

DIAGNOSTIC D'UNE SURDITÉ

I- DÉFINITION :

La surdité est la diminution ou la suppression de l'audition. Elle peut toucher

— L'appareil de transmission (oreille externe et moyenne) et elle est dite surdité de transmission "ST".

— L'appareil de perception (cochlée, nerf cochléaire et voies cochléaires centrales) et elle est dite surdité de perception "SP".

Noter que ces 2 formes peuvent se combiner et réaliser la surdité mixte.

II- DIAGNOSTIC POSITIF :

A- INTERROGATOIRE: Fondamental, il recherche

1- Les caractères de la surdité (date et mode d'installation, évolution.)

2- Les signes d'accompagnement (vertiges, acouphènes, paralysie faciale, etc.)

3- Les antécédents ORL, personnels et familiaux. 4- Les affections congénitales.

5- La prise de médicaments.

B- EXAMEN CLINIQUE:

1) *Examen ORL* complet, centré sur l'examen otoscopique.

2) *Examen vestibulaire*, indispensable.

3) *Acoumétrie au diapason*: Grâce à 2 tests, le Rinne (l'examineur fait vibrer le diapason et le met en face du conduit auditif

externe du malade = conduction aérienne "CA", une fois le son n'est plus perçu, la base du diapason est posée sur la mastoïde = conduction

osseuse.) et le Weber (l'examineur fait vibrer le diapason et pose sa base sur le front ou le vertex du malade.)

Test de Rinne Test de Weber

Sujet normal CA \geq CO Rinne (+) Perception identique des 2 cotés Weber indifférent

S. transmission CA < CO Rinne (–) Perception latéralisée du côté atteint

S. Perception CA \geq CO Rinne (+) Perception latéralisée du côté sain.

C- EXAMENS PARACLINIQUES:

4) *Bilan audiométrique*:

Audiométrie tonale: Permet de confirmer le type de surdité et de chiffrer le déficit auditif.

Audiométrie Rinne Weber

Sujet normal Les courbes de CA et de CO sont superposées sur la ligne 0 (+) ou (=)

S. Transmission La courbe de CA est descendante alors que la courbe de CO est superposée à la ligne 0

(–) ou

Rinne ouvert.

S. Perception Les 2 courbes de CA et de CO sont superposés mais descendantes (=)

Le Weber

audiométrique

est identique à

l'acoumétrie.

Audiométrie vocale: Permet également de confirmer le type de surdité.

5) *Tympanométrie* et *réflexe stapédien*:

Tympanométrie: Permet d'étudier la dynamique du système tympano-ossiculaire.

Le réflexe stapédien: Traduit la capacité d'adaptation de l'étrier aux sons intenses.

6) *Potentiels évoqués auditifs* "PEA".

7) *Bilan radiologique*:

□ *Radiographie standard* avec incidence de Schüller, Stenvers, Chausse III et IV et Guillén.

□ *Tomographie* ou *Scanner*.

III- **DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE** :

A- **SURDITÉ DE TRANSMISSION**: N'excède jamais 60 dB et est souvent réversible.

– **Atteinte de l'oreille externe**: Diagnostiquée à l'otoscopie.

1) *Bouchon de cérumen*. 2) *Corps étranger du CAE*.

3) *Otites externes*.

4) *Ostéome du CAE*.

• Il touche surtout les nageurs et les plongeurs.

• Le traitement est chirurgical

5) *Tumeurs du CAE*: Bénignes ou malignes.

6) *Atrésies du CAE*: Congénitales ou secondaires à un traumatisme.

– **Atteinte de l'oreille moyenne**:

a- *Surdité à tympan normal*:

1) *Otospongiose*: C'est une ostéodystrophie primitive de la capsule labyrinthique entraînant une ankylose de la platine de l'étrier au niveau de la fenêtre ovale. Elle peut être bilatérale.

• Elle est souvent familiale, touchant la ♀ jeune et s'aggravant pendant les grossesses.

• Le traitement est chirurgical.

2) *Malformations de la chaîne ossiculaire*: L'anomalie peut être uni ou bilatérale mais souvent associée à une malformation ± importante du pavillon et du CAE.

b- *Surdité à tympan pathologique*:

1 *Inflammations*:

1) *OMA*.

2) *OMC* simple, choléstéatomateuse, séro-muqueuse (fermée) et ouverte.

3) *Séquelles d'OMC*: de type

1/ *Perforation tympanique séquellaire* avec anomalies ossiculaires ± importantes (fixation, destruction.)

2/ *Otite fibro-adhésive*: Avec un tympan fermé mais atrophique, rétracté et moulant les reliefs de la caisse.

Pour plus de cours visitez le: Blog Du Chalet sur: <http://mehdi-mehdy.blogspot.com>

2 *Traumatismes de l'OM*: Secondaires à un hémotympan ou à la luxation d'un osselet.

3 *Tumeur du glomus jugulaire*:

• La surdité est souvent révélatrice et accompagnée d'acouphènes pulsatiles, synchrones au pouls.

• L'otoscopie révèle un tympan bombé, rouge ou rouge-sombre et pulsatile.

• La phlébographie confirme le diagnostic.

• L'évolution sans traitement se fait vers l'envahissement du rocher, de la base du crâne et même du cou.

B- **SURDITÉ DE PERCEPTION:**

– **Surdité endo-cochléaire:**

1 **Surdité brusques:** C'est l'atteinte brutale ou rapidement progressive d'une oreille, souvent isolée (sans signes d'accompagnement) d'origine virale ou vasculaire.

- L'otoscopie révèle un tympan normal.
- C'est une Urgence médicale et le traitement doit être entrepris en urgence en milieu hospitalier.

2 **Presbyacousie:** C'est l'altération physiologique de l'audition, bilatérale.

- Elle apparaît vers 50 ou 60 ans et s'aggrave progressivement.
- Elle s'accompagne souvent d'acouphènes et de troubles de l'intelligibilité.
- Le traitement repose sur les vasodilatateurs périphériques et la vitaminothérapie. L'appareillage est indiqué.

3 **Maladie de Ménière:** L'atteinte est unilatérale, due à un hydrops labyrinthique.

- Elle associe la triade symptomatique surdité, vertiges puis acouphènes.
- Le traitement est d'abord médical puis chirurgical cas d'échec.

4 **Surdité toxique:** Le traitement est préventif

1) **Médicaments:** Notamment les antibiotiques de la famille des Aminosides (Streptomycine, Gentamicine, Kanamycine, etc.) et

  moindre degré la Quinine et ses dérivés, certains diurétiques (Ed crine), et certains dérivés salicylés.

• La surdité est bilatérale et définitive, elle survient au cours ou au décours du traitement et s'aggrave après son arrêt.

• Elle est favorisée par l'insuffisance rénale et la prise antérieure de médicaments ototoxiques.

• Le traitement est préventif et repose sur la prescription justifiée et adaptée selon la fonction rénale. La surveillance audiométrique reste indispensable.

2) **Alcool, tabac, oxyde de carbone, plomb,** etc.

5 **Surdité infectieuse et inflammatoire:**

a- **Bactériennes:**

1) **Labyrinthite séreuse:** C'est une irritation réactionnelle du labyrinthe caus e par un foyer inflammatoire du voisinage (OMA, OMC.) Elle peut régresser sous traitement.

2) **Labyrinthite suppurée:** Traduit l'envahissement brutal de l'OI suite à une OMA ou OMC. Le pronostic est sévère.

3) **Surdité post-méningitique:** Presque toujours sévère.

b- **Virales:**

1) **Rougeole.** 2) **Oreillons.** 3) **Mononucléose infectieuse.**

c- **Spécifique:** La **syphilis congénitale:** La surdité est presque toujours bilatérale.

6 **Surdité traumatique:**

1) **Traumatisme accidentel:** Surtout la fracture du rocher qui signe une atteinte sévère et définitive pouvant s'accompagner de signes de destruction vestibulaire et de paralysie faciale.

2) *Traumatisme chirurgical*: Surtout lors d'une intervention de fraisage sur la platine de l'étrier.

3) *Traumatisme sonore*: Dû soit à une déflagration réalisant le *blast auriculaire*, soit à une action prolongée de sons relativement intenses (*surdité professionnelle*.)

- Elle s'accompagne d'acouphènes

_ **Surdité rétro-cochléaire**:

1) *Neurinome de l'acoustique*: Souvent unilatéral mais il peut être bilatéral et rentre alors dans le cadre de la maladie de Von Recklinghausen.

- La surdité est le signe le plus constant mais son installation très progressive explique sa négligence, elle peut s'accompagner d'acouphènes et de vertige.
- Le bilan audiométrique avec PEA est indispensable.
- Le bilan radiologique comprend une tomographie du conduit auditif interne "CAI" qui révèle son élargissement. Le scanner et éventuellement la scintigraphie précisent la taille de la tumeur et ses possibilités opératoires.
- Le traitement est chirurgical et est d'autant plus difficile que la tumeur est volumineuse.

_ **Surdité centrale**: Le diagnostic repose sur les signes neurologiques d'accompagnement, les PEA et le scanner

1) *Sclérose en plaque*. 2) *Tumeurs cérébrales*.