

Expérience du dépistage auditif néo-natal systématique dans le département de l'Eure

A propos de 10 835 nouveau-nés

A. De Barros Boishardy (2), F. Moreau Lenoir (1, 2), Ph. Bami (1, 2), M. Kapella (1) M.-Fr. Obstoy (2), I. Amstutz-Montadert (2), Y. Lerosey (1,2)

(1) Service ORL et CCF, Centre Hospitalier d'Evreux, 17 rue Saint Louis, 27000 Evreux

(2) Service ORL et CCF, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Tirés à part : Y. Lerosey, adresse ci-dessus.

E-mail : serviceorlevreux@yahoo.fr

Reçu le 7 avril 2005. Accepté le 6 septembre 2005.

Expérience du dépistage auditif néo-natal systématique dans le département de l'Eure. A propos de 10 835 nouveau-nés

A. De Barros Boishardy, F. Moreau Lenoir, Ph. Bami, M. Kapella, M.-Fr. Obstoy, I. Amstutz-Montadert, Y. Lerosey

Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2005 ; 122, 5 : 223-230

Objectifs : Cette étude a évalué la faisabilité d'un dépistage auditif systématique par les otoémissions acoustiques provoquées (OEAP) dans le département de l'Eure.

Matériel et méthodes : Le dépistage a tout d'abord été réalisé dans la maternité du centre hospitalier d'Evreux (de septembre 1999 à décembre 2002), puis généralisé à l'ensemble des maternités du département (de janvier 2003 à décembre 2003). Les OEAP étaient enregistrées en un ou deux tests successifs à la maternité. En cas de test positif, un nouveau test par OEAP était prévu en consultation ORL à un mois. Si ce dernier était positif, un potentiel évoqué auditif (PEA) était programmé. Si les PEA étaient anormaux une audiométrie comportementale était réalisée.

Résultats : Au total, 10 835 nouveau-nés sont nés pendant cette période. 10 770 ont été testés (99,38 %), 65 ont été perdus de vue (0,59 %), 18 surdités ont été diagnostiquées (1,6/1000), dont 5 avaient un facteur de risque de surdité.

Conclusion : Cette expérience a montré qu'un dépistage auditif systématique, en maternité, par les OEAP, était faisable et performant.

Mots-clés : Dépistage néonatal, surdité, otoémissions acoustiques, nouveau-né.

Universal Hearing Screening: 10 835 Newborns Tested in Maternity Wards of the Geographical Department of Eure, France

Objectives : The aim of this study was to evaluate Universal Screening using transient evoked otoacoustic emissions (TEOAE) in the geographical Department of Eure -France.

Material and methods : This hearing screening was initially developed at a single maternity ward (September 1999 to December 2002), and then throughout the Department (January 2003 to December 2003). One or two successive TEOAE tests were recorded. In cases of a positive test, a new TEOAE was recorded at otolaryngology consultation one month later. If this test was again positive, a new consultation with brainstem auditory evoked potential (BAEP) was scheduled. If hearing loss was suspected following BAEP, an audiometric test was performed.

Results : A total of 10 770 newborns were screened (99.38 %), 65 newborns were lost to follow-up (0.59 %), 18 bilateral hearing losses were identified (1.6/1000), and 5 of them had hearing loss risk factors.

Conclusion : This study demonstrated that a hearing screening program in the maternity ward using TEOAE is recommended and provides optimal results.

Key words: Neonatal screening, hearing loss, otoacoustic emissions, newborn.

INTRODUCTION

La surdité néonatale présente une prévalence de 1 à 3/1000 naissances [1-4]. Elle est plus élevée que la prévalence des autres pathologies infantiles dépistées en France (hypothyroïdie 25/100 000, phénylcétonurie 7/100 000, mucoviscidose 50/100 000) [2]. Cependant il n'y a pas de dépistage auditif néo-natal universel en France. Quelques départements ont toutefois pris l'initiative de le réaliser.

La surdité pourrait cependant justifier un dépistage néonatal universel selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé [5].

— Elle diminue les possibilités d'acquisition du langage, a un retentissement sur le développement cognitif, l'apprentissage scolaire et l'intégration sociale [6, 7].

— Elle présente un stade latent, reconnaissable. C'est durant cette phase de latence que se met en place l'acquisition normale du langage. Par la suite la plasticité cérébrale et les capacités d'apprentissage diminuent [8, 9]. La perception auditive durant les six premiers mois de vie permet le développement ultérieur du langage [10]. L'appareillage précoce est donc essentiel en présence d'une surdité moyenne, sévère ou profonde. Mais

l'âge moyen de diagnostic d'une surdité profonde ou sévère, en l'absence de dépistage systématique, est respectivement de 16 et 23 mois [11]. Selon Vohr, le dépistage auditif néonatal diminue l'âge moyen d'appareillage aux USA de 13,3 mois à 5,7 mois [12]. Yoshinaga et Itano [13] ont montré la supériorité d'une prise en charge précoce avant l'âge de 6 mois par rapport à une prise en charge plus tardive. Ainsi un dépistage précoce permet un diagnostic précoce, et une prise en charge précoce plus efficace.

— Elle présente un traitement efficace : la rééducation précoce, la prise en charge orthophonique, les prothèses auditives, les implants cochléaires [6, 13, 14].

Le dépistage des enfants présentant un facteur de risque défini par le *Joint Comitee on Infant Hearing* [15] ne permet de dépister que 50 % des surdités néonatales [11] (*tableau I*). Pour cette raison, le dépistage de la surdité en période néonatale doit être universel et non pas ciblé uniquement chez les enfants à risque.

Les Otoémissions acoustiques provoquées (OEAP) et les Potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) sont les tests de dépistage auditif systématiquement conseillés et les plus souvent réalisés. Tous deux dépistent les surdités supérieures à 35 dB [6,16].

Les OEAP sont des sons générés par les cellules ciliées externes de l'organe de Corti en réponse à des stimulations sonores (clics) [17]. Une sonde composée d'un émetteur et d'un microphone est placée dans le conduit auditif externe, les mesures peuvent être perturbées par la présence de débris dans le conduit auditif externe [6]. La majorité des auteurs proposent la réalisation des OEAP après le deuxième jour de vie, afin de diminuer le nombre de faux-positifs liés à la présence de résidus liquidiens dans le conduit auditif externe. La présence des OEAP chez le nouveau-né testé à J0 est inférieure à 70 %, elle atteint 70 % à J1, 80 % à J2, et est supérieure à 90 % à J3 [18-20].

Tableau I

Les facteurs de risque de surdité permanente congénitale du nourrisson définis par le *Joint Comitee on Infant Hearing* [14].

- Histoire familiale d'atteinte de l'audition
- Infections prénatales (CMV, rubéole, herpès, toxoplasmose, syphilis)
- Malformations congénitales affectant la tête et le cou
- Poids de naissance < 1500 grammes
- Traitement ototoxique
- Méningite, encéphalite bactérienne
- Pathologie respiratoire néonatale sévère
- Stigmate d'un syndrome associé à une perte auditive neurosensorielle

Les PEAA recueillent les courbes électroencéphalographiques par 3 électrodes placées sur le scalp, les stimuli auditifs sont des clics générés par des écouteurs. La limite est la maturité du tronc cérébral du nouveau-né.

Le dépistage de la surdité néo-natale est de plus en plus réalisé dans les pays européens et Nord-Américains [14-22].

En France, en 1999, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Santé) publiait un rapport confirmant que ce dépistage était scientifiquement valide et estimait souhaitable de réaliser des études pilotes, adaptées aux pratiques françaises et selon la méthodologie proposée dans ce rapport [6]. Ce rapport préconisait la recherche d'OEAP.

En décembre 2002, un rapport rédigé par un groupe d'experts a été remis au Président du Conseil Scientifique de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Ce rapport confirmait l'intérêt d'un dépistage universel, en priorité à l'aide des potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) mais en proposant, pour les centres déjà équipés et ayant une grande habitude des OEAP, de conserver ce mode de dépistage.

C'est suite au rapport de l'ANAES que nous avons mis en place en Septembre 1999 le dépistage dans la maternité du Centre Hospitalier d'Evreux, puis généralisé celui-ci à l'ensemble des maternités de l'Eure en Janvier 2003.

Le but de ce travail a été d'évaluer :

- le protocole de dépistage mis en place,
- la prise en charge des enfants, du dépistage positif au diagnostic de certitude,
- l'amélioration des performances dans le temps.

PATIENTS ET MÉTHODES

Le dépistage a été mis en place en deux étapes dans le département de l'Eure depuis 1999. Une première étape (E1) : le dépistage auditif néonatal a été réalisé de septembre 1999 à décembre 2002 à la maternité d'Evreux. Puis une deuxième étape (E2) : le dépistage a été réalisé dans les 7 maternités de l'Eure (6 publiques et 1 privée), il a débuté progressivement entre le 1^{er} Janvier et le 2 Mars 2003. La présente étude concerne la période E1 et la première année de la période E2 (01 janvier — 31 décembre 2003).

Le protocole de dépistage a été identique pour les deux périodes.

La maternité du CHG d'Evreux, centre référent, présente en moyenne 2 000 naissances par an, 3 maternités présentent 700 à 800 naissances, 2 maternités 500 à 600 naissances et une maternité moins de 300 naissances. Il n'y a pas de service de réanimation pédiatrique dans le département, mais une unité de néonatalogie légère (maternité de type II a - Unité « Kangourou »).

Une aide financière a été accordée par le Conseil Général de l'Eure, le Conseil Régional et la DRASS de Haute

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9361450>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9361450>

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