

Permanente leichtgradige Hörstörungen im Kindesalter

Christiane Kiese-Himmel & Silke Ohlwein

Abt. Phoniatrie/Pädaudiologie, Georg-August-Universität Göttingen

Eine *leichtgradige Hörstörung* liegt bei einem mittleren Hörverlust von >25-40 dB im Frequenzspektrum von 0.5 - 4 kHz vor. Hierunter werden Schallleitungsstörungen aufgrund von Mittelohrentzündungen subsumiert, unilaterale bzw. bilaterale sensorineurale Hörstörungen und der Hochfrequenzverlust (Tharpe & Bess, 1999) sowie Schallleitungsstörungen durch Ohrfehlbildungen.

Temporäre Schallleitungsstörungen im Kindesalter sind häufig; die Wiederherstellung der regelrechten Funktion der Schallübertragung bei Ventilationsstörungen oder Entzündungen ist infolgedessen eine basale Aufgabe, um bleibende Hörstörungen zu verhindern. Über die permanente leichtgradige Innenohr-Schwerhörigkeit (IOS) im Kindesalter weiß man wenig, zum einen wegen ihrer niedrigen Prävalenz, zum anderen, weil sie häufig gar nicht erkannt wird. Daher zielt unser Augenmerk auf die permanente, versorgungspflichtige leichtgradige Hörstörung.

Im Zeitraum 10/1994 bis 12/2001 wurde in der Abteilung Phoniatrie/Pädaudiologie Göttingen bei 32 von 250 Kindern bis zum 10. Altersjahr eine permanente leichtgradige Hörstörung auf dem besser hörenden Ohr diagnostiziert ("Göttinger Hör-Sprachregister"). **20 Kinder (8%)** hatten ausschließlich eine **leichtgradige Hörstörung auf einem oder auf beiden Ohren**. Ihre klinischen Befunde sowie ausgesuchte Sprachentwicklungsdaten (arithm. Mittelwerte, SD in Klammern) werden im folgenden dargestellt (Altersangaben in Monaten).

Hörstörungstyp			
	Schallleitung durch Ohrfehlbildungen (n=4)	Unilaterale IOS (n=2)	Bilaterale IOS (n=14)
Jungen	2 (50%)	2 (100%)	11 (79%)
Mädchen	2 (50%)	-	3 (21%)
FREQUENZ			
Tiefton	2		
Mittlere Frequenzen	1		
Hochton		1	2
Alle Frequenzen	1	1	3
			9
Atiologie	Mittelohrdysplasie		genetisch (ohne Syndrom) 2 erworben (1 perinatal, 1 postnatal) 2 unbekannt 10
		unbekannt	
Mehrfachbehinderung	-	-	3 (1 bilingual)
Verdachtsalter	34.0 (15.1)	kein Verdacht	52.5 (25.0)
Min – Max	18 – 48		11 – 81
Diagnosealter	84.3 (11.3)	48.5 (31.8)	62.0 (20.6)
Min – Max	68 – 94	26 – 71	21 – 83
Median Diagnosealter	87.5	48.5	67.5
Hg-Versorgungsalter	84.3 (11.3)	48.5 (31.8)	67.6 (23.5)
Min – Max	68 – 94	26 – 71	21 – 105
Hg Non-Responder	1	-	5
Bilingual	-	-	2 (Türkisch, Portugiesisch)
SPRECHBEGIHN			
Erste Worte	15 (4.2)	12	12.5 (4.4)
Min – Max	12 – 18		7 – 24
Zwei-Wort-Satz	29 (9.9)	21	19.8 (3.9)
Min-Max	22 – 36		15 – 24
Testalter	85.5 (10.8)	76	69.3 (25.0)
Rezeptives Vokabular (T-score*)	52.0 (7.0)	57.0	53.0 (14.8)
Min – Max	46 – 62		23 – 67
Expressives Vokabular (T-score*)	55.0	46.0	56.0 (8.6)
Min – Max			50 – 71
Nonverbale Intelligenzhöhe (T-score*)	unauffällig	unauffällig	unauffällig
Min – Max	56.0 (6.1) 52 – 63	53.0	53.9 (8.1) 44 – 64
VERBO-AKUSTISCHE SPRACHVERARBEITUNG (T-score*)			
Min – Max	46.4 (6.4) 39.5 – 52.8	45.2	49.0 (9.8) 29.8 – 59.5
Wortverständhen (Standard-Frageformat)	46.8 (7.1)	52.0	47.3 (13.5)
Analogiefindung	51.3 (9.2)	46.0	52.9 (9.0)
Morpholog. Markierung	53.7 (7.6)	missing	51.7 (14.8)
Sequenzgedächtnis	39.0 (18.5)	44.0	45.3 (12.3)
Wortergänzung	47.3 (5.1)	46.0	56.0 (7.5)
Lautsynthese	42.0 (14.5)	38.0	45.9 (9.7)

* M=50 (SD=10)



Fazit

Die Ergebnisse sind Plädoyer für ein universelles NHS, da jede Hörstörung grundsätzlich ein Entwicklungsrisko darstellt.

Literatur

Tharpe AM, Bess FH (1999). Minimal, progressive, and fluctuating hearing losses in children. Pediatric Clinics of North America 46: 65-78