
For sen diagnose av dövhet og tunghørthet

REDAKSJONELT

ELVERLAND HH

I Vest-Europa opptrer alvorlig hørselstap i tidlige barneår hos ca. én av 1000 (1, 2). Dette tilsier at det årlig blir født om lag 60 barn i Norge som trenger tidlig diagnose, fulgt av audiologisk og audiopedagogisk habilitering. Det ideelle for å sikre en best mulig utvikling av språk og evne til kommunikasjon er at behandlingen iverksettes fra seks måneders alder (3, 4).

Tidlig diagnose av alvorlige hørselstap hos spedbarn har siden 1972 vært basert på atferdsundersøkelse ved helsestasjonene ved sju til ni måneders alder. Man undersøker barnets evne til å retningsbestemme en svak lyd kilde og orientere blikket etter den (5). Prøven er en distraksjonstest som kombinerer undersøkelse av hørsel og syn. En gevinst med prøven er at den gjør foreldrene oppmerksomme på at barnet kan ha sansedefekter, og at de må si fra dersom desenerer kommer i tvil om barnets utvikling. Tidligere har undersøkelse av aureo-palpebral refleks vært benyttet her iland i noen utstrekning (6). Flere forfattere har beskrevet hvordan gjentatte atferdsprøver, ofte over måneder, og lange ventetider til det ble gjort hjernestammeresponsaudiometri i betydelig grad forsinket diagnose og behandling (1, 7).

Bruk av atferdsaudiometri i form av distraksjonstest har ikke ført til så tidlig diagnose som ønskelig ved alvorligesensorineurogene hørselstap (1, 3, 4, 7). Median alder for diagnose er stadig ca. 2,5 år. Distraksjonstest har vist seg å ha en sensitivitet på mindre enn 30% i de fleste undersøkelser, den er vanskelig å kvalitetssikre og har meget høyekostnader per oppdaget pasient (1, 4). I en lederartikkel i Tidsskriftet i 1989 ble det pekt på at det var viktig å se kritisk på de metoder man benyttet i Norge for tidlig diagnose av hørselstap hos barn (8).

Oppdagelse av spontane og akustisk utløste ekkoer fra de ytre hårceller i cochlea var en betydelig nyvinning i sensorineurologien, og dette ble raskt tatt i bruk i praktisk diagnostikk (9). Ved gjennomsnittlig høreterskel dårligere enn 30 dB finnes ikke ekko. Fravær av otoakustiske emisjoner gir like fra fødselen et objektivt grunnlag for mistanke om nedsatt hørsel som kan følges opp fortløpende inntil sikker diagnose kan etableres og audiologisk og audiopedagogisk habilitering kan startes. Størdal og medarbeidere (10) fant ved

screening av barn med risikokriterier bare ett tunghørtbarn, slik som beskrevet i dette nummer av Tidsskriftet. Med bakgrunn i forekomsten i Vest-Europa (1, 2) hadde man forventet at det skulle bli født ca. ti døve og alvorlig tunghørte barn i Østfold i den perioden undersøkelsen ble gjort. Størdal og medarbeidere (10) kunne forvente å finne ca. fem barn ut fra gjeldende forutsetning om at halvparten av døve og tunghørte barn blir indikert av de risikokriterier forfatterne benyttet.

Funnet kan kanskje være et sjeldent utfall av statistikk med små tall, men faktum er at forutsetningene for screening av risikobarn har endret seg. Vaksinasjon mot røde hunder, meningokokker og Hinfuenzae gjør at slike infeksjoner er i ferd med å miste betydning som årsak til nedsatt hørsel (11). Bedret pre- og perinatal omsorg gjøres sannsynligvis at kjente risikofaktorer vil bli av stadig mindre betydning for å finne døve og alvorlig tunghørte barn. Størdal og medarbeidere (10) har da også en mindre andel barn som oppfyller risikokriteriene i kohorten enn tidligere forfattere. Genetiske årsaker til hørselstap øker sin relative betydning (12). Autosomal recessiv arvegang utgjør den største andelen, men dette blir som regel først erkjent når det opptrer to hørselshemmede søsken i en familie. Det er grunn til å tro at mange tilfeller av døvhet og tunghørhet uten kjent årsak er genetisk betinget. Fordi kjente risikofaktorer inkluderer en stadig mindre andel av hørselshemmede barn, må et screeningprogram omfatte alle spedbarn.

20-30% av tilfellene av alvorlig hørselshemming hos småbarn utvikler seg etter fødselen og kan derfor ikke oppdages ved neonatal screening (3, 4). Derfor må man i primærhelsetjenesten stadig vise interesse for barns hørsel, følge med i taleutviklingen og få foreldrene til å interessere seg for disse forholdene. Hvis foreldrene gir uttrykk for at de er itvil om barnets hørsel, er det tilstrekkelig grunn til å gjøre en ny objektiv hørselsundersøkelse (3, 4).

Dagens praksis med distraksjonstest gir så dårlige resultater at metoden uten videre kan forlates og foreløpigerstattes med en avventende holdning hvor man reagerer når det ytres mistanke om nedsatt hørsel. En landsomfattende universell screening basert på registrering av otoakustiske emisjoner bør innføres i det forebyggende helsevern for spedbarn. Nyutviklede, selvkalibrerende, bærbare screeninginstrumenter som måler stimulerte otoakustiske emisjoner med høy spesifisitet og sensitivitet, lover godt med tanke på å oppnå en gammel målsetting for hørselsomsorgen helt fra første leveår.

Innføring av ny teknologi for universell screening av hørsel hos norske spedbarn må bare skje dersom øre-nese-hals-avdelingene kan tilby diagnostisk hjernestammeresponsaudiometri og audiologisk habilitering innenfor målsettingen om at døve og alvorlig tunghørte spedbarn bør være utstyrt med høreapparat fra seks måneders alder. Videremå audiopedagogisk veiledning og nødvendig støtte til foreldrene settes i verk fra samme tidspunkt.

Hans H. Elverland

LITTERATUR

1. Kværner KJ, Arnesen AR. Hearing impairment in Oslo born children 1989-91. *Scand Audiol* 1994; 23: 233-9.
 2. Eckel HE, Richling F, Streppel M, Damm M, von Wedel H. Früherkennung hochgradiger kindlicher Hörstörungen. *Laryngo-Rhino-Otol* 1998; 77: 125-30.
 3. Early identification of hearing impairment in infants and young children. Washington: NIH Consensus Statement, 1993 Mar 1-3; 11 (1): 1-24.
 4. Davis A, Bamford J, Wilson I, Ramkalawan T, Forshaw M, Wright S. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. *Health Technol Assess* 1997; 1, nr. 10: 1-176.
 5. Barr B, Junker KS. Tidlig upptäckt av hörselskada - en defunksjon av BOEL-provet kritisk utvärderad. *Läkartidningen* 1975; 72: 4741-6.
 6. Høvo G. Alvorlige hørseltap hos barn. *Tidlig diagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen* 1974; 94: 1076-7.
 7. Fjermedal O, Laukli E. Hørseltap hos barn. Diagnostiske utfordringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 2414-8.
 8. Mair IWS. Hørseltap hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 2412-3.
 9. Kemp DT. Stimulated acoustic emissions from within the human auditory system. *J Acoust Soc Am* 1978; 64: 1386-91.
 10. Størdal K, Anderssen S-H, Lunde JT, Andersen R, Sponheim L. Tidlig diagnose av medfødte hørseltap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4076-8.
 11. Menser MA, Hudson JR, Murphy AM, Cossart YE. Impact of rubella vaccination in Australia. *Lancet* 1984; 1: 1059-62.
 12. Marazita ML, Ploughman LM, Rawlings B, Remington E, Arnos KS, Nance WE. Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the U.S. school-age population. *Am J Med Genet* 1993; 46: 486-91.
-

Publisert: 30. oktober 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.