

# Strategia diagnostica e terapeutica di fronte a una sordità del bambino

G. Lina-Granade, E. Truy

*Le sordità del bambino sono, per la grande maggioranza, delle sordità di trasmissione reversibili per un'otite sieromucosa. Tuttavia, è essenziale non trascurare le sordità di percezione, in particolare delle sordità gravi e profonde. In tutti i casi, la riabilitazione precoce condiziona la prognosi in termini di sviluppo del linguaggio e di frequenza scolastica, che sono tanto migliori quanto più la sordità è presa in considerazione precocemente. Se esiste un'otite sieromucosa, l'esistenza di una ripercussione uditiva impone, a volte, un trattamento chirurgico. Se i dubbi sull'udito e sul linguaggio persistono dopo l'intervento e quando i timpani sono normali, deve essere realizzato rapidamente un bilancio uditivo, alla ricerca di una sordità di percezione. La diagnosi di una sordità è possibile fin dai primi giorni di vita, associando degli esami soggettivi e oggettivi adattati all'età. Il ricorso a un medico specializzato in audiologia infantile è utile per instaurare rapidamente una riabilitazione specifica. Le sordità di percezione richiedono un apparecchio uditivo e, per le sordità più importanti, un impianto cocleare. Qualunque sia la gravità della perdita uditiva, è indispensabile un bilancio ortofonico per valutare la sua ripercussione sulla parola, sul linguaggio orale e sulle capacità di apprendimento. Infine, la determinazione delle cause delle sordità di percezione ha tratto un notevole vantaggio dallo sviluppo della diagnostica per immagini medica e della genetica.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Deficienza uditiva; Audiometria; Protesi uditiva; Apparecchio uditivo; Logoterapia; Impianto cocleare

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Strategia diagnostica</b>	1
Momento in cui occorre pensarci	1
Come fare la diagnosi, quali esami e in quali casi	3
Differenti quadri	5
Diagnosi differenziale	7
Come parlarne	7
Diagnosi eziologica e dei disturbi associati	8
■ <b>Strategia terapeutica</b>	8
Quando instaurare la gestione	8
Cosa si può proporre	9
Follow-up evolutivo	10
Impianto cocleare	10
■ <b>Conclusioni</b>	13

## ■ Introduzione

Il termine di sordità del bambino indica una grande varietà di quadri clinici, secondo l'origine della perdita uditiva (sordità di trasmissione o di percezione), il grado di sordità, la sua età di comparsa e il carattere mono- o bilaterale della lesione e secondo i disturbi associati.

Ma, qualunque sia la situazione, anche se si tratta di una sordità monolaterale, leggera o transitoria, la comparsa nel corso

dei primi anni della vita deve portare ad agire rapidamente per limitare la ripercussione sullo sviluppo del linguaggio, sulla scolarità e, perciò, sul futuro socioprofessionale dei bambini. Questa nozione di «corsa contro il tempo» è particolarmente importante per le deficienze uditive gravi o profonde, dove l'accesso al linguaggio parlato è condizionato, in primo luogo, dalla precocità della gestione e della riabilitazione. Ora, alla nostra epoca, la riabilitazione permette al bambino di accedere alla comprensione del linguaggio parlato e all'espressione orale, anche in caso di sordità profonda, se tale è la scelta dei genitori.

Dal momento che lo screening uditivo neonatale non è ancora realizzato sistematicamente in Francia e anche se esso verrà instaurato in futuro, è dovere di tutti i professionisti, otorinolaringoiatri (ORL), pediatri e medici generici, essere vigilanti su ogni sospetto, perché la diagnosi di sordità sia posta il più rapidamente possibile e sfoci senza ritardi in una gestione adeguata.

## ■ Strategia diagnostica

### Momento in cui occorre pensarci

#### Anomalia dello screening uditivo nel lattante

##### Giustificazione dello screening

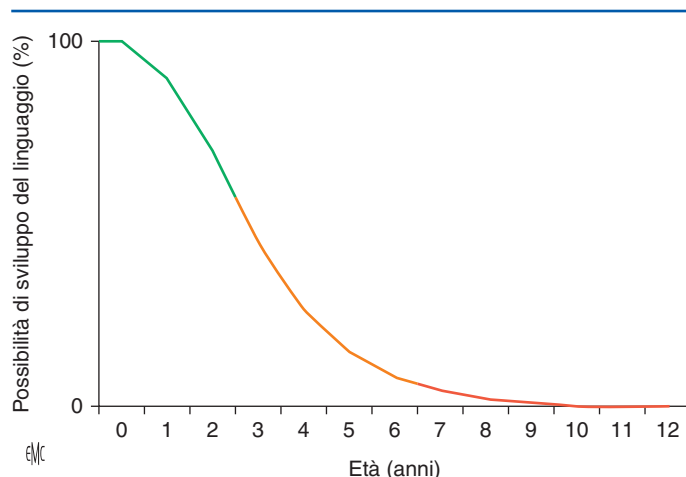
Lo screening uditivo inizia prima di tutto con l'individuazione di fattori di rischio noti per aumentare la probabilità di una sordità, che sono elencati nella [Tabella 1](#) <sup>[1,2]</sup>.

**Tabella 1.**

Fattori di rischio di sordità nel bambino.

Rischio di sordità di trasmissione	Rischio di sordità di percezione
Rinofaringiti od otiti ripetute	Precedenti familiari di sordità precoce o consanguineità tra i genitori
Trisomia 21	Peso alla nascita < 1 500 g
Schisi labiale o palatina	Distress respiratorio neonatale
Malformazioni dell'orecchio esterno o craniofacciali	Infezione congenita (CMV, rosolia, toxoplasmosi, herpes, sifilide)
	Ittero che ha richiesto un'exsanguinotrasfusione
	Meningiti batteriche
	Trauma cranico con perdita di conoscenza
	Chemioterapia, trattamento con aminoglicosidi o furosemide

CMV: citomegalovirus.



**Figura 1.** Possibilità di sviluppo del linguaggio parlato in funzione dell'età di inizio della riabilitazione di una sordità grave o profonda congenita (periodo critico) [6]. Se la riabilitazione inizia prima dei 3 anni (soprattutto prima di 1 anno, tratto verde), le possibilità di sviluppo del linguaggio sono ottimali. È il periodo ottimale per la maturazione della corteccia uditiva e del linguaggio, sotto l'influenza delle stimolazioni sonore e della lingua e delle interazioni con l'ambiente. Dai 3 ai 7 anni (tratto arancione), più la riabilitazione della sordità è tardiva più lo sviluppo del linguaggio è difficile e incompleto, a causa di una diminuzione rapida delle capacità di sviluppo della corteccia uditiva e del linguaggio, anche in caso di stimolazioni sonore e linguistiche. Una riabilitazione uditiva che inizia dopo i 7 anni (tratto rosso) ha degli effetti limitati sull'acquisizione del linguaggio orale tanto per la comprensione che per l'espressione.

Tuttavia, solo la metà dei bambini affetti da sordità presenta uno di questi fattori di rischio; lo screening deve, quindi, essere sistematico e universale, per individuare precocemente tutti i bambini che presentano una lesione uditiva.

Data la forte proporzione (85%) di sordità congenite tra le sordità gravi e profonde del bambino [3], il momento più appropriato per lo screening è il soggiorno nella maternità, dove tutti i neonati sono facilmente accessibili.

Infine, la sordità del bambino presenta tutte le caratteristiche delle patologie che richiedono uno screening sistematico:

- la sua prevalenza (circa 1,3/1 000 nascite) [4] è superiore a quella di patologie che beneficiano già di uno screening sistematico come l'ipotiroidismo o la fenilchetonuria;
- la disabilità uditiva congenita, senza un intervento idoneo, ha delle conseguenze deleterie, soprattutto sullo sviluppo del linguaggio orale;
- le sue conseguenze possono essere limitate da una riabilitazione appropriata e la precocità di questa riabilitazione influenza notevolmente lo sviluppo del linguaggio del bambino [5,6] (Fig. 1)

Perciò, come raccomandato da numerose istanze scientifiche, esiste, attualmente, uno screening uditivo neonatale sistematico in diverse regioni (in particolare Alsazia, Centro, Champagne-Ardenne e Bassa Normandia), che è portato a estendersi sul piano nazionale, in seguito all'ordinanza del 23 aprile 2012 [1,2,7-11].

### Metodiche di screening nel lattante

Due metodiche oggettive e non invasive hanno dimostrato la loro fattibilità e la loro affidabilità nello screening uditivo fin dai primi giorni di vita, la registrazione automatizzata delle otoemissioni acustiche (OEA) e la registrazione di potenziali evocati uditivi automatizzati precoci (PEUA):

- le otoemissioni sono una risposta acustica generata dalle cellule ciliate esterne cocleari, misurabili con l'aiuto di un microfono miniaturizzato situato nel condotto uditivo esterno. Queste otoemissioni sono assenti per delle perdite uditive di origine endococleare superiori a 30 dB *hearing level* (HL). La sensibilità e la specificità di questo test al terzo giorno di vita sono sottoposte alle condizioni di realizzazione (rumore circostante, sonno, allenamento dell'esaminatore). La registrazione automatizzata delle OEA in maternità si esegue preferenzialmente in due fasi: se il primo esame è positivo (perturbato), esso è ripetuto entro le 24 ore. Negli studi che utilizzano questa metodica, il tasso di falsi positivi è dell'1-2%, e la durata dell'esame è breve, da alcuni secondi a due minuti [3];
- i PEUA registrano l'attività elettrica del tronco cerebrale provocata da un suono emesso a una sola intensità (in genere, 30 dB). I numerosi studi che utilizzano i PEUA nello screening in neonati in buona salute indicano una sensibilità del 90-100%, leggermente superiore a quella delle OEA, e una specificità del 96-100%. I PEUA generano meno falsi positivi rispetto alle OEA; la realizzazione di un nuovo test in caso di positività del primo test riduce il tasso di falsi positivi, che passa dal 3,5% al momento del primo esame a valori compresi tra lo 0,2 e lo 0,8% al momento del secondo esame. I PEUA sono realizzabili fin dalle 24 ore di vita e sono sensibili alle lesioni centrali (in particolare alle neuropatie uditive più frequenti nei prematuri) [3].

### Interpretazione dei risultati

Questi esami di screening costituiscono solo un allarme e sono sensibili a una lesione trasmissionale transitoria. Essi non permettono una diagnosi di sordità né di sede della lesione. Per non suscitare ansia inutile, i bambini che hanno uno screening alterato devono, quindi, essere orientati rapidamente verso un servizio o un professionista che realizzi degli esami diagnostici, per confermare o meno l'esistenza di un deficit, precisare l'importanza della perdita uditiva e consigliare la famiglia sulla linea di condotta da tenere.

Infine, anche se uno screening è stato realizzato nel periodo neonatale, è indispensabile restare vigilanti sulla possibile installazione di una sordità nel corso dei primi anni, in particolare alle visite del 9° e del 24° mese, soprattutto in caso di fattori di rischio.

### Anomalie delle reazioni ai suoni

Le circostanze in cui si devono assolutamente realizzare degli esami uditivi sono, prima di tutto, dei dubbi sulle reazioni ai suoni da parte delle persone vicine (genitori, assistente materna, scuola).

Nel lattante, i segni di richiamo sono un'assenza di reazione o delle reazioni insolite alla chiamata o ai suoni familiari prodotti al di fuori del suo campo visivo (rumori di pentole, di passi e di chiavi o una canzone familiare).

Nel bambino piccolo, i dubbi compaiono se il bambino fa ripetere, chiede di aumentare il volume della televisione, non comprende bene quando il locutore è lontano o non fa gesti o se guarda frequentemente le labbra della persona che parla.

Non si ripete mai abbastanza che occorre prendere in considerazione i sospetti dei genitori e non calmare la loro inquietudine con parole rassicuranti, finché non sono stati realizzati degli esami attendibili.

Occorre anche interrogarsi sistematicamente sul miglioramento delle reazioni ai suoni dopo il posizionamento di aeratori trans-timpanici (ATT) e, in assenza di un miglioramento notevole, occorre eseguire un bilancio uditivo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109350>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109350>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)