

# Diagnostic des surdités

## 1 : Introduction

- Intérêt diagnostique : neurinome du VIII, cholestéatome.
- Intérêt thérapeutique : surdité de transmission - traitement chirurgical.
- Intérêt fonctionnel : appareillage et rééducation des surdités de l'enfant.

## 2 : Diagnostic positif

La surdité est une gêne de la perception des sons et de la compréhension de la voix. Découverte parfois fortuite au téléphone. Apparition brutale possible. Bourdonnements et vertiges souvent associés.

Examen :

- otoscopie, examen du nez et du cavum (trompe d'Eustache).
- Acoumétrie au diapason 512, Weber, Rinne
- Audiométrie tonale liminaire (conduction aérienne et conduction osseuse, assourdissement).
- Audiométrie vocale (test phonétique et test d'intelligibilité).
- Impédancemétrie : tympanométrie (étude du contenu aérien ou liquide de la caisse).
- Etude du réflexe stapédien (fonctionnement mécanique de l'oreille testée - fonctionnement neuro-sensoriel de l'oreille stimulée).
- Potentiels évoqués auditifs précoces (P.E.A., BERA) : seuils chez l'enfant et le simulateur, latences I-V: base du diagnostic des lésions rétrocochléaires (neurinome du VIII).
- Oto-émissions acoustiques provoquées, dépistage rapide des surdités de l'enfant très jeune.

## 3 : Diagnostic topographique

### 3.1 : Surdité de transmission :

surdité mécanique (conduit auditif externe, tympan, chaîne ossiculaire). Weber latéralisé à l'oreille sourde, Rinne négatif. Conduction osseuse normale, conduction aérienne abaissée.

Evolution vers une surdité mixte.

### **3.2 : Surdités de perception ou surdités neuro-sensorielles :**

Weber indifférent ou latéralisé à l'oreille saine, Rinne positif. Atteinte de la conduction osseuse qui s'abaisse avec la conduction aérienne. Distinction très importante entre les atteintes cochléaires (cellules ciliées) et les atteintes rétro-cochléaires (nerf auditif) : mauvaise intelligibilité en audiométrie vocale et surtout IT I-V  $\geq$  0,3 msec. (neurinome du VIII).

**3.3 : Surdités corticales** dans un contexte neurologique.

## **4 : Diagnostic étiologique (arbre de décision )**

### **4.1 : Surdités de transmission**

" à tympan anormal

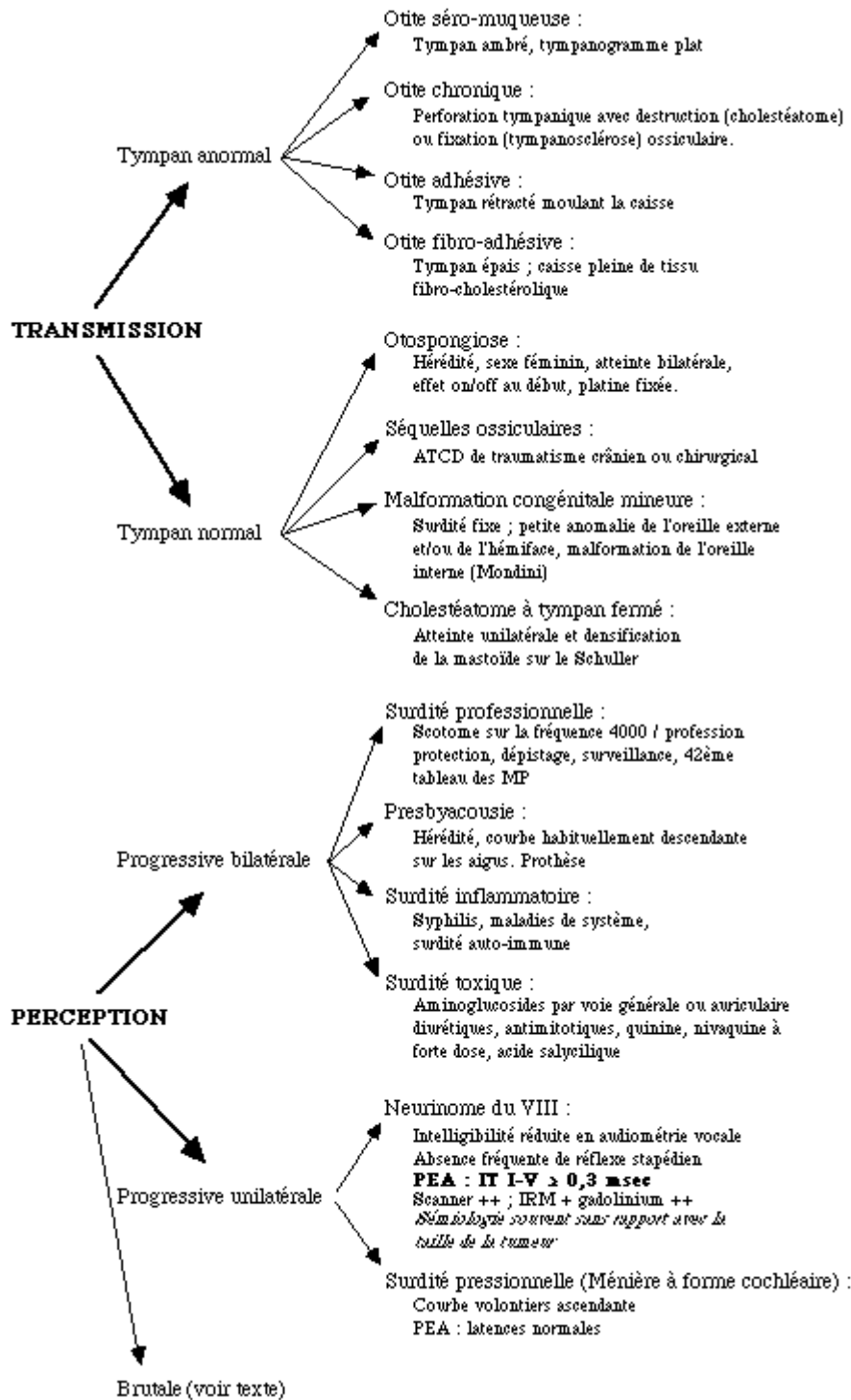
" à tympan normal

### **4.2 : Surdités de perception**

" progressives bilatérales

" progressives unilatérales

" brutales



## Surdités brutales.

\* Traumatisme crânien : surdité de perception (fracture avec surdité totale et grand vertige de plusieurs jours), commotion labyrinthique de tous degrés.

\* Traumatismes externes par pénétration d'un corps étranger ,blast, traumatisme sonore aigu, barotraumatisme.

\* Labyrinthites aiguës otogènes (otites aigu es ou chroniques) ou virales, ou microbiennes.

\* Les surdités brusques sans étiologie apparente sont fréquentes et constituent une urgence médicale. Etiologie virale ou micro-circulatoire. Traitement univoque: vaso-dilatateurs par voie veineuse, carbogène , corticothérapie, repos.

## **5 : Surdités de l'enfant**

Le langage se constitue à partir du bain de la conversation de la mère et de la famille.

Schématiquement :

- surdité profonde, congénitale : absence de tout langage et de toute réaction au bruit (diagnostic rapide),
- surdité sévère : retard de langage, troubles d'articulation, syndrome caractériel réactionnel, diagnostic plus lent,
- surdité moyenne : troubles d'articulation et difficultés scolaires, retentissement caractériel,
- surdité acquise évolutive : dégradation rapide du langage et des résultats scolaires.

L'audiométrie infantile comporte des tests de dépistage (jouets sonores, bruits colorés ) et à partir du 18 mois le réflexe d'orientation conditionné puis à partir de 3 ans le peep-show. Les PEA ont indispensables, mais ne peuvent définir le seuil des fréquences graves. Les oto-émmissions acoustiques provoquées sont utiles car très rapides.

Il s'agit toujours d'une surdité bilatérale de perception que l'on classe selon la perte de la meilleure oreille : surdité moyenne (40 à 60 dB), surdité sévère (60 à 90 dB), surdité profonde (90 dB et plus).

Les causes sont fréquemment héréditaires, dominantes ou récessives, isolées ou associés (Usher, Alport).

Pendant la grossesse peuvent survenir des embryopathies (rubéole) ou des foetopathies (syphilis, toxoplasmose, cytomegalovirus).

A la naissance : incompatibilité rhésus, souffrance foetale, anoxie, prématuration, traumatisme crânien.

Après la naissance : méningite, traumatisme, atteinte virale ou toxique, labyrinthite par otites répétées.

Le seul traitement est une réhabilitation prothétique la plus précoce possible (6 mois à 1 an), éducation mère-enfant, rééducation orthophonique.