

Fachgebiet: Anästhesiologie, Unfallchirurgie, HNO
Diagnose: Hörsturz, idiopathisch (ICD H91.2)
Titel: Hörsturz durch Narkose (Taubheit des linken Ohres nach einer Vollnarkose zu einer Hand-OP, Zusammenhang?)
Autor: Prof. Dr. Hermann Müller
Bearbeiter: Dr. Peter Müller
Verfahren: 330/10 - Stand der Veröffentlichung: 06.11.2012

Der Fall

Ein 37-jähriger Patient wurde wegen einer Walzenquetschverletzung der rechten Hand mit Verlust von 2 Fingern akut in eine große BG-Unfallklinik aufgenommen. Am Aufnahmetage erfolgte die Versorgung der Verletzung in einer Plexusanästhesie mit Säuberung und Spülung der Verletzung. Nach weitgehender Abheilung der primär infizierten Wunde wurde unter Antibiotikatherapie knapp 3 Wochen später die Defektdeckung mit einem freien lateralen Oberarmklappen durchgeführt. Der operative Eingriff dauerte 4½ Stunden.

Anschließend wurde der Patient für 2 Stunden im Aufwachraum überwacht und 1½ Tage später nach Aufnahme auf der Station gab der Patient an, auf dem linken Ohr nichts hören zu können. Vom diensthabenden Arzt wurde für die nächsten Tage ein HNO-Konsil angefragt. Der HNO-Arzt erschien genau 24 Stunden später nach der Konsiliaranforderung. Er verordnete nach der Diagnose „Innenohrschwerhörigkeit“ die Gabe von Hydroxyethyl-Stärke, Trental und Cortison. Die besagten Maßnahmen haben eine abschwellende und durchblutungsfördernde Eigenschaft. Sechs Tage später erfolgte ein Audiogramm (Überprüfung der Hörfähigkeit), die die komplette Taubheit des linken Ohres zeigte. Weiterhin wurde eine Magnetresonanztomographie durchgeführt, bei der sich kein pathologischer Befund des zentralen Nervensystems fand.

Zu Irritationen kam es durch präjudizierende Äußerung eines HNO-Arztes: „Es ist davon auszugehen, dass die Ertaubung als Komplikation während einer Intubationsnarkose eingetreten ist“. Zusätzlich in einem Schreiben eines unfallchirurgischen Oberarztes: „OP sollte, wenn möglich, in Plexusanästhesie oder Oberst-Anästhesie durchgeführt werden, da nach der vorausgegangen Narkose ein Hörschaden aufgetreten ist“.

Die Einwände des Patienten

Der Patient vermutet, dass der für ihn plötzlich aufgetretene Hörschaden im Zusammenhang mit der Narkose entstanden sei und gegebenenfalls Folge eines Fehlers von ärztlicher Seite ist.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Sachverständigen Prof. Dr. Hermann Müller mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

In diesem Falle geht es um einen Hörsturz, das heißt um einen idiopathischen, akut auftretenden, meist einseitigen Defekt der Schallempfindung. Idiopathisch heißt in diesem Zusammenhang, dass die Störung ohne erkennbare Ursache auftritt.

Das entscheidende diagnostische Kriterium für einen idiopathischen Hörsturz ist, dass keine anderen nachweisbaren Ursachen für den Hörverlust nachgewiesen werden können. Dem-

nach ist die Diagnose Hörsturz eine Ausschlussdiagnose. Der Gutachter führt weiter aus, dass die Ursache des Hörsturzes eine Änderung der Durchblutung am Innenohr ist, die bei Mangel durchblutung zu einer Schädigung der eigentlichen Sinnesorgane, der Haarzellen führt. Als Hauptursache für den akuten Hörsturz wird aber Stress aufgeführt, da unter Stress es zu Verkrampfungen von Gefäßen kommen kann, die dann mehr oder minder zufällig die Durchblutung des Innenohres betreffen können.

Auch im Hinblick auf die Ursachen der Stress-Situation wird der Patient in vielen Fällen nach auslösenden Faktoren suchen, was haftungsrechtliche Probleme mit sich bringt.

Der Hörsturz tritt bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter auf. Nicht nur die Ursachen sind unklar, entsprechend ist die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen ungeklärt. Hierzu trägt auch die hohe Rate von Spontanheilungen, etwa 2/3 der Patienten, bei.

Trotz zahlreicher klinischer Studien konnte bisher keine sichere Behandlungsmethode gefunden werden. Selbst die in diesem Falle zur Anwendung gekommenen durchblutungsfördernden Maßnahmen haben keinen Effekt, der über den eines Placebos hinausgeht. Auch die oft zur Anwendung kommenden Cortisonderivate sind als Behandlungsmaßnahmen nicht wissenschaftlich belegt.

Zum Thema Hörsturz und Allgemeinnarkose führt der Gutachter auf:

Zum einen könnte eine massive Überstreckung der Halswirbelsäule bei der Intubation die Durchblutung des Kopfes beeinflussen. Im gegebenen Fall wird von keiner Besonderheit im Zusammenhang mit der Intubation berichtet. Eine potentielle Ototoxizität von Anästhetika (Schädigung des Innenohres durch Narkosemittel) wurde bislang nicht gefunden. Dies gilt auch für alle im Falle dieses Patienten zur Vollnarkose benutzten Medikamente.

Bei einer Vielzahl von Narkosen sind aus operativen Gründen (Blutung) oder wegen Vorerkrankungen (z.B. Herzerkrankung) Blutdruckschwankungen nicht vermeidbar. Dennoch ist in der Literatur kein Fall bekannt, wo ein Zusammenhang zwischen Blutdruckschwankungen und Auftreten eines Hörsturzes nachgewiesen wurde. Die bei diesem Patienten durchgeführte Narkose zeichnet sich durch eine fast ideale Stabilität des Blutdrucks aus.

Zuletzt könnte ein Sauerstoffmangel in der Narkose zu einer Unterversorgung auch im Innenohrbereich geführt haben. Es ist heute üblich, während der gesamten Narkose die Sauerstoffsättigung zu bestimmen. Bei diesem Patienten finden sich während der gesamten Narkose hohe Normalwerte, ein Sauerstoffmangel bestand nie.

Es bleibt der Stress: So ist es auch durchaus möglich, dass nach dem Eingriff im Wachzustand der Stress für den Patienten besonders ausgeprägt war. Vielleicht erklärt dies auch, dass der Patient den Hörsturz erst nach der Narkose erlitt, da er erst nach 1½ Tagen nach Operationsende die Schwerhörigkeit bemerkte.

Bei der Erstoperation wurde entsprechend der Notfallsituation (fehlende Nüchternheit) und wegen der nur kurzen Dauer des Eingriffs eine Plexus-Anästhesie durchgeführt. Es ist in keinem Fall bewiesen, dass das Risiko einer Vollnarkose für das akzidentelle Auftreten von Hörstürzen größer ist wie bei der Teilnarkose.

Bei der über 4½ Stunden dauernden Operation, in deren Zusammenhang es zu einem Hörsturz kam, war in jedem Falle die Vollnarkose vorzuziehen. Die vorher verwandte Plexus-Anästhesie wäre auch für den besagten Eingriff, bei dem ein Lappen vom Oberarm gewonnen werden musste, in den meisten Fällen nicht ausreichend gewesen.

Die zeitnahe Behandlung des Hörsturzes wird deshalb empfohlen, weil sie möglicherweise bessere Chancen für eine Wiederherstellung des Hörvermögens bietet. Bewiesen ist dies

jedoch nicht. Ebenso wird oft die Meinung vertreten, dass die Chancen einer Heilung sich mit der Dauer des Hörsturzes verringern. Auch hier fehlt ein wissenschaftlicher Beleg.

Im vorliegenden Falle wurde der HNO-Arzt am Tag nach der ersten Meldung durch den Patienten (während der Nacht) informiert. Sein Erscheinen am darauffolgenden Tag hält der Gutachter für zeitlich adäquat.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Die vom Patienten aus verständlichen Gründen vorgebrachte Vermutung, dass der für ihn plötzlich aufgetretene Hörschaden im Zusammenhang mit der Narkose entstanden sei und gegebenenfalls Folge eines Fehlers von ärztlicher Seite ist, ist für den Gutachter nachvollziehbar.

Dennoch ist nach heutigem Stand der Wissenschaft zu diesem Krankheitsbild, der leider sehr lückenhaft ist, ein derartiger Zusammenhang nicht vorhanden. Natürlich können aber Narkose und stressbedingter Hörsturz durchaus zusammen vorkommen.

Aus den gesamten Unterlagen ergibt sich kein Hinweis für ein ärztliches Fehlverhalten, der Narkoseverlauf war ohne Besonderheiten und fehlerfrei.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten beendet.

Fallaufbereitung

Mit Zustimmung des beauftragten Sachverständigen wurde dieser Fall von dem Bearbeiter für die Veröffentlichung aufbereitet.