

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SURDITE BRUSQUE

INTRODUCTION

- **Surdité de Perception** d'apparition soudaine de 30 dB ou plus sur au moins trois fréquences contiguës, sur une période de moins de 72 heures, isolée, sans cause évidente.
- Incidence: 5-20 cas/100000 hab./an
- 1.2% des urgences ORL
- **Urgence diagnostique et thérapeutique**
- **Pose le problème de diagnostic différentiel avec une surdité d'apparition brutale dont l'examen clinique et paraclinique permettra de retrouver l'étiologie**
- 1^{er} symptôme d'un schwannome vestibulaire (10 à 20% des cas): **IRM systématique**
- Le délai de prise en charge, le degré de perte auditive initiale, et l'âge du patient : principaux facteurs pronostiques.

POSER LE DIAGNOSTIC

1- Eléments cliniques:

- **baisse de l'acuité auditive** installée en quelques heures, voire en quelques minutes
- **signes associés:** les acouphènes, et plus rarement des troubles de l'équilibre
- **Interrogatoire:** éliminer un contexte évident
 - Traumatique: direct, sonores ou barométrique
 - Pathologies infectieuses: OMC compliquée de labyrinthite
 - Ototoxicité rarement (surdité plutôt progressive): aminosides, cisplatine.....
- **L'examen clinique:**
 - **Otoscopie:** normale
 - **Acoumétrie:** signes caractéristiques d'une SP
 - **Examen ORL complet** (vestibulaire+++)
 - **Examen neurologique**

2- Bilan Paraclinique:

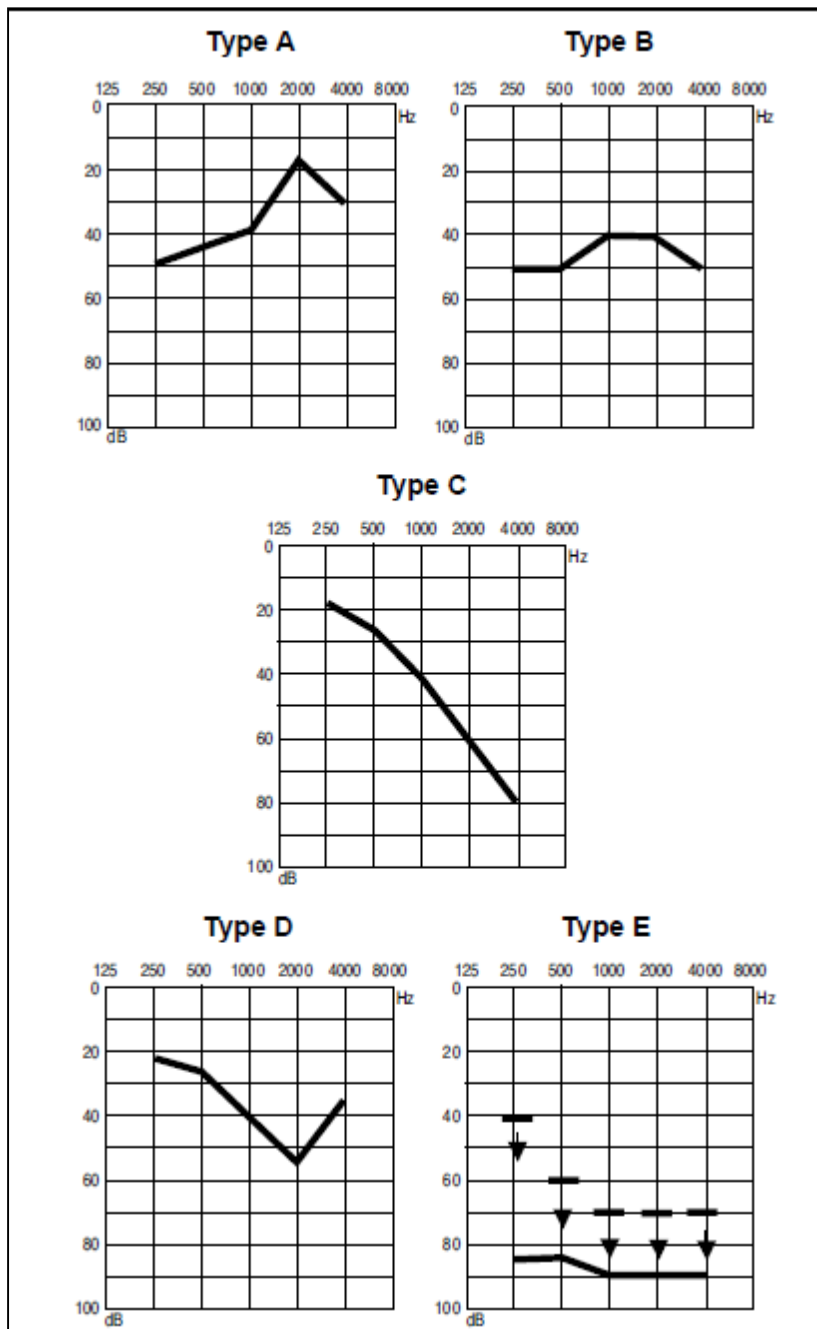
A-BILAN DE CONFIRMATION : bilan otologique:

- L'examen audiométrique tonal et vocal:

- permettent de faire le diagnostic positif et de commencer le traitement
- servir de données de base pour évaluer l'évolution

→ Surdité de perception unilatérale (seuil >30dB)

→ Cinq types de surdité brusque: orientation étiologique et valeur pronostique



Les cinq types de surdité brusque.

Type A : ascendant (seuil à 0,5 Hz plus bas de 20 dB que celui à 4 kHz) ; première attaque d'hydrops ; bon pronostic ; possibilité de récidives.

Type B : plat ; atteinte striale ou artériolaire ; assez bon pronostic.

Type C : descendant (seuil à 4 Hz plus bas que celui à 0,5 Hz) ; atteinte virale ou vasculaire ; pronostic médiocre

Type D : scotome ; rupture membraneuse ; poussée sur surdité congénitale ; pronostic réservé

Type E : cophose ou subcophose ; atteinte virale ou bactérienne ; thrombose artérielle. Très mauvais pronostic.

- Le reflexe stapédien:

- recrutement Si surdité cochléaire

-   l'inverse, en l'absence de recrutement, on doit suspecter une lésion rétro-cochléaire

- La tympanométrie: normale

- L'examen audiolgique peut être étendu pour inclure sélectivement:

- **Les épreuves vestibulaires sont indispensables:** valeur pronostique+++ et diagnostique (une aréflexie calorique unilatérale est évocatrice du SV)

- **Les otoémissions acoustiques provoquées** sont le plus souvent absentes (atteinte cochléaire)

- **Les PEA pr oces** seront effectués à distance (environ un mois) pour ne pas stimuler trop intensément une cochlée fragilisée.

B- Bilan à visée étiologique

1- bilan biologique:

- **En pratique On demande une NFS ,VS et CRP.** Ces trois examens permettent de dépister d'une part une hémopathie, d'autre part un syndrome inflammatoire pouvant révéler une maladie systémique (syndrome de Cogan, lupus, périartérite noueuse etc.)
- **Un bilan métabolique** recherche un diabète sucré en vue de la prescription de cortico ides.
- Un bilan d'hémostase et des examens sérologiques **peuvent être demandés en fonction du contexte** (sérologie CMV, HIV, HPV, HSV, HZV, toxoplasmose, Lyme).

2- bilan radiologique: IRM cerebrale

+ En urgence ; exceptionnel

- Si contexte évocateur: examen neurologique pathologique+++
- L'IRM permettra d'éliminer :
 - Dissection des artères vertébrales associée ou non à un accident vasculaire de la fosse postérieure
 - Hémorragie intra-labyrinthique

+ En différé

- Essentiellement pour éliminer un neurinome du VIII débutant qui peut se manifester par un surdité brusque (10%)

classiquement ce bilan est normale dans une surdité brusque vraie, car d'étiologie inconnue.

TRAITEMENT

- La précocité de sa mise en route est un facteur pronostic.
- Le traitement étiologique s'impose en première intention lorsqu'un diagnostic a pu être établi.
- Le choix du traitement reste controversé en l'absence de consensus clair ou de preuves scientifiques solides.
- Les doses utilisées et la durée sont également variables.

A) Le repos général et acoustique:

- Le repos se justifie lorsque l'on pense que le labyrinthe membraneux est fragilisé.
- En pratique, hormis les cas où un traumatisme de l'oreille interne est suspecté (blast auriculaire, traumatisme direct du système tympano-ossiculaire ou traumatisme crânien direct) il n'y a pas d'arguments valables pour préconiser le repos.

B) Les corticoïdes:

- seul traitement dont l'efficacité clinique a été démontré dans les surdités brusques
- Plusieurs protocoles sont utilisés

- Après une revue de la littérature, le schéma thérapeutique suivant reste le plus soutenu:

→ diagnostic fait dans les 30 jours suivant l'apparition des symptômes, le traitement est à base de stéroïdes oraux pendant un mois

- Prednisone 1 mg / kg / j, en doses décroissantes tous les 5 jours (par exemple, un patient pesant 80 kg, 80 mg x 5 jours, 60 mg x 5 jours, 40 mg x 5 jour, 20 mg x 5 jours, 10 mg x 5 jours, 5 mg x 5 jours)
- Methylprednisolone
- Deflazacort

→Si la surdité est sévère (> 70 dB), ou associée à des vertiges:

- Hospitalisation
- des corticostéroïdes par voie intraveineuse pendant 7 jours avec une dose de méthylprednisolone de 500 mg par jour en perfusion lente
- Par la suite, le régime oral décrit ci-dessus devrait être réintroduit.

→Si contre-indication aux corticostéroïdes systémiques, ou si pas de réponse au traitement systémique après 7 jours:

- Corticostéroïdes intratympaniques devraient être proposés, avec une dose par semaine pendant trois semaine
- Après anesthésie topique avec du phénol sur la membrane tympanique
 - Méthylprednisolone, 0,9 cc d'un flacon de 40 mg, mélangé avec 1% de lidocaïne à 0,1 ml.
 - Dexaméthasone, 0,9 cc d'un flacon de 8 mg.

→Prescrire systématiquement la prophylaxie gastroduodénale par des inhibiteurs de la pompe à protons ainsi que le traitement adjuvant à la CTC de longue durée

C) Les agents antiviraux:

- devraient théoriquement avoir un effet positif sur la surdité brusque,
- aucune étude n'a été capable de trouver des différences statistiquement significatives entre agents antiviraux et placebo

C) Les vasodilatateurs et oxygénateurs:

- Ils visent à rétablir une vascularisation normale ou une oxygénation de l'organe de Corti.
- Qu'il s'agisse des vasodilatateurs, de l'oxygénothérapie hyperbare, de l'hémodilution normovolémique, aucun n'a fait la preuve de son intérêt dans les surdités brusques idiopathiques.

SUIVI

Le premier contrôle se fait une semaine après la mise en route du traitement afin d'évaluer la tolérance au traitement et ses résultats par une audiométrie tonale et vocale:

→ Si récupération totale l'audition: continuer le traitement CTC avec la dégression sur un mois

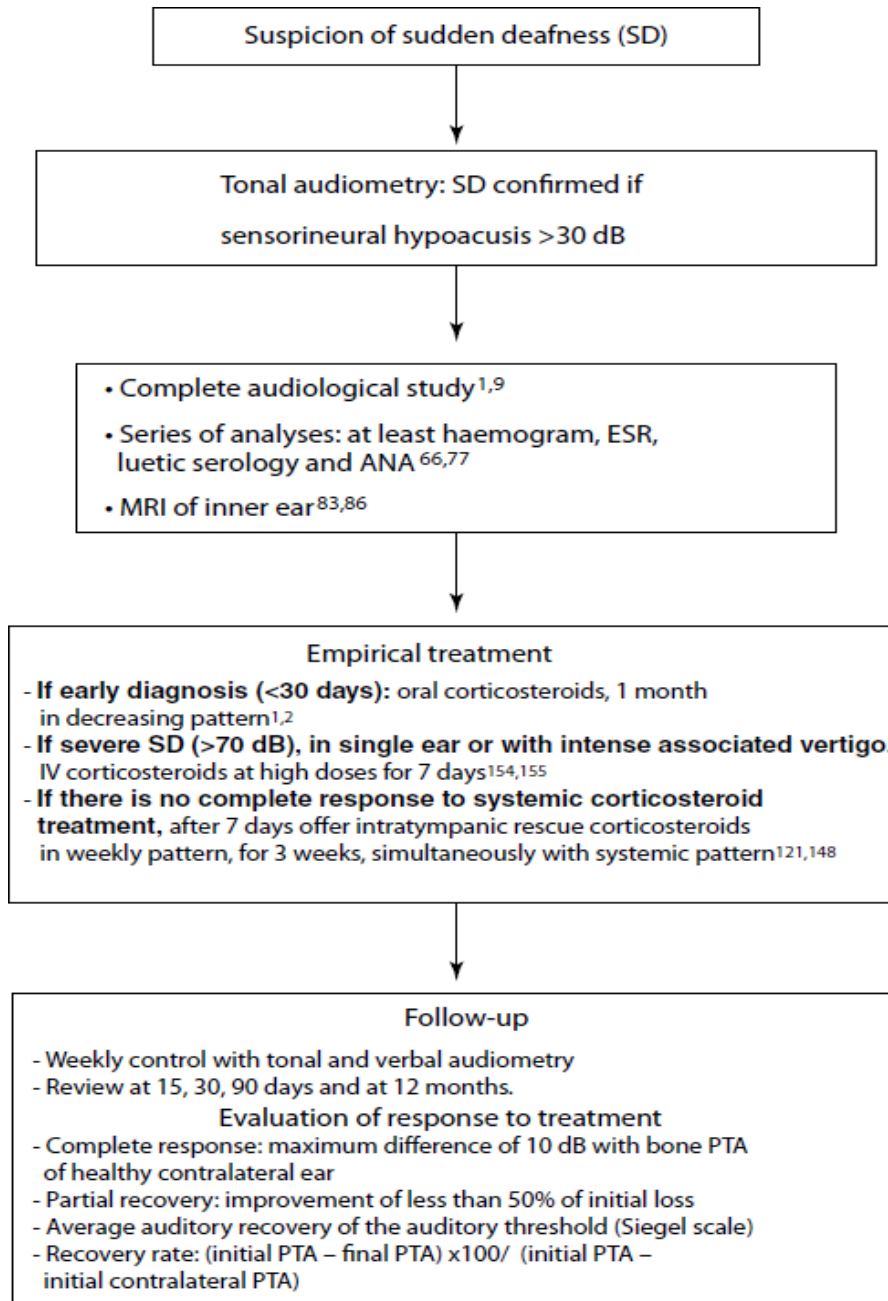
→ Si récupération < à 15 dB: le traitement prescrit doit être suivi et on discute un traitement intratympanique

→ Si l'audition est détériorée: un traitement de secours par voie intraveineuse est fortement recommandé.

→ Après, le suivi doit être assuré par une audiométrie tonale et vocale, à 15, 30 et 90 jours suivant le diagnostic

FACTEURS PRONOSTIQUES :

- **délai diagnostique;**
- **sévérité de la surdité;**
- **aspect de la courbe audiométrique;**
- **symptômes associés :** vertiges associés de mauvais pronostic ;
- **terrain et antécédents :** âge avancé, des facteurs de risque cardio-vasculaire, une migraine, un diabète.



CONCLUSION

- Atteinte neurosensorielle brutale.
- Les mécanismes physiopathologiques: discutés
- La recherche d'une pathologie tumorale est systématique,
 → bilan audio-vestibulaire et imagerie (IRM).
- En l'absence d'étude clinique validée → absence de protocole thérapeutique admis par tous
- Les travaux de recherche sur la physiologie cochléaire, et la réalisation d'études prospectives devraient permettre de mieux prendre en charge cette pathologie relativement fréquente