

Dr BOUKERCHE

Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale CHU d'Oran

Diagnostic Des Surdités

Objectifs pédagogiques :

- 1- Définir les différents types de surdité.
- 2- Savoir établir une démarche diagnostique devant une surdité.
- 3- Connaître l'intérêt de chaque exploration audio métrique.
- 4- Savoir à partir des données cliniques et paracliniques poser un diagnostic étiologique.
- 5- Connaître les différentes étiologies de la surdité.

Plan du cours

I- DEFINITION - GENERALITES

II- RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

III- DIAGNOSTIC POSITIF

VI- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

V- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1 - SURDITES DE TRANSMISSION

2 - SURDITES DE PERCEPTION

3-SURDITE MIXTE

4 -SURDITES DE L'ENFANT

VI- CONCLUSION

VII- BIBLIOGRAPHIE

I - DEFINITION- GENERALITES

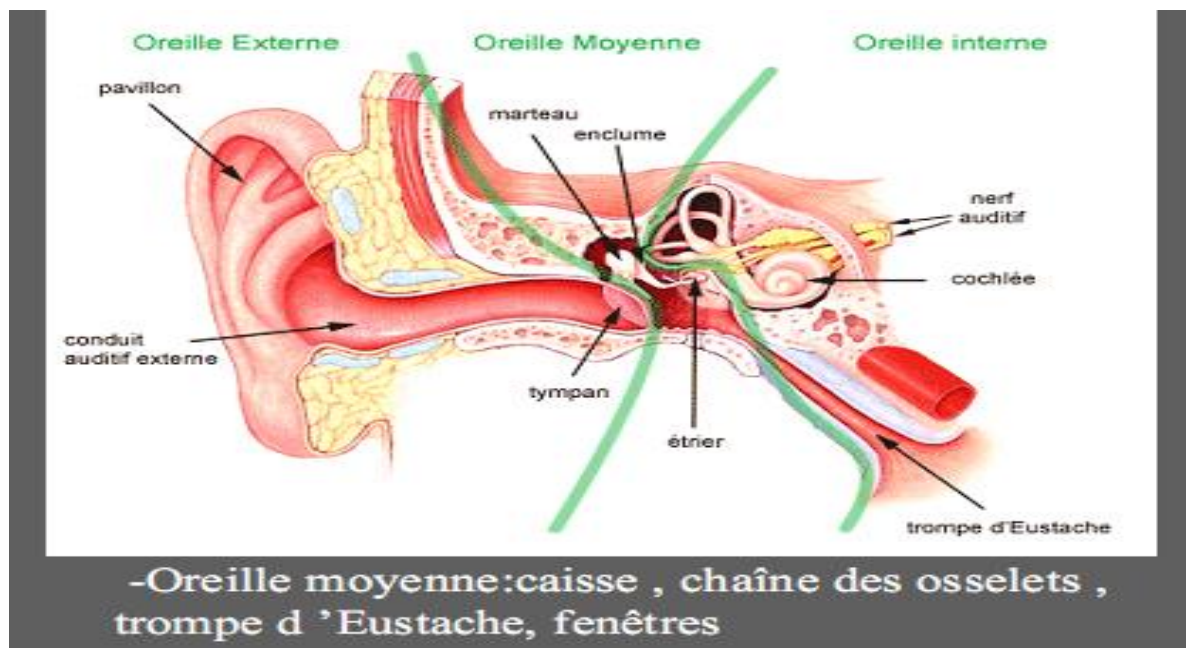
Définition : le déficit auditif ou surdité (hypoacousie) = Baisse de l'audition =
Élévation du seuil de perception des sons.

L'hypoacousie est un symptôme fréquent en consultation de médecine générale et du spécialiste ORL.

- ❑ Devant une surdité, le problème principal est d'en déterminer l'étiologie afin de proposer un traitement adapté (médical, chirurgical ou prothétique)
- ❑ L'examen clinique et l'audiométrie tonale vont permettre soit de poser le diagnostic, soit d'orienter la demande d'investigations complémentaires.

II - RAPPELS ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

L'oreille est formée de 3 parties : externe, moyenne et interne



L'audition comprend deux étapes: la transmission et la perception.

L'oreille externe

Le pavillon capte et amplifie les sons, les dirige vers le conduit auditif externe qui les dirige vers le tympan.

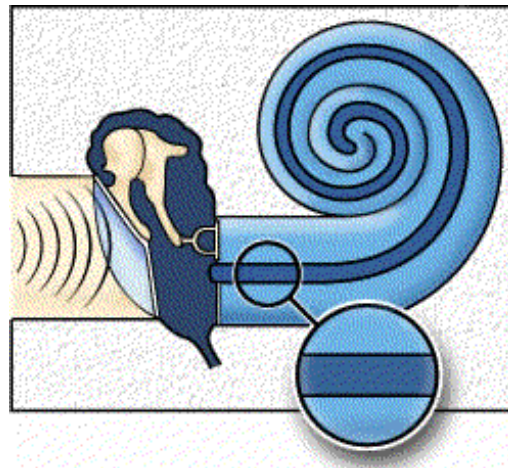
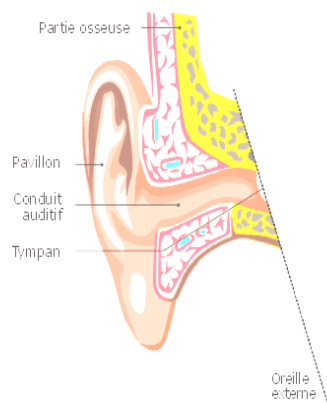
Le conduit auditif : dirige les sons vers le tympan et protège ce dernier (cérumen)

L'onde sonore fait vibrer le tympan

L'oreille moyenne:

Le tympan vibre et met en action la chaîne des osselets

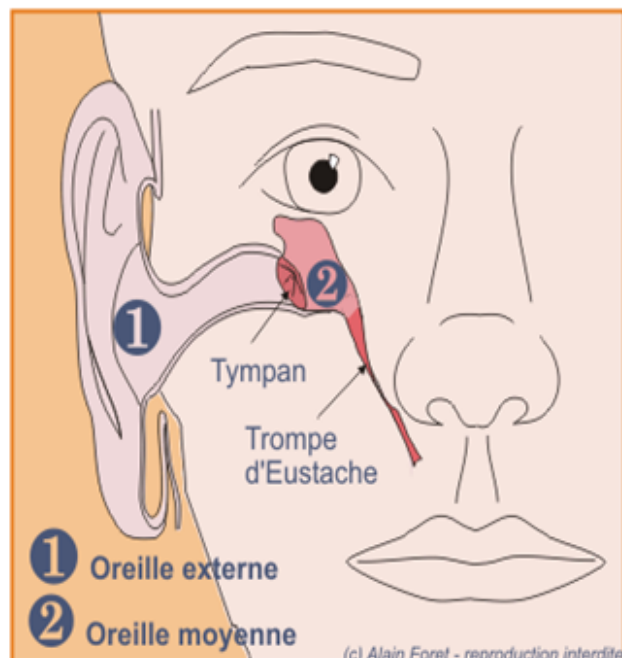
L'onde acoustique (sonore) est transformée en onde vibratoire et dirigée vers l'oreille interne



La trompe d'Eustache

Conduit ostéo-cartilagineux comportant une musculature dont la contraction permet de mettre en communication la caisse du tympan avec le pharynx.

Ainsi peut être maintenue une équipression entre l'air de la caisse du tympan et l'air du conduit auditif externe, ce qui est indispensable au bon fonctionnement du tympan

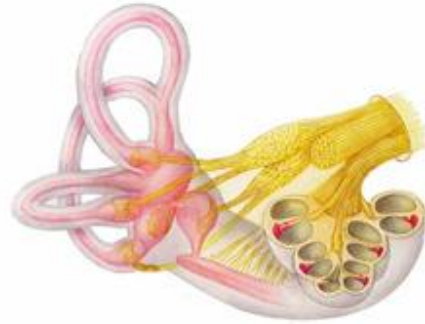


(c) Alain Foret - reproduction interdite

L'oreille interne

Elle comprend le limaçon ou cochlée et le vestibule .

- La cochlée a la forme d'un petit escargot dont la coquille en spirale décrit un peu plus de deux tours et demi.

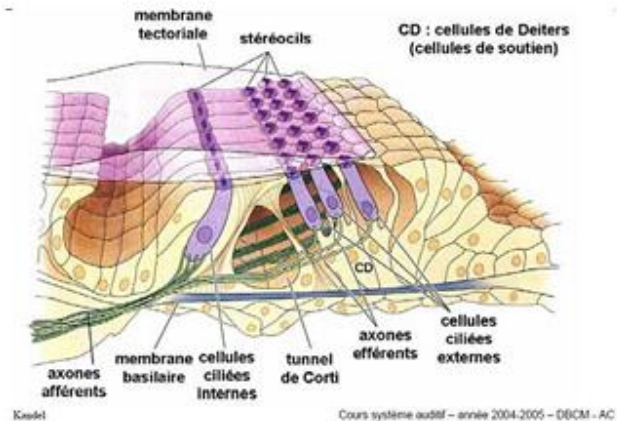


L'organe de Corti

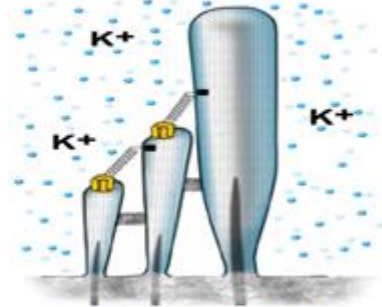
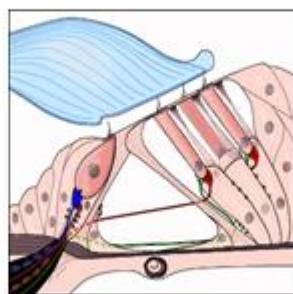
- C'est l'organe de l'audition situé dans l'oreille interne. Il est composé des cellules sensorielles de l'audition appelées cellules ciliées ou cellules de Corti.

- Les filets nerveux qui en sont issus vont former le nerf cochléaire.

- Ce nerf cochléaire formera, avec le nerf vestibulaire, le nerf auditif qui est la 8ème paire des nerfs crâniens.



Les cellules ciliées transforment les stimulations sonores en stimulations électriques transmises au **nerf auditif qui les achemine vers le cerveau**



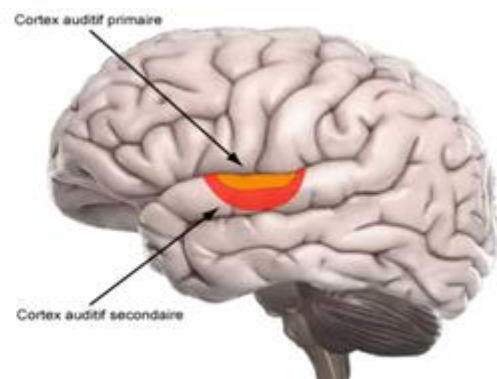
Cellule ciliée interne

Stréocils

Aire auditive

-Les messages nerveux portant les informations auditives arrivent au cortex auditif primaire des hémisphères droit et gauche.

-Cette aire auditive est aussi appelée, l'aire A1 ou aire 41 de Brodmann.

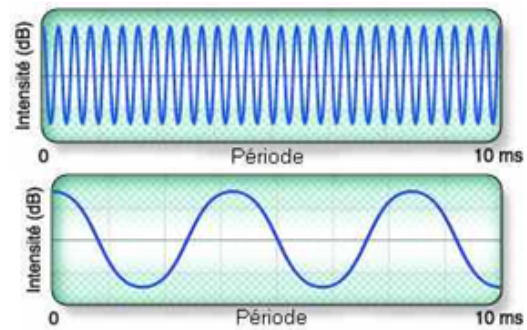


le son : va stimuler l'oreille de deux manières :

- par voie ou **conduction aérienne** en transitant par les trois parties de l'oreille.
- par voie ou **conduction osseuse** en stimulant directement l'oreille interne par vibration des structures osseuses qui l'entourent.

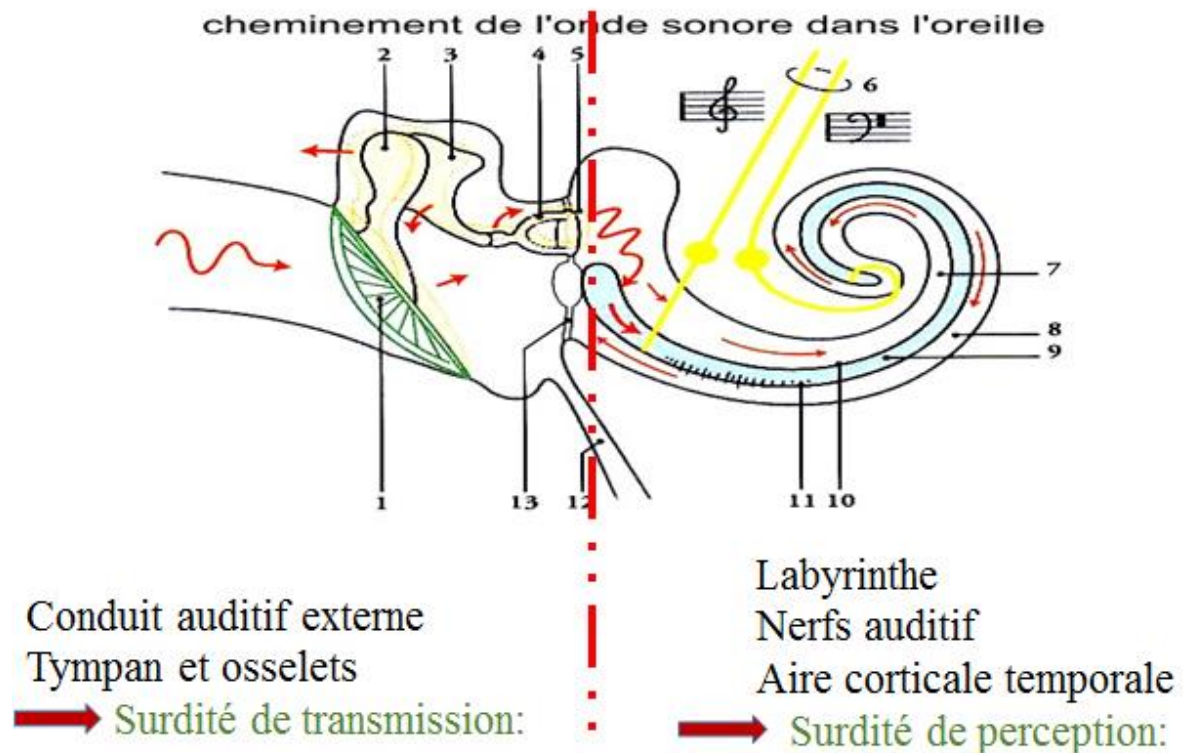
le son : Phénomène ondulatoire:

- une amplitude= intensité (exprimée en décibel ou dB)
- fréquence (exprimée en Hertz ou Hz)
- le temps.



Mécanisme :

les lésions siègent au niveau:



III - DIAGNOSTIC POSITIF

A-Interrogatoire

- l'âge du sujet ;
- la date de survenue (brutale ou progressive) ;
- évolution (permanente ou fluctuante) ;

- son retentissement social : l'unilatéralité ou la bilatéralité des troubles ;

Les signes accompagnateurs éventuels :

- otorrhée ;
- acouphènes ;
- vertiges ;
- otalgie ;
- paralysie faciale ;
- otorragie ;

Circonstances de survenue :

- traumatisme sonore aigu ou chronique (profession exposée) ;
- barotraumatisme ;
- traumatisme crânien avec otorragie ;
- contexte infectieux : syndrome grippal, méningite, oreillons, rhino-sinusite, otite...
- la notion de surdité familiale, très fréquemment sous-estimée ;
- la prise de médicaments oto toxiques : surtout les aminosides
- les atteintes métaboliques : - hyperlipidémie ; - diabète ;
- notion de maladie auto-immune.

B- l'examen clinique

L'inspection

- Apprécie l'état des pavillons, la région mastoïdienne.
- Malformation
- Signes inflammatoires

Examen otoscopique:

- L'état du pavillon et du conduit auditif externe ,et du tympan



le reste de l'examen ORL :

- L'examen ORL est complété en insistant particulièrement sur :
 - l'examen des fosses nasales et du cavum ;
 - l'examen neurologique avec étude des paires crâniennes (VII++)
 - l'examen vestibulaire

L'examen de l'audition

ACOUMETRIE

1-ACOUMETRIE PHONIQUE OU VOCALE :

- Permet d'évaluer l'audition globale ; Consiste à prononcer à distance des mots de tonalité variable de voix haute et de voix chuchotée.

AIGU = 6 – 10 – i – u

GRAVE = 2 – 11 – 12 – c – 0

	Voix haute	Voix chuchotée
Normale	20m	6m
Déficience légère	< 20m	< 6m
Déficience moyenne	6 à 8m	1m
Déficience sévère	1m	10cm

Le sourd de transmission entend la voix chuchotée

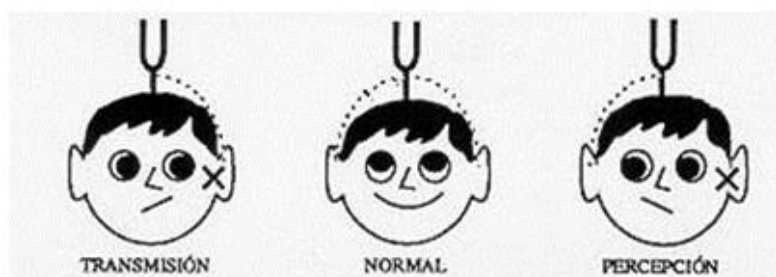
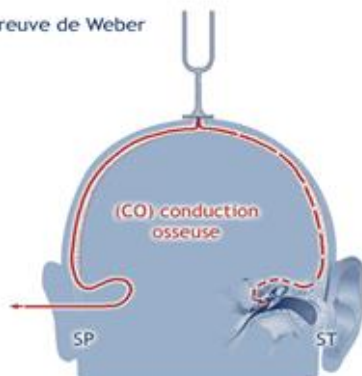
Surdité de perception : la voix chuchotée n'est pas perçue ; La voix haute est mal perçue

2- ACOUMETRIE INSTRUMENTALE = ACOUMETRIE AU DIAPASON

Elle permet d'orienter vers le type de surdité

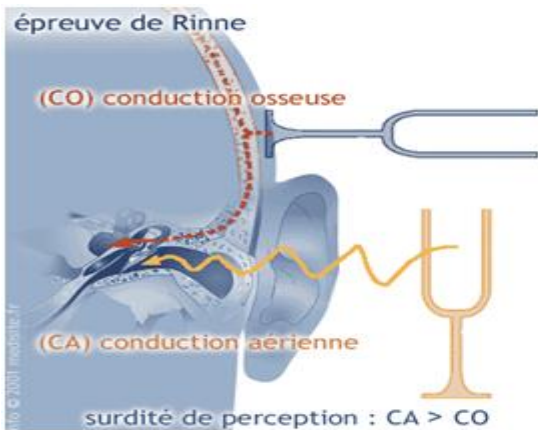
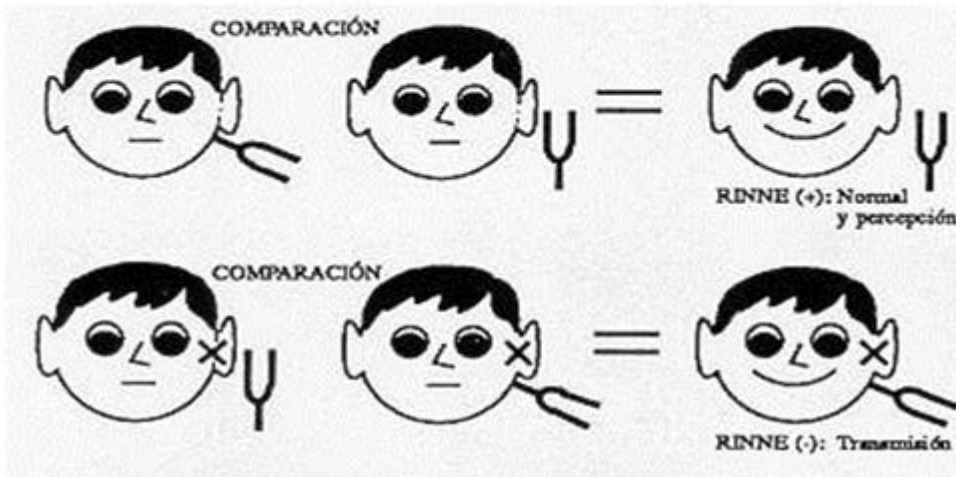
L'épreuve de Weber : qui consiste à faire vibrer le diapason et à le poser sur le vertex du patient. Chez un sujet normal le son est perçu des deux côtés, il est perçu du côté malade dans la surdité de transmission et du côté sain dans la surdité de perception.

épreuve de Weber

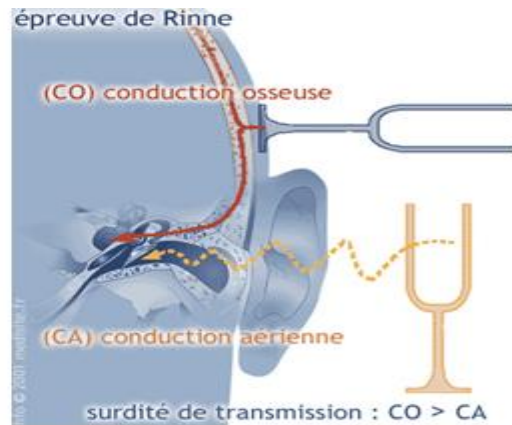


L'épreuve de Rinne

elle compare la conduction osseuse, se recherche en plaçant le diapason sur la mastoïde, à la conduction aérienne le diapason étant placé devant le méat auditif. Normalement la conduction aérienne est supérieure à la conduction osseuse, dans une surdité de transmission elle lui est inférieure. Dans une surdité de perception la conduction aérienne est supérieure à la conduction osseuse.



Rinne positif(+)
CA > CO



Rinne négatif (-)
CA < CO

Triade acoumétrique :

	oreille saine	surdité transmission	surdité perception
WEBER	centré	latéralisé côté malade	latéralisé côté sain
RINNE	positif	négatif	positif

C-Examens complémentaires

A - EXPLORATIONS AUDIOMETRIQUES

1 - Audiométrie tonale liminaire

examen subjectif de l'audition

Permet de confirmer le type de surdité et de chiffrer le déficit auditif.

- Age à explorer > 06 ans
- S'assurer au préalable de l'absence d'obstacle dans le méat acoustique externe (bouchon de cérumen, corps étrangers, etc.).
- Consiste à explorer les seuils d'audition de sons purs à toutes les fréquences de chaque oreille
- Commencer par l'oreille la moins sourde ; Tester en 1er la fréquence des 1000Hz

° Résultat :

Normale = superposition des deux courbes osseuses et aérienne à une intensité 0 – 10 dB

Surdité de Transmission (ST) = il existe un écart entre les deux courbes de seuils

Conduction Aérienne (CA) et Osseuse (CO) : on dit que le Rinne est ouvert (correspond au Rinne négatif à l'acoumétrie).

Surdité de Perception (SP) = Les courbes de conduction osseuse et aérienne sont également abaissées, non dissociées.

Le RINNE audiométrique est dit positif ($CA - CO = 0$)

Surdité mixte = CO (abaissée) > CA (abaissée)

Examens audiométriques

cabine audiométrique

Examen explorant le seuil audible liminaire à différents niveau de fréquence (125 à 8000 hertz) par voie aérienne et par voie osseuse

- Si $VA = VO \Rightarrow$ S. de perception
- Si $VA < VO \Rightarrow$ S. de transmission

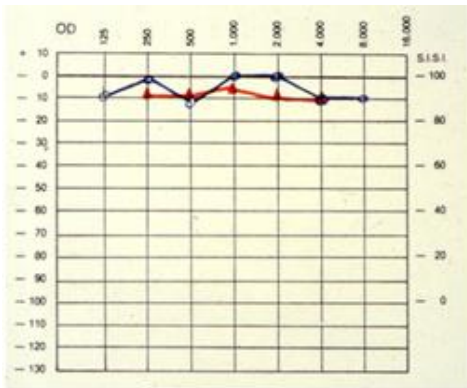
Audiomètre

Casque aérien

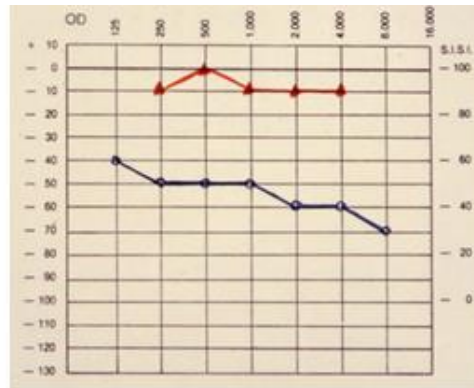
vibreur



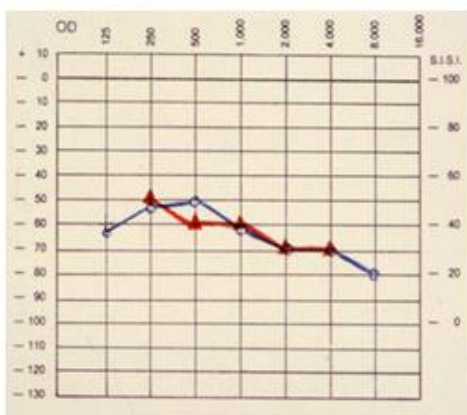
Audiométrie tonale liminaire :



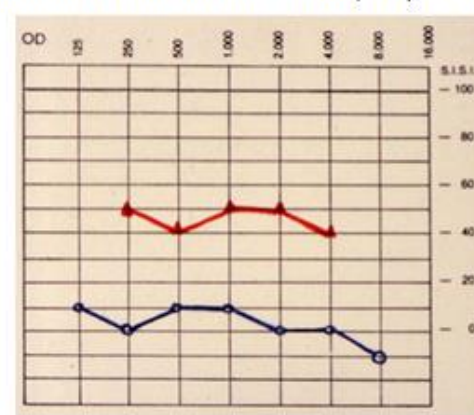
Audition normale : CO = CA



Surdité de transmission : CO (Nle) > CA (abaissée)



Surdité de perception :
CO (abaissée) = CA (abaissée)



Surdité mixte : CO (abaissée) > CA (abaissée)

Classifications

- Selon le Degré de la perte tonale moyenne en conduction aérienne :

- S. Légère 20-40 dB
- S. Moyenne 40-70 dB
- S. Sévère 70-90 dB
- S. Profonde > 90 dB
- Cophose > 120 dB

- Selon le type de surdité

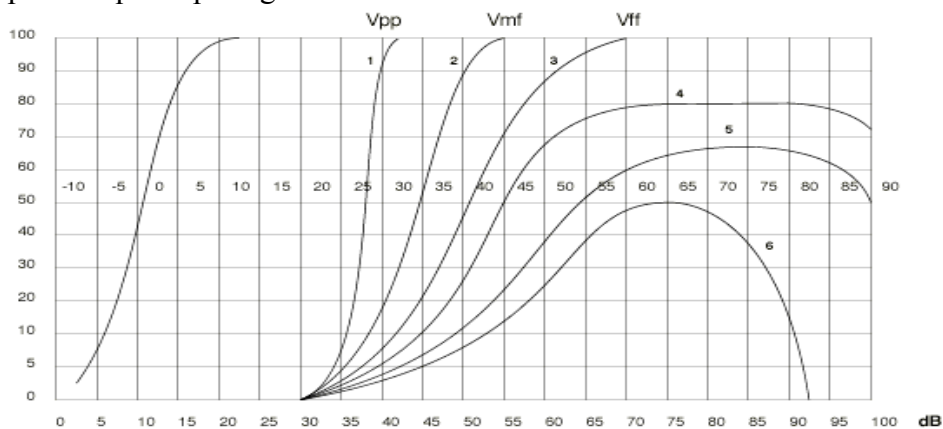
***Surdités de transmission** sont dues à des lésions de l'oreille externe et de l'oreille moyenne

* **Surdités de perception** : résultent d'une atteinte de la cochlée, du nerf auditif ou des voies auditives centrales.

***Surdités mixtes** : associent une atteinte de l'appareil de transmission et une atteinte neurosensorielle. Elles peuvent provenir de l'association de deux étiologies différentes ou être dues à une entité clinique et étiologique bien définie.

2 - Audiométrie vocale :

- ❖ Tester l'intelligibilité des mots émis à des intensités différentes.
- ❖ Apprécier la gêne sociale du sourd
- ❖ Demander principalement en cas :
 - Surdité bilatérale
 - Après exposition aux médicaments ototoxiques ou lorsqu'il s'agit d'une surdité professionnelle
 - Toute Surdité de Perception R trocochl aire
 - Presbyacousie
- ❖ Ces résultats constituent un appoint de grand intérêt pour l'adaptation prothétique et pour guider la r ducation d'un enfant sourd.



Ces courbes nous permettent aussi d'avoir des indications exactes de la valeur sociale de l'audition

PARTICULARITES DE L'AUDIOMETRIE SUBJECTIVE DE L'ENFANT

* les stimulations tonales

- test au babym tre : chez le nouveau-n 
- test aux jouets sonores calibrés qui utilise le réflexe d'orientation-investigation à partir du 4e-5e mois ;
- réflexe d'orientation conditionnée à partir de l'âge de 6 à 8 mois

* les stimulations vocales, selon l'âge :

- appel du prénom ;
- test aux images... ;
- listes de mots pour enfants...

Tests par voie aérienne au casque (vers 3 ans).

3 - Impédancemétrie : examen objectif comporte :

La Tympanométrie = qui étudie les variations d'élasticité ou Compliance du système Tympano – ossiculaire selon les variations de pression exercées dans le méat acoustique externe.

L'Étude du Réflexe stapédien = Etude des variations lors de stimulations sonores de forte intensité. (>80dB)

Résultats :

Tympanométrie

Normale = en toit de pagode (type A)

Pathologique =

- OSM = tracé placé (Type B)
- Dysfonctionnement tubaire = tracé déplacé (type C)
- Rupture de la chaîne ou hyperélasticité du tympan = sommet effacé
- Mobilité tympano – ossiculaire excessive = courbe à sommet effilé.

REFLEXE STAPEDIEN :

Normale = il est présent (phénomène de protection de oreille interne si l'intensité sonore est élevée)

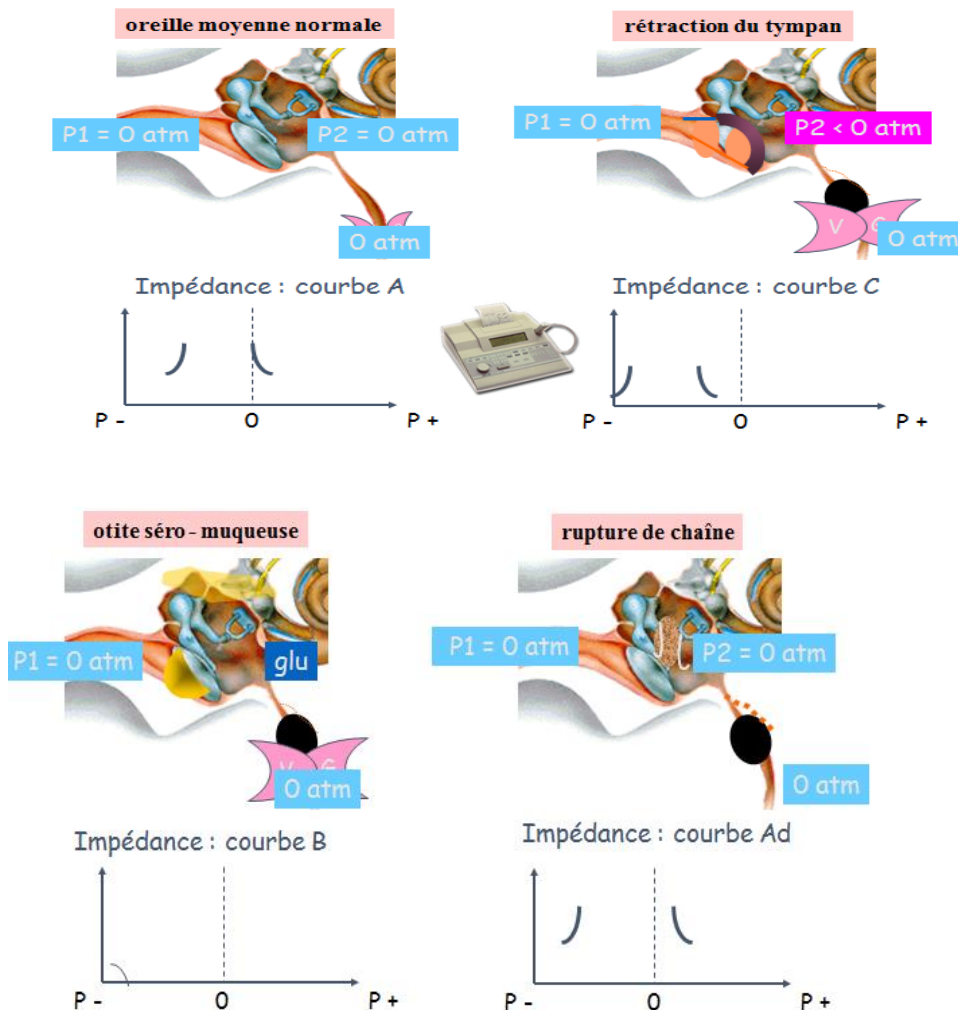
Surdité de transmission (ST) = le Réflexe Stapédien est négatif (Ankylose stapedo – vestibulaire)

Surdité de Perception :

Présent si Recrutement + (atteinte cochléaire)

Absent si Recrutement – (atteinte retro cochléaire)

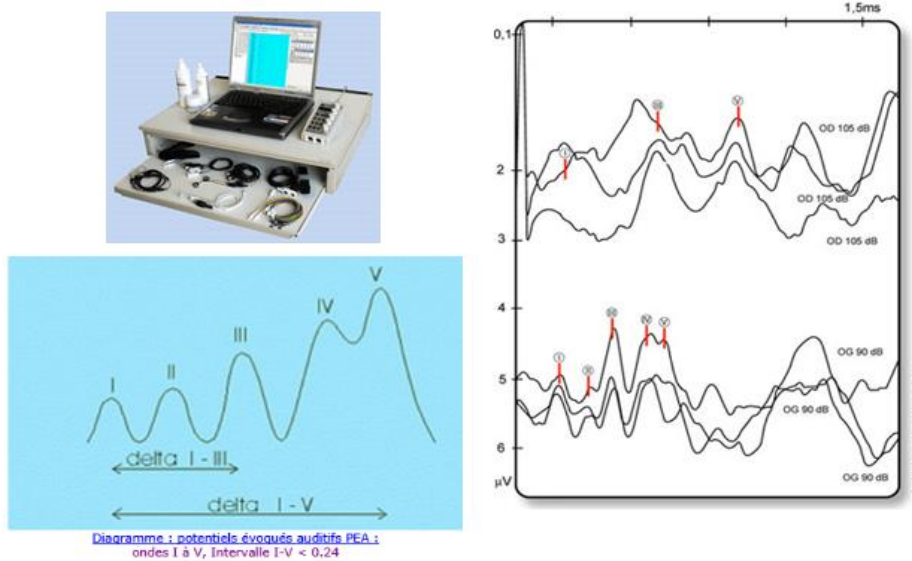
Tympanogramme



4 - Potentiels évoqués auditifs : (PEA) C'est un examen objectif de l'audition

- Permet de confirmer le diagnostic de surdité
- Eliminer les simulateurs (gens faisant semblant de ne pas entendre)
- Peut se faire dès l'âge de 6 mois.
- Particulièrement intéressant dans les S. Perception ; il permet de distinguer entre :
 - SP endocochléaire
 - SP rétrocochléaire

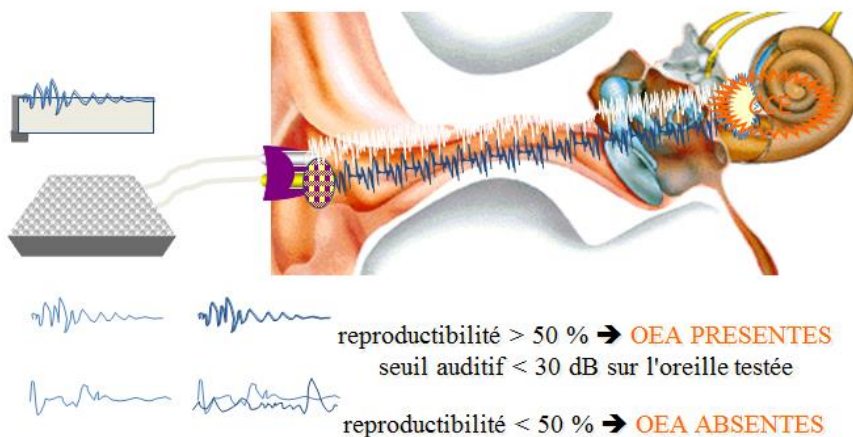
Allongement de l'intervalle I-V = atteinte rétro-cochléaire



5 - Otoémissions acoustiques provoquées OEAP :

- *Dépistage surdité nouveau-né+++
- *Elles reposent sur l'émissions de sons par la cochlée en réponse à une stimulation sonore (c'est donc un test auditif objectif).
- * La présence d'OEAP témoigne d'une audition dont le seuil n'est pas supérieur à 30 dB.
- *En cas d'absence d'OEA, il faut confirmer une éventuelle surdité avec des PEA.

Les otoémissions acoustiques :



Les résultats des méthodes objectives doivent être concordants avec ceux des méthodes subjectives.

6 -Autres :

* D'autres examens utiles au bilan étiologique seront demandés en fonction du type de surdité et de l'étiologie suspectée : Exploration de la fonction vestibulaire (Epreuve calorique, la vidéo- nystagmographie : V.N.G).

B - EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES

Ce bilan ne doit être demandé qu'après le bilan clinique et audiométrique complet.

En fonction de l'orientation étiologique :

Scanner des rochers : coupes coronales et axiales

Analyse des osselets, oreille moyenne, cavités postérieures

IRM +- gadolinium des angles ponto-cérébelleux : recherche d'une lésion rétro-cochléaire (neurinome, méningiome...)

Au terme de ce bilan on distingue 3 types de surdités :

1- Surdité de transmission

- Otoscopie anormale ou normale (otospongiose, atteinte ossiculaire isolée)
- Weber vers l'oreille atteinte
- Rinne négatif
- Tympanométrie normale ou altérée
- Signes associés : douleur, otorrhées....
- PEA inutiles
- Imagerie de 1° intention : scanner des rochers
- Etiologies : les lésions siègent au niveau de l'oreille moyenne et l'oreille externe.

2- Surdité de perception

- Otoscopie normale
- Weber vers l'oreille saine
- Rinne positif
- Vocale perturbée (distorsion)
- Signes associés : vertiges, paralysie faciale, signes neurologiques
- tympanométrie normale
- PEA fondamentaux (rétro-cochléaire ?)
- Imagerie de 1° intention : IRM avec gadolinium
- Etiologies : lésion de l'oreille interne ou des voies et des centres nerveux.

3- Surdités mixtes :

à la surdité de transmission s'ajoute une composante perceptionnelle

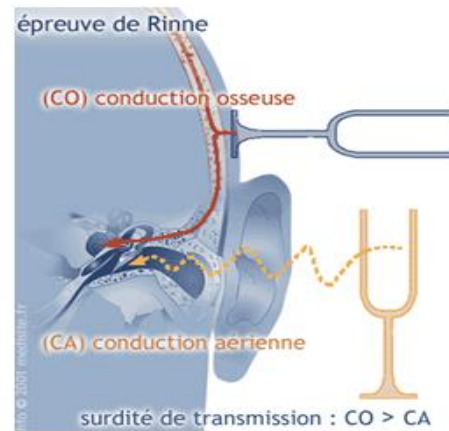
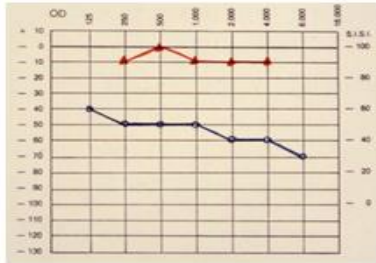
IV - Diagnostic différentiel :

- Surdité hystérique par identification à un proche malentendant.
- L'autisme
- Surdité psychogène
- Simulation

V - Diagnostic étiologique :

I/ Surdité de transmission :

L'inspection du pavillon et l'examen otoscopique peut-en révéler facilement le dg



A - PATHOLOGIES DE L'OREILLE EXTERNE:

1- OBSTRUCTION MECANIQUE :

Bouchon de cérumen ou bouchon épidermique : cause fréquente mais doit rester un diagnostic d'élimination

Corps étranger dans la CAE

Malformations congénitales

2- ETIOLOGIE INFECTIEUSE :

Otite externe diffuses

Otite externe maligne

Furoncles

3- ETIOLOGIE TUMORALE :

a) Bénigne :

Exostose du conduit :

Ostéomes du conduit :

Polype.

Cholestéatome du conduit.

b) Maligne :

Carcinome épidermoïde

TDM et IRM = étude de l'extension au Rocher et aux tissus mous.

Epithéliomas : Basocellulaire, siège 1/3 externe du Conduit auditif externe.

Spinocellulaire + céruminomes, siège 2/3 interne du Conduit auditif externe.

4- ETIOLOGIE TRAUMATIQUE

 Amputation du pavillon

B - PATHOLOGIE DE L'OREILLE MOYENNE :

1 / Les surdités de transmissions à tympons modifiés : les otites

Elle est le reflet d'un état inflammatoire ou d'un état cicatriciel de l'OM.

1- Les inflammations aigües :

La surdité est en règle réversible qu'il s'agisse d'otite catarrhale ou suppurée.

Le retour à la normale de l'aspect otoscopique et de l'audition signe la guérison.

Dans certains cas l'audition reste altérée soit par persistance d'une perforation, soit par atteinte des osselets soit par l'inflammation de la caisse du tympan.

Otite Moyenne Aigue

- Douleur, fièvre
- Tympan congestif (1) voire bombant (2)
- Affections retrouvées surtout chez l'enfant. 80% bactériennes
- Peuvent se guérir spontanément si le tympan se perce = vidange de l'abcès = otorrhée
- Parfois virales : grippe ++ (bulles sur tympan)
-

2. Dans l'inflammation chronique :

la surdité est persistante parfois même irréversible on peut distinguer 2 aspects.

I/ Inflammation chronique à tympan fermé :

1- l'otite séro muqueuse (OSM)

La principale cause est **l'otite séro muqueuse (OSM)**, Elle succède le plus souvent à une infection des voies aériennes supérieures .Elle se manifeste par une hypoacousie de transmission, des otalgies et des épisodes de surinfection. Quand elle est bilatérale elle entraîne des troubles du langage chez l'enfant

L'otoscopie pose le diagnostic par un aspect dépoli et rétracté du tympan.

La tympanométrie qui montre une courbe plate, la disparition du reflexe stapédien l'origine est généralement liée à l'obstruction tubaire par une hypertrophie des VA ou un terrain allergique .

- Le traitement de l'inflammation Rhino-pharyngée avec adénoïdectomie,

Mise en place de drain Trans tympanique

Permet la guérison en quelques semaines ou mois.

- **Toute otite séreuse unilatérale doit faire inspecter le cavum (rhinopharynx) !
: rechercher un néo du cavum**

2- **L'otite Fibro-adhésive** : est une autre cause d'otite chronique à tympan fermé, c'est en fait l'évolution à plus ou moins à long Terme d'une otite SM, elle réalise un collapsus de l'oreille avec synéchies tympan paroi interne de la caisse du tympan, elle retentit à plus ou moins à long terme sur l'oreille interne réalisant une surdité mixte.

II/ Inflammation chronique à tympan ouvert :

1- L'OMC simple :

Réalisant une otorrhée tubaire avec sa perforation tympanique centrale antérieure, elle réalise une surdité de transmission pure rythmée par les épisodes Rhino-pharyngée et partage leur traitement parfois une myringoplastie règle le problème.

2 - L'OMC Cholestéatomateuse :

comporte des lésions tympaniques, muqueuses et osseuses, l'otorrhée est souvent fétide, peu abondante et associée à une surdité de transmission qui, si elle dépasse les 30 DB fait suspecter une lésion de la chaîne ossiculaire, la perforation est marginale postérieure ,négligée elle peut se compliquer de lésions graves (PF, labyrinthite, méningite, thrombophlébite du SL ou abcès cérébral).Le traitement est médico-chirurgical devant le risque évolutif du chole stéatome

cette intervention sera curatrice des lésions mais également au maximum conservatrice de l'audition.

- **Au stade cicatriciel** : la surdité est due à des séquelles qui sont variable et paradoxalement minimales malgré des altérations structurelles importantes de l'OM (elle peut être représentée par une perforation tympanique, une lyse osseuse). Les tympanoplasties vont permettre de reconstituer une oreille fonctionnelle.

2 / Traumatismes de l'OM :

Elles surviennent par traumatisme crânien associé ou non à un fracturé du Rocher la persistance de la surdité après la résorption de l'épanchement sanglant fait rechercher des lésions tympano-ossiculaires, le traitement de ces lésions fait appel aux mêmes techniques, de tympanoplastie.

- Le Blast auriculaire_ : réalise une lésion touchant l'oreille int et moyenne.

3/ Malformation de l'OM:

Associe ou non à des malformations de l'oreille ext ou réalisant même des syndromes complexes (Syndrome oto-mandibulaire)

4/ Les tumeurs de l'OM

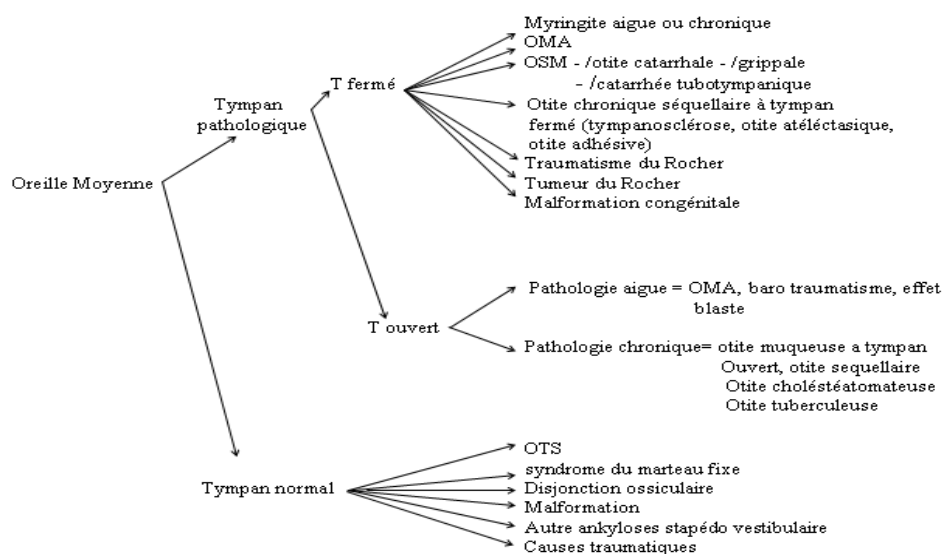
Elles sont rares La surdité peut-être révélatrice en cas de tumeur du glomus jugulaire elle est dans ce cas associée à des acouphènes pulsatiles. L'intervention est facilitée par l'embolisation des pédicules nourriciers.

5 / L'otospongiose :

C'est une ostéo-dystrophie de la capsule labyrinthique. Le foyer le plus fréquent se situe au niveau de la fenêtre ovale et de l'étrier avec ankylose stapédo-vestibulaire.

Le plus souvent, la surdité est de transmission pure au début mais l'atteinte labyrinthique se développe progressivement et domine le pronostic fonctionnel à long terme.

Le traitement chirurgical fait l'unanimité en raison de ses bons résultats par platinotomie et interposition d'un piston de teflon.



II/ Les surdités de perception :

Elles sont liées à une atteinte de l'O int, des voies cochléo-vestibulaires ou des centres, on distingue :

I/ Les surdités endocochléaires :

Se caractérisent par une baisse de la courbe osseuse à l'audiométrie tonale et de la courbe vocale avec un recrutement.

1- Surdités Brusques :

Ce sont des surdités brutales, surviennent de façon isolée, quelquefois des bourdonnements, voir une plénitude de l'oreille précède la surdité le tympan reste normal, les épreuves audiométriques confirment l'atteinte de l'OI prédominant sur les aigus, le recrutement est net. Deux étiologies sont évoquées : l'occlusion vasculaire : athérosclérose, spasme.

La labyrinthite virale peut-être incriminée, notion d'épisode Rhinopharyngée dans les jours précédents la surdité. c'est une urgence otologique .

Le traitement doit-être entrepris en milieu hospitalier vasodilatateurs corticothérapie, antiviraux, O₂ thérapie, vitaminothérapie.

2- Surdité Toxiques :

Ce sont avant tout les intoxications médicamenteuses par les ATB, de la série des aminoglycosidiques entraînent des surdités bilatérales prédominant sur les signes on incrimine la néomycine même par voie locale la kanamycine, streptomycine, la gentamicine, d'autres médicaments sont incriminés mais moins fréquents : Quinines et certains dérivés salicylés. Le traitement n'est que préventif.

3- Presbycusie :

c'est une altération physiologique bilatérale de l'audition qui apparaît vers 50 à 60 ans et qui s'aggrave ensuite progressivement.

La courbe audiométrique chute sur les aigus, elle s'accompagne parfois d'acouphènes.

Traitement : pour ralentir cette affection : fait de vasodilatateurs périphériques et Vitaminothérapie.

4-Maladie de Ménière :

Elles sont dues à un hydrops -labyrinthique et donne une surdité de perception caractéristique par sa courbe ascendante en début d'évolution touchant d'abord les graves puis la courbe s'horizontalise atteignant 60 à 80 DB, le diagnostic est facile quand il existe de grandes crises vertigineuses typiques précédées d'acouphènes annonçant le vertige rotatoire l'évolution se fera par crise.

5- Les surdités de perception infectieuses et inflammatoires :

Les labyrinthes toxiques aigus ou séreuses, en rapport avec un foyer inflammatoire ou infectieux de voisinage.

Les labyrinthites aigues suppurées traduisant l'envahissement bactérien de l'oreille interne, les OMCC en sont l'une des principales causes, ces surdités sont asymétriques mais presque toujours sévères.

Les labyrinthites virales se voient après les oreillons, certaines infections des VADS, mononucléose infectieuse, rubéole.

La zona peut également donner une surdité unilatérale

6 - Les surdités de perceptions traumatiques :

On distinguera, les traumatismes accidentels, les traumatismes chirurgicaux.

7- Les surdités génétiques :

Elles représentent environ 35% des surdités de l'enfant. On estime que les causes génétiques représentent environ la moitié des surdités congénitales profondes.

Les surdités génétiques syndromiques
Les surdités génétiques non syndromique

II/ Les surdités Retro Cochléaires :

1 - Le neurinome de l'acoustique:

Domine cette atteinte retro cochléaire , le diagnostic est évoqué devant toute surdité de perception unilatérale, parfois d'acouphènes unilatérales.

Le déficit auditif est le symptôme le plus constant mais son caractère progressif explique sans doute sa négligence.

Mais le scanner est actuellement l'IRM pose facilement le Dg. Son traitement est chirurgicale.

2- AUTRES TUMEURS RETRO-COCHLEAIRES:

Neurinome du VII ; Méningiome ; Gliome

III/ Les surdités de perceptions centrales :

Leur diagnostic s'appuie sur les signes neurologiques d'accompagnement (Sclérose en plaque, tumeur cérébrale) permettent une meilleure approche de la localisation des lésions

III / Surdité mixte:

Associe une atteinte de l'OM et de l'OI

- soit il s'agit d'une même étiologie qui entraîne l'atteinte de l'OM & l'OI (ex: fracture du Rocher)
- soit c'est une autre pathologie qui vient aggraver une surdité préexistante , cas de l'OSM très freq chez l'enfant dont le trt fait gagner qq. Précieux dB.

VI / - Surdités de l'enfant

- Retentit sur l'acquisition de la parole et du langage: (bilatérale ,importante et précoce)
- Surdités de transmission: fréquentes, souvent acquises et généralement accessibles à la thérapeutique (otite séreuse par exemple).
- Les surdités de perception les causes sont différentes de celles de l'adulte :
- Un dépistage précoce : otoémissions doit être effectué chez les enfants à risque de surdité.
- Un retard d'acquisition du langage oral, un trouble du comportement, et, plus tard, des difficultés scolaires doivent faire vérifier l'audition.

Chez l'enfant

*Les causes de **S. transmission** : déjà vues

*Pour les **S. perceptions**, les causes sont différentes de celles de l'adulte :

ACQUISE

1- PRENATALES : - Médicamenteuses : aminosides, diurétiques, quinine, thalidomides, alcool
- Infections : rubéole, CMV, toxoplasmose, syphilis, autres : rougeole, Zona
- Autres :

- Hémorragies des 1ers mois de grossesse
- Diabète mal équilibré
- Déficits vitaminiques
- TRT hormonaux
- Irradiation de petit bassin avant 3ème mois.

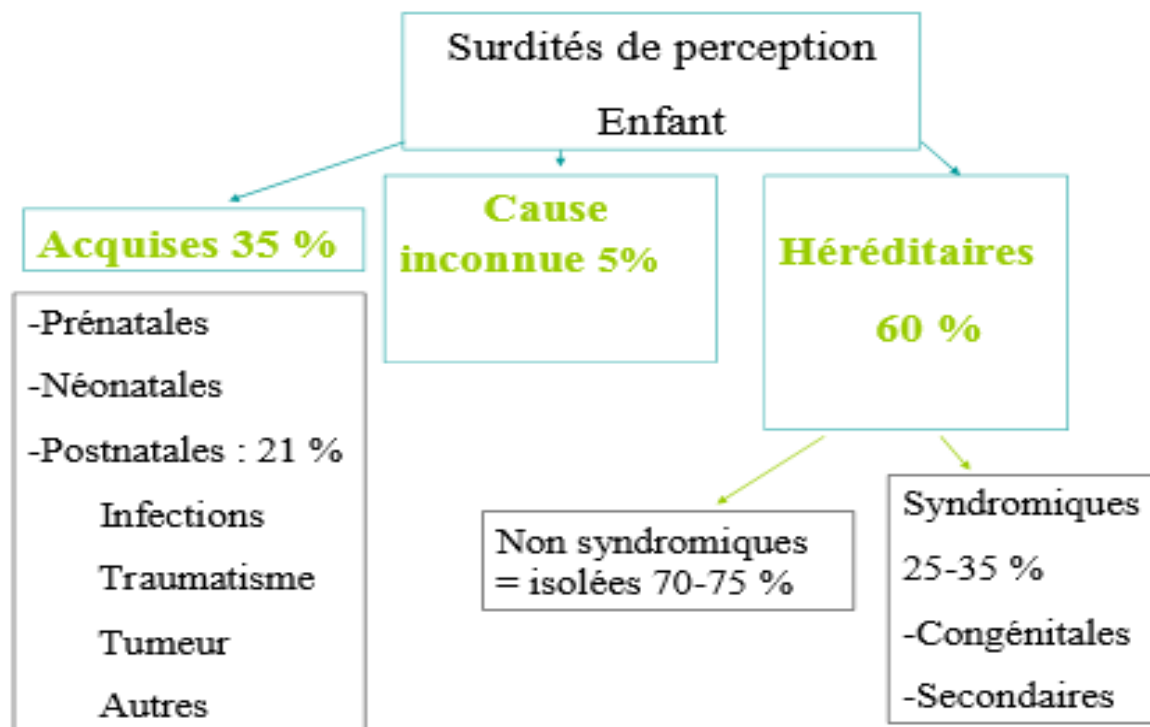
2- NEONATALES : - Hyper bilirubinémie
- Incompatibilité fœto maternelle Rh++
- Prématurité (< 37sem)
- Hypotrophie (< 2 Kg)
- Asphyxie périnatale
- Traumatisme crânien à la naissance

3- POST NATALES :

Infections +++ Méningite
Oreillons
Rougeole
Autres : Zona, grippe.....
Traumatisme ; Tumeur; Autres

SURDITES HEREDITAIRES : S. GENETIQUES

- Isolées
- Syndromiques : 200 Syndromes sont connus . Les plus fréquents sont :
le Syndrome de Pendred: Goitre thyroïdien+ surdité
et le Syndrome d'Usher: Rétinite pigmentaire+ surdité.



VI - CONCLUSION

- L'hypoacousie est un symptôme fréquent en consultation.
- L'examen a 2 objectifs :
 - premièrement : déterminer le type de surdité
 - Deuxièmement : déterminer son étiologie
- Une fois le diagnostic étiologique établi, un traitement adéquat peut être proposé permettant une meilleure intégration sociale.
- chez l'enfant elle retentit sur l'apprentissage du langage modifiant son comportement psychoaffectif et intellectuel d'où la nécessité du dépistage précoce.

VII – Références

- Thomassin JM, Dessi P, Danvin JB, Forman C. Anatomie de l'oreille moyenne. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-015-A-10, 2008
- Kossowski M. Stratégie diagnostique devant une surdité de l'adulte. EMC - Radiologie et imagerie médicale - musculosquelettique - neurologique - maxillofaciale 2020;39(1):1-13 [Article 31-675-E-10]..
- EMC Strategies diagnostique devant une surdité de l'adulte
- EMC(CAT devant une surdité de l'enfant).
- EMC(classification et traitement des surdités de l'enfant).