarzt*, 2011; 33 (20) Seite 32-34

Therapie

Allgemeine Massnahmen:

- Optimierung auditive und visuelle Orientierung (Brille, Hörgerät, ausreichende Raumbelichtung).
- Sturzprophylaxe : Gehhilfe (Rollator, Böckli), Beseitigung von Stolperfallen, geeignetes Schuhwerk.

Vestibularstraining !

- Selbständiges Gleichgewichtstraining durch Patient (*Broschüre / Anleitung z.B. unter: www.abbott.de, Mensch + Gesundheit, Schwindel, **Schwindelratgeber 3***)
- In schwierigen Fällen: Vestibuläre Rehabilitation unter physiotherapeutischer Anleitung
Lit: A systematic review about the effects of the vestibular rehabilitation in middle-age and older adults, Natalia A et al, *Rev. bras. fisioter.* vol. 14 no.5 São Carlos Sept./Oct. 2010
CONCLUSIONS: the studies included in this review provide evidence for the positive effects of VR in elderly and middle-aged adults with vestibular disturbances

Spezifische Therapie : je nach definiertem Krankheitsbild

Schluckstörungen:

Primär: Störungen, die sich natürlicherweise mit dem Alter einstellen. Können in der Regel gut kompensiert werden und führen kaum zu ernsthaften Schwierigkeiten. Sie verringern jedoch die „Reserven“ (Patienten können weniger schnell trinken, müssen bei Gesprächen während des Essens aufpassen, dass sie sich nicht verschlucken, müssen vermehrt nachschlucken, weil Nahrungsreste im Hals zurückbleiben).

Therapie: Ausschluss einer sekundären Schluckstörung (vgl. unten). Information / Beruhigung des Patienten. Bei Hinweisen auf Mangelernährung und Aspiration oder Beeinträchtigung der Lebensqualität: Schlucktherapie (Logopädie), diätetische Massnahmen, Ess- und Trinkhilfen.

Sekundär: Krankheiten oder Medikamentennebenwirkungen (Neuroleptika!), die zu Schluckstörungen führen \implies durch HNO / Gastroenterologe / Neurologe zu suchen bzw. auszuschliessen.

Therapie: je nach Grunderkrankung (Bsp: Zenker-Divertikel)

Stimmstörungen

Im Alter hervorgerufen durch physiologische Veränderungen am Knorpelgerüst des Kehlkopfes und am muskulären Halteapparat, sowie durch Elastizitätsverlust der Stimmlippen. Veränderungen im Hormonhaushalt.

Die Altersstimme ist geprägt durch eine reduzierte Stimmintensität, Heiserkeit und Tremor. Veränderte Sprechstimmlage und raschere Stimmermüdbarkeit. Vermännlichung der weiblichen Stimme.

Therapie: Ausschluss krankhafter Veränderungen durch HNO. Information / Beruhigung des Patienten. Bei erheblichem Leidensdruck: Stimmtherapie (Logopädie)

„Tropfnase“:

Wässrige Rhinorrhoe, unvermittelt und ohne Vorwarnung oder durch äussere Einflüsse getriggert, (Temperaturwechsel, gustatorische Reize).

Ursache: Verlust der autonomen Regelkreise der Nasenschleimhaut, vermehrt parasympathisch dominierten Situation, wodurch sowohl die Sekretion wie auch der Schwellungsgrad der Schleimhaut zunimmt.

Therapie: Ipratropiumbromid (Rhinovent^R 3x2 Hübe / Tag. **CAVE:** Glaukumpatienten (relative Kontraindikation)

Riechstörungen

Ursachen teils in Nase selber, teils im Bereich der anschliessenden Riechbahn.

Regio olfactoria: physiologische Reduktion des olfaktorischen Epithels, verminderte Regenerationsfähigkeit der Neurone. Aufgrund der altersbedingten Änderung der nasalen Aerodynamik erreichen weniger Riechstoffmoleküle die Regio olfactoria.

Therapeutische Möglichkeiten: (nach Ausschluss krankhafter Veränderungen)

- Vitamin A und Zink wirkungslos!
- Steroide, systemisch (7 Tage, 75 -100 mg / Tag) und topisch
- **Riechtraining hilft** – zumindest bei postinfektiöser Hyposmie /Anosmie
Lit: *Olfactory training is helpful in postinfectious olfactory loss: a randomized, controlled, multicenter study.* [Damm M et al. Laryngoscope. 2014 Apr;124\(4\):826-31.](#)

CAVE: Riechstörung als Früh-, Begleit- und Warnsymptom neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen (M.Parkinson, Alzheimer Demenz uva).

Basaliome / Spinaliom

Therapie der Wahl: Chirurgie. **Alternativen:** Radiotherapie, lokale Chemo- oder Immunotherapie, photodynamische Therapie, Kryotherapie

Radiotherapie Solothurn / Bern:

Regel: 3 x / Woche, ED 3 Gy, (GD Basaliom 51 Gy , GD Spinaliom 54 Gy), 6 Wochen

Alternative: 2 x/ Woche, ED 4 Gy, Gesamtdosis GD 44 Gy, 6 Wochen

***Lit:** Persönliche Mitteilung, Dr. P. Wolfensberger, Ärztlicher Leiter Radio-Onkologie Solothurn A*