

Mon enfant n'entend pas

Dr S. Figon, Dr B. Senez

L'essentiel

Etre vigilant en cas de facteurs de risque chez le nourrisson

Ecouter les parents : l'opinion des parents sur la crainte d'un nourrisson qui n'entend pas est habituellement exacte

Savoir qu'il n'y a pas d'âge limite inférieur pour tester la fonction auditive d'un enfant.

Être systématique dans la réalisation des tests auditifs au cabinet lors des visites du 4^o, 9^o mois et 2 ans

Le diagnostic de surdité est difficile, il doit être posé tôt, idéalement les 6 à 12 premiers mois pour les surdités sévères.

Bien connaître les repères du langage et de l'expression orale chez l'enfant : à partir de 2 ans, tout retard de langage doit faire suspecter un trouble auditif

Evoquer un déficit auditif devant des troubles du comportement chez un enfant, que ce soit à l'école ou à la maison

Ne pas confondre avec une surdité

- une déficience mentale sévère
- un autisme
- des troubles neurologiques graves

Ce qu'il faut demander aux parents

Lors des visites des premiers mois, l'interrogatoire des parents recherche :

- Les situations à risques de surdité :
 - o Antécédents familiaux de déficit auditif
 - o Pathologie périnatale : petit poids de naissance < 2000 gr., prématurité < 32 SA, réanimation néonatale, ictère prolongé
 - o infections maternelles durant la grossesse (CMV, rubéole, toxoplasmose, oreillons, herpès),
 - o prise de médicaments ototoxiques par la mère
 - o aberrations chromosomiques
- Les signes d'appel d'un déficit auditif :
 - o Votre enfant se calme-t'il avec la musique ?
 - o Réagit-il à un bruit soudain ?
 - o à 3 mois, est-ce qu'il gazouille,
 - o à 6 mois, est-ce qu'il imite des sons
 - o à 10 mois, comprend-t'il des petites phrases ?

Un enfant trop calme, non intéressé par le monde sonore doit nous alerter. Chez un enfant malentendant sévère, le babil s'appauvrit au fur et à mesure des mois pour disparaître vers l'âge de 1 an.

Chez l'enfant de moins de 2 ans

Les situations à risque sont représentées par les antécédents personnels d'infections sévères : la méningite à pneumocoque est une grande pourvoyeuse de surdité ou d'hypoacousie sévère acquises.

Les repères d'une bonne audition sont représentés par l'acquisition du langage oral. Nous pouvons demander aux parents :

- Si à 12 mois, il dit ses premiers mots
- Si au plus tard à 16 mois, il dit papa , maman
- Si à 24 mois, il possède un stock lexical de 50 mots et associe les mots pour commencer à faire de petites phrases ?

Chez l'enfant d'âge verbal

Les surdités sévères ont été reconnues. Une hypoacousie légère ou moyenne sera suspectée devant :

- toute difficulté d'apprentissage du langage oral puis écrit
- un enfant qui fait répéter, paraît distrait, parle fort, augmente le son de la TV
- un enfant qui se renferme ou qui est agressif

Ce qu'il faut faire

Examiner l'enfant sur le plan général et ORL

On examine les conduits auditifs externes pour éliminer un éventuel bouchon de cérumen. On observe les tympans. En cas d'otite séromuqueuse (OSM) chronique (rétraction ou bombement tympanique persistant depuis plus de 3 mois), une évaluation complémentaire sera demandée à l'ORL. L'otite séromuqueuse de l'enfant est fréquente avec une prévalence maximale à 3 ans de 11 à 20 %. Ces épisodes d'otites séromuqueuses sont brefs, 90 % d'entre eux disparaissant en 2 à 4 mois. Ce sont les formes prolongées ou présentes à 7-8 ans qui ont le plus de risque de complications fonctionnelles (auditives) et morphologiques (à type de poche de rétraction).(1)

Cette évaluation auditive et ORL sera associée à l'évaluation du développement psychomoteur et des autres acquisitions neurosensorielles .

Les tests de dépistage auditif au cabinet sont simples à réaliser

Chez le nourrisson, on cherchera à obtenir:

- le réflexe de clignement au bruit présent dès le 2^o jour,
- le réflexe de Moro à un bruit fort (claquer des mains) présent à 2 semaines,
- et surtout le réflexe d'orientation au bruit : au 4^o mois, l'enfant tourne la tête ou les yeux du côté d'une source sonore qui est placée à 2 m (les 4 boîtes de Moatti ou autres jouets sonores tels que « boîtes meuh - meuh»)

Chez le jeune enfant, on vérifiera que

- l'enfant s'oriente à la voix chuchotée à 40 cm, main devant la bouche, ou à l'appel de son prénom
- on lui donnera des ordres simples, on lui présentera le tic-tac de la montre.

Chez l'enfant d'âge verbal

- on utilise le diapason : c'est l'épreuve de Weber avec le diapason mis au milieu du front : en cas de surdité ou d'hypoacousie sévère, le son est perçu de manière latéralisée.
- on peut aussi réaliser une audiométrie de dépistage à 4 fréquences (500, 1000, 2000 et 4000 Hz aux intensités de 20 à 40 dB) avec un appareil à casque. Cette audiométrie est en général bien acceptée par l'enfant à partir de 4 ans et demi. L'utilisation de cet appareil est aisée et rapide. La constatation d'un déficit ≥ 25 dB nécessite un approfondissement par audiométrie conventionnelle.

Ce qu'il faut dire aux parents

«Dès la naissance, le bébé réagit au langage qui lui est adressé. Des études ont montré que les nourrissons préfèrent la voix humaine à toute autre source sonore surtout si cette voix est celle de la maman. Le bébé utilise tous ses sens pour communiquer avec vous, n'hésitez pas à faire de même avec lui. Soyez attentif à votre enfant, s'il entend mal, son comportement sera perturbé. Un bébé trop calme ou trop passif a peut-être un trouble de l'audition.

Chez l'enfant plus grand, ce sera le retard de langage qui vous alertera : un enfant doit commencer à parler entre 12 et 18 mois.

Ce qu'il faut savoir

Prévalence et fréquence

Un à 3 enfants sur 1000 naissent avec une déficience auditive sévère dont 1% des enfants qui ont souffert de pathologie périnatale. Six pour cent des enfants scolarisés ont une hypoacousie. Bien que le diagnostic de surdité soit en général tardif (entre 24 et 30 mois, en moyenne), il est capital d'être attentif aux signes d'orientation pour aboutir à un diagnostic le plus précoce possible, au mieux dans la 1^o année de vie.

Que fera le spécialiste ?

Les techniques de mesure objectives

Il n'existe pas en France de dépistage systématique néo natal. Pour les nouveaux-nés à risque, le dépistage repose sur les otoémissions acoustiques (OEA), faites à la maternité, de manière systématique. L'enregistrement des OEA permet de dépister les surdités uni ou bilatérales supérieures à 30 dB. Ces OEA donnent de nombreux faux positifs, ce qui implique de les répéter.

Les potentiels évoqués auditifs (PEA) sont de réalisation plus difficile (l'enfant doit être endormi) mais présentent une plus grande spécificité. Ils seront faits en cas de doute ou en cas de positivité des OEA jusqu'à 9 mois.

L'audiométrie (2)

Chez le jeune enfant, le spécialiste recherche le réflexe d'orientation au bruit

- jusqu'à 3 mois par un baby mètre (réflexe de Moro)
- de 3 mois à 2 ans par des jouets sonores
- de 1 an à 2 ans et demi avec un audiomètre de jeu en champ sonore libre
- à partir de 2 ans et demi, l'audiométrie avec casque est tolérée.

Chez le grand enfant, il fera une audiométrie conventionnelle avec variation de 5 dB.

Mais il faut garder à l'esprit que l'absence de réponse de l'enfant peut être simplement le fait d'un enfant inhibé ou timide.

Le spécialiste précisera le mécanisme de la surdité, par transmission ou par perception.

La tympanométrie n'est pas une mesure de l'audition, elle est là pour renseigner sur l'état pressionnel dans l'oreille moyenne.

Que lire sur le sujet

- (1) SPILF. 2^o journée nationale de l'otite de l'enfant, 30/09/95. Paris
- (2) Truy E., *Les surdités de perception*, <http://cri-cirs-wnts.univ-lyon1.fr>
- de Broca A. *Le développement de l'enfant*. Paris, Masson, « collection pédiatrie au quotidien », 2^oéd, 2002
- *L'enfant sourd*, <http://www.med.univ-tours.fr>

Mots-clés pour index

- Audition, dépistage, surdité, hypoacousie, prématurité, langage (retard, repères), comportement (troubles), apprentissage (difficultés), otite séromuqueuse, aberrations chromosomiques, méningite, autisme, périnatale (pathologie)