

BIAP Recommandation 12/6 – 25/4 :

Evaluation d'une perte auditive unilatérale et guidance après le dépistage auditif néonatal (UNHS)

Avant-propos

Ce document représente une recommandation du Bureau International d'Audiophonologie, BIAP. Une Recommandation BIAP constitue une référence pour la mise en œuvre d'une intervention audiolinguistique ou phonologique ; au meilleur de notre connaissance.

La recommandation se base sur le vécu et les bonnes pratiques en ce qui concerne la méthodologie et l'étendue du document, au moment de sa parution.

Malgré le grand soin apporté à la préparation des informations ici fournies, le BIAP n'est pas en mesure de garantir l'exactitude de leur interprétation et application. Le BIAP décline toute responsabilité pour les erreurs ou les omissions, ainsi que pour des pertes et préjudices quelconques. Ce document restera en vigueur jusqu'à ce que le BIAP le remplace ou l'annule.

Les remarques éventuelles à propos de ce document pourront être adressées au Secrétaire Général du Bureau International de l'Audiophonologie, dont les coordonnées sont disponibles sur le site BIAP au www.biap.org.

Introduction

Jusqu'à présent, la plupart des enfants ayant une perte auditive unilatérale étaient diagnostiqués au-delà de l'âge de 6 ans et étaient déjà scolarisés. Avec la mise en place d'un programme de dépistage universel de l'audition du nouveau-né utilisant des techniques actuelles de dépistage de l'audition bilatérale, les pertes auditives bilatérales aussi bien qu'unilatérales sont diagnostiquées dès les premiers mois de vie. De nouveaux et différents concepts sont requis pour l'évaluation, la guidance et la réhabilitation des pertes auditives unilatérales.

Effets d'une perte auditive unilatérale

Ni les audiologistes, ni les médecins otorhinolaryngologistes, ni les pédiatres n'étaient généralement concernés par les pertes auditives unilatérales, sauf pour identifier leur étiologie. Les parents étaient rassurés du fait qu'il n'y avait pas de handicap. D'après l'expérience professionnelle, une perte auditive unilatérale n'avait pas de conséquence sur le développement de la parole et du langage chez ces enfants.

En contraste avec cette opinion, plusieurs études entre 1986 et 1988 ont montré que les enfants ayant une perte auditive unilatérale ont plus de dix fois plus de risques de recommencer au moins une année scolaire. Ces échecs sont liés au fait que ces enfants éprouvent des difficultés de directionnalité de l'audition et par conséquent une moindre capacité de comprendre la parole dans des situations bruyantes, comme dans une salle de classe. Ces études mentionnent également des déficits d'attention et de concentration, entraînant de la fatigue dans des situations d'écoute exigeantes et un manque de confiance en soi lié à l'insécurité. A cause des difficultés de l'audition directionnelle, des problèmes de sécurité, par exemple dans le trafic, ne peuvent être exclus.

D'un point de vue neurophysiologique, il est bien documenté que pour les pertes auditives bilatérales, si une des oreilles n'est pas intégrée dans le processus auditif parce qu'elle n'est pas appareillée, cela peut mener à une déprivation de l'oreille non appareillée.

Epidémiologie

Dans un nombre varié de publications, on peut trouver différentes prévalences du nombre d'atteintes auditives unilatérales à la naissance. Différents projets de dépistage auditif en Allemagne montrent qu'environ un quart des bébés ayant un trouble auditif identifié lors du dépistage national de la santé ont une perte auditive unilatérale.

Il est également estimé que 5 à 10% des pertes auditives unilatérales sont progressives et certaines d'entre elles deviennent bilatérales.

Recommandation

Evaluation

a. Anamnèse

En tenant compte de l'histoire du patient cas, une attention particulière doit être donnée :

1. Aux symptômes pouvant être initialement liés à une perte auditive unilatérale comme
 - la capacité de téléphoner correctement avec une seule oreille
 - la sonnerie du réveil non perçue si on dort sur la bonne oreille
 - une audition directionnelle réduite (être incapable de localiser un locuteur dans une pièce différente à la maison ou une voiture approchant dans le trafic)
 - des problèmes de compréhension dans les situations bruyantes (réunion familiale, voiture, crèche, école, église...)
 - le fait de toujours tourner une oreille spécifique vers le locuteur
 - une audition particulièrement mauvaise dans le cas d'une atteinte de la ventilation de l'oreille moyenne à la bonne oreille
2. A certains symptômes moins spécifiques pouvant être liés aux pertes unilatérales comme :
 - des difficultés d'attention et de concentration
 - des problèmes scolaires, des informations auditives incomplètes, une distraction rapide par les autres élèves
3. A certaines causes pouvant mener à une perte auditive unilatérale :
 - histoire familiale
 - grossesse (CMV...), accouchement, période néonatale
 - infections durant l'enfance (oreillons,...)
 - accidents (fracture du crâne)
 - malformations de l'oreille externe
 - traumatisme acoustique

b. Examen / Testing de l'audition

Le testing des pertes auditives unilatérales chez les jeunes enfants peut être particulièrement difficile à cause des problèmes liés aux procédures de masquage. Chez les bébés, le processus de diagnostic peut démarrer avec le Service National de la Santé (NHS). Pour identifier des pertes unilatérales à travers le Service National de la Santé, un protocole qui dépiste chaque oreille séparément est nécessaire. Les procédures de diagnostic audiolinguistique doivent suivre les mêmes délais que les pertes bilatérales, de sorte que les pertes unilatérales sont diagnostiquées dans les 6 premiers mois de vie. Toutes les familles ayant un enfant avec une perte auditive unilatérale ont besoin d'une guidance approfondie donnée par un expert en audiologie pédiatrique. Indépendamment d'autres procédures thérapeutiques, un contrôle d'audition doit être effectué tous les 3 mois durant la première année de vie, ensuite, deux fois par an jusqu'au en maternelle et une fois par an au moins jusqu'à la fin de l'école primaire.

Pour évaluer les pertes auditives unilatérales, le testing auditif doit tenir compte des meilleures recommandations de bonne pratique pour les pertes bilatérales et en outre, il doit prendre en compte :

- la mesure des seuils d'audition toujours oreilles séparées, incluant les seuils en conduction aérienne et en conduction osseuse
- l'utilisation d'un masquage adéquat pour toutes les procédures de testing auditif (PEA, ROI...)
- les seuils appareillés du côté atteint, menant à des résultats valides si l'audition de l'oreille normale est correctement masquée avec un casque
- l'utilisation préférentielle des écouteurs inserts (en raison d'une plus grande atténuation interaurale)
- la recommandation d'une imagerie par résonance magnétique et un bilan vestibulaire dans les cas de perte auditive unilatérale évolutive ou développée récemment.

En ce qui concerne les procédures thérapeutiques, une catégorisation des pertes auditives unilatérales dans les sous-groupes suivants est utile (voir également l'annexe sur l'adaptation des aides auditives) :

- Perte auditive neurosensorielle ou perte auditive de transmission unilatérale modérée sans atrésie et audition normale du côté opposé
- Surdité sévère à profonde unilatérale et audition normale du côté opposé
- Perte auditive de transmission unilatérale (ex. aplasie majeure, atrésie sévère sur conduit auditif) et audition normale du côté opposé.

Accompagnement et guidance des parents (en collaboration avec la commission 25)

Lorsque le diagnostic de surdité unilatérale est établi, en particulier dans le cadre d'un programme de dépistage systématique de l'audition du nouveau-né, le BIAP recommande l'installation d'une guidance parentale précoce et un soutien par un expert en audiologie pédiatrique. Il faut également rassurer les parents car la plupart des enfants vont apprendre à écouter et atteindre le niveau des autres enfants en dépit d'une perte auditive unilatérale. Par conséquent, une surprotection doit être évitée.

Le programme d'accompagnement des parents a pour but :

- d'écouter et de rassurer les parents qui sont confrontés à ce diagnostic
- de leur permettre d'exprimer leurs éventuelles préoccupations ou culpabilité
- de répondre à leur besoin d'informations.

Il peut être nécessaire d'expliquer aux parents l'importance :

- d'un contrôle régulier de l'audition de l'enfant oreilles séparées (autour de 6 mois, à 1 an et si la perte auditive n'est pas progressive, au moins une fois par an) par un ORL ou un audiologiste pédiatrique
- d'un suivi du développement des compétences de communication prélinguistique et ensuite du développement de la parole et du langage (évaluation durant les 3 premières années, voir CT 24)
- d'un besoin d'adapter leur mode de communication aux besoins de leur enfant

Ensuite, il sera nécessaire de recommander :

- une information de l'enseignant en maternelle et à l'école
- une évaluation des premières acquisitions scolaires
- une information des risques potentiels lors de la pratique de sports extrêmes (risque de traumatisme de la tête, hypoxie, barotraumatisme, ...)

En expliquant les effets d'une perte auditive unilatérale, l'information donnée aux parents et aux enseignants devrait inclure les considérations suivantes :

- perte de l'audition directionnelle
- problèmes de sécurité dans le trafic
- problèmes d'orientation lors d'une réaction à l'appel
- problèmes pour entendre et comprendre dans les situations bruyantes, particulièrement en maternelle, à l'école (+ droit à certains services spéciaux d'intégration)
- adaptation de l'environnement acoustique pour optimiser la réception auditive dans toutes les situations de communication pour améliorer la compréhension de la parole : par exemple, placement de l'enfant dans la classe, par rapport à sa meilleure oreille
- protection sonore de la meilleure oreille
- écoute de la musique forte
- choix adapté ou non de certains instruments de musique
- bruit au travail et durant les activités de loisir
- protection de la meilleure oreille contre les médicaments ototoxiques (éviter également certaines gouttes auriculaires)
- effets d'une perte auditive de transmission additionnelle (exemple : les otites moyennes chroniques avec effusion)
- option des dispositifs techniques adaptés (exemple : aides auditives, système FM).

Références

BIAP Recommendation 25/1, Guidance of parents whose children suffer from hearing impairments

Davis A., Reeve K., Hind S., Bamford J., 2002, Children with mild and unilateral hearing impairments, in R. Seewald and J. Gravel (eds.), A sound foundation through early amplification: Proceedings of the second international conference (pp. 179-186). Stäfa, Switzerland: Phonak

Ross D.S., Holstrum W.J., Mild and Unilateral Hearing Loss: Summaries of Research Articles, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, <http://www.cdc.gov/ncbddd/EHDI/unilateralhi.htm>

Cette recommandation a été créée et approuvée dans le cadre d'une coopération multidisciplinaire entre les professionnels de toutes les disciplines audiophonologiques - la médecine, la pédagogie, l'orthophonie, la psychologie et l'audiologie.

La langue originale de ce document est l'anglais.

Le BIAP autorise la diffusion des documents disponibles sur son site Web, mais interdit toute modification de leur contenu.

Président de la commission 12 : Th. Wiesner (Allemagne)

Présidente de la commission 25 : S. Demanez (Belgique)

Membres de la commission 12 : M. Antoniadis-Hitoglou (Grèce), A. Bohnert (Allemagne), P. Chapuy (France), A. Enderle-Ammour (Allemagne), M. Delaroche (France), J.P. Demanez (Belgique), L. Demanez (Belgique), G. Dessy (Belgique), D. Hennebert (Belgique), N. Herman (Belgique), C. van der Heyden (Belgique), A. Juarez Sanchez (Espagne), V. Leflere (Belgique), J. Leman (France), Th. Lhussier (Belgique), B. Martiat (Belgique), N. Matha (France), N. Melis (France), T. Renglet (Belgique), Ph. Samain (Belgique), M.-N. Serville (Belgique), G. Schram (Suisse), P. Verheyden (Belgique)

Members of the commission 25 : M.-H. Chollet (France), M. Drach (Allemagne), M. Franzoni (France), N. Herman (Belgique), M.-F. Leman (France), S. Quertinmont (Belgique), T. Renglet (Belgique), A. Tarabbo (France), V. Touma (Liban)

Bordeaux (France), Mai 2009