

# LE DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE : DU CÔTÉ DE L'ORL

Dr NOEL - PETROFF  
Médecin ORL pédiatrique  
Régleur d'implants  
Hôpital Robert DEBRE - Paris 19

# CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

- Dépistage qui peut varier en fonction des lieux et des habitudes :
  - OEA : à compléter par des réactions cliniques
  - PEAA : plus précis, surtout si enfant de néonatalogie
- Après un 1<sup>er</sup> échec au test, il y a "re-test" dans le mois qui suit.
  - Idéalement, il faut privilégier les PEAA voir les PEA
- Après 2 tests anormaux, l'enfant est orienté vers un service ORL pédiatrique spécialisé

## RÔLE DU NIVEAU DE LA SURDITÉ \*

- Soit il n'y a aucune réponse aux PEA et l'enfant n'a pas de perceptions auditives **cliniquement** (interrogatoire des parents et test au vibreur)
- → bonne concordance des différents éléments
  - L'atteinte auditive est claire
  - Le diagnostic est plus facilement accepté par les jeunes parents (absence de réactions visibles)
  - L'enfant est adressé rapidement à l'audioprothésiste
  - Un bilan médical est enclenché : recherche de CMV, bilan radio, vestibulaire, +/- génétique
  - La prise en charge est organisée : enfant orienté vers un CAMSP ou un SAFEP

# RÔLE DU NIVEAU DE LA SURDITÉ \*\*

- Soit il n'y a aucune réponse aux PEA mais les parents restent persuadés que l'enfant entend (refus du diagnostic ou retard de maturation et discordance des éléments médicaux)
  - L'atteinte auditive n'est pas claire
  - Le diagnostic reste encore douteux
  - Les parents ne sont pas prêts
  - Une surveillance audiologique doit être maintenue :
    - Tests objectifs refaits (1 ou 2 fois à 1 ou 2 mois d'intervalle)
    - Tests subjectifs au vibreur en cabine
    - Si besoin, attendre que l'enfant ait 6 à 7 mois pour obtenir un ROC fiable
  - Les parents ont alors eu le temps de cheminer vers le diagnostic

# RÔLE DU NIVEAU DE LA SURDITÉ \*\*\*

- Soit il n'y a des réponses aux PEA avec un seuil altéré (autour de 50 dB)
  - L'atteinte auditive n'est pas complète : il y a des perceptions utiles au bébé, des perceptions de la voix
  - Le diagnostic reste encore imprécis (rôle associé d'une atteinte de l'oreille moyenne ?)
  - Il faut informer les parents d'une possible surdité sous-jacente, qui sera peut-être à appareiller
  - Une surveillance audiologique doit être maintenue :
    - Tests objectifs éventuellement à refaire (1 fois)
    - Il n'y a pas d'urgence majeure :
    - Attendre que l'enfant ait 6 ou 7 mois pour obtenir un ROC fiable qui permet de renseigner l'audioprothésiste
  - Orienter vers un audioprothésiste compétent du très jeune enfant : la surveillance et le passage à l'appareillage se fera conjointement

# RÔLE DES ORL PÉDIATRIQUES

Moment important car famille (surtout mère) très bouleversée par une annonce de surdité chez un tout petit bébé :

- n'a pas eu le temps de constater un problème
- doute sur les dires du médecin, sur les machines

D'où l'importance **d'obtenir une adhésion** de la famille au diagnostic, et d'accompagner vers d'autres tests de confirmation

Le diagnostic va s'affiner au fur et à mesure du bilan mis en route et du développement de l'enfant

# BENEFICES DU DEPISTAGE\*

La communication intrafamiliale va devoir s'adapter très tôt : l'enfant en bénéficie

Si la surdité est moyenne ou sévère, l'appareillage est précoce, avec une récupération utile

Si la surdité est profonde, l'implantation cochléaire pourra se faire vers 8-12 mois : la durée de déprivation auditive grave se réduit :  
l'évolution est favorable pour le langage

Dans la plupart des cas:

- une récupération auditive est possible, et redonne une dynamique familiale positive
- le travail orthophonique est facilité

# BENEFICES DU DEPISTAGE\*\*

L'enfant avec surdité peut présenter une surdité syndromique (> 30% des cas), génétique ou acquise :

- IMF à CMV avec autres atteintes
- Syndrome de Pendred
- Syndrome de Usher ...

Le diagnostic de surdité va permettre de prendre en charge plus vite les pathologies associées

Un accompagnement génétique est possible pour les grossesses ultérieures