

## **Prof. Dr. Peter Kummer**

Leiter Phoniatrie und Pädaudiologie, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinikum Regensburg

### **Die CMV-bedingte Schwerhörigkeit: schon im Mutterleib verhindern, lindern oder heilen!**

Die konnatale Zytomegalievirus Infektion (cCMV) ist nach genetischen Ursachen die infektiöse Hauptursache der angeborenen und frühkindlich erworbenen Schwerhörigkeit. Auch wenn in Deutschland keine Zahlen vorliegen, kann aus Ländern mit ähnlicher Durchseuchung und Bevölkerungsstruktur abgeschätzt werden, dass jährlich zwischen 1.500 und 4.500 Neugeborene mit einer cCMV-Infektion geboren werden, zwischen 5 und 10% davon mit einer Schwerhörigkeit. Die cCMV-Infektion hat damit beträchtlichen Anteil an der frühkindlichen Schwerhörigkeit.

Die neue medizinische S2k-Leitlinie zur cCMV-Infektion bringt hier nun echte Fortschritte. Sie zeigt, wie die cCMV-Infektion verhindert, frühzeitig erkannt und – wenn nötig – auch therapiert werden kann. Vor allem Fortschritte in der Prävention, der vorgeburtlichen Diagnostik und Behandlung der Infektion haben erheblich zum Wandel in den letzten Jahren beigetragen. Primärinfektionen (PI), die im ersten Drittel der Schwangerschaft einen großen Teil der schweren Krankheitslast der Infektion erzeugen, können nun frühzeitig erkannt werden. Eine antivirale Therapie zur Prävention der Transmission bzw. Infektion des Fetus ist hoch wirksam. Dieses Vorgehen soll in Deutschland nun den ca. 50 – 60 % aller Schwangeren zur Verfügung gestellt werden, wenn eine Primärinfektion nachgewiesen wird. Bei Nicht-Primärinfektionen (NPI) auf der anderen Seite steht die Therapie des Neugeborenen im Vordergrund. Wenngleich schwerere Verläufe hier eher die Ausnahme sind, treten Schallempfindungsschwerhörigkeiten nicht weniger häufig auf.

Für die Erfassung der Hälfte von Schallempfindungsschwerhörigkeiten, die bereits bei Geburt auftreten, ist das universelle Neugeborenenhörscreening entscheidend: Besteht der Verdacht einer Schwerhörigkeit, zählt dies zu den wichtigsten Symptomen, bei denen eine cCMV-Testung erfolgen sollte, durch PCR-Nachweis der CMV-DNA im Urin oder Speichel. Wenn dies bereits in der Geburts- oder Kinderklinik stattfindet, soll unverzüglich die weitere Diagnostik erfolgen und ggf. die Therapie eingeleitet werden – innerhalb der ersten vier Lebenswochen. Der pädaudiologischen Konfirmationsdiagnostik kommt dabei hohe Bedeutung zu: Neugeborene mit cCMV-Infektion sollen dabei priorisiert werden. Bestätigt sich eine ein- oder beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit, ist eine antivirale Therapie des Neugeborenen angezeigt, i. d. R. mit Valganciclovir. Die Empfehlungen der Leitlinie zur Therapie von Neugeborenen basieren auf zahlreichen sehr aussagekräftigen Studien: bei rund der Hälfte der Kinder zeigten sie einen Erfolg, in Form einer Verbesserung des Gehörs oder einer Stabilisierung, indem eine Progression aufgehalten oder verhindert wird. Neben der fest etablierten, frühestmöglichen apparativen Versorgung eröffnet eine antivirale Therapie so eine grundlegend neue Therapie der angeborenen Schwerhörigkeit.

Eine langjährige pädaudiologische Nachsorge ist notwendig, um die adäquate apparative Versorgung sicherzustellen und eine Progression oder später auftretende Schwerhörigkeiten früh zu erkennen.

Der Vortrag nimmt Bezug auf die aktuell erschienene S2k-Leitlinie „Prävention, Diagnostik und Therapie der CMV-Infektion bei Schwangeren und der konnatalen CMV-Infektion bei Neugeborenen und Kindern“ (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/093-003>).