

# Thème : surdité brusque

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : surdité brusque-nerf auditif

Date : 05/01/2003 01:23:55

voilà, une question s'impose à moi car comme vu dans mon message précédent, j'espère toujours de l'amélioration quant à mon audition.

à droite, j'ai fait une surdité brusque en mai 2000.

je suis donc en sub-cophose de ce coté-la (coté opposé à la neurotomie vestibulaire).

je ne perçois aucun son, tout au plus des vibrations quand un gros bruit se produit.

alors voilà la question que je me pose:

- mon nerf auditif est-il mort définitivement ???

- ou plutôt ne serait-ce pas la cochlée qui serait atteinte ???

je dois préciser, comme je l'ai déjà fait à plusieurs reprises, que dans mon cas , a été évoqué la maladie de ménière bilatéralisée.

ah, ces oreilles, quel soucis !!!

Auteur : MM (195.242.89.xxx)

Sujet : Re : surdité brusque-nerf auditif

Date : 05/01/2003 01:41:36

Non.

Le nerf auditif n'est pas atteint dans une surdité brusque endocochléaire. Dans votre cas, il est possible que la surdité brusque soit en rapport avec une forme de Ménière cochléaire. Donc, l'atteinte se situe uniquement au niveau de la cochlée et plus exactement au niveaux des cellules ciliées.

Le nerf auditif est surtout atteint dans des pathologies tumorales type Neurinome.

Un test d'électrostimulation au promontoire peut vérifier la vitalité du nerf auditif et permettre éventuelle pose d'un implant cochléaire.

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : interview sur la surdité brusque

Date : 24/02/2003 23:07:36

je fais un c/c d'une interview trouvée sur le site france-ork et concernant la surdité brusque. vraiment très enrichissant !!!!

Le Pr Patrice Tran Ba Huy, Chef du Service ORL de l'Hopital Lariboisière à Paris, a participé

à une soirée FMC le 27 novembre 2002, consacrée à la surdité brusque, organisée par le Laboratoire Solvay Pharma.

Il a bien voulu répondre à nos questions sur ce sujet encore très controversé.

N.D.L.R. La surdité brusque se définit comme la survenue en moins de 24 heures d'une surdité sensorielle, d'au moins 30 dB sur trois fréquences audiométriques successives.

ORL France:

Pr Tran Ba Huy, vous avez en charge, parmi vos nombreuses activités, les Urgences ORL Adulte des Hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. Vous avez un discours assez tranché concernant les surdités brusques et leur prise en charge thérapeutique.

Pr Tran Ba Huy:

Il règne encore en France un dogme selon lequel toute surdité brusque doit bénéficier d'une hospitalisation en urgence pour un traitement à visée vasculaire. Il se trouve qu'à l'heure actuelle, rien ne permet d'affirmer la pertinence d'une telle attitude.

Soyons logique: s' il y a une ischémie aiguë de l'oreille interne, celle-ci épuise ses réserves métaboliques en une heure environ. Par conséquent, tout délai d'intervention supérieur à une heure rend illusoire ce type de traitement. On sait bien qu'en pratique, les patients ne consultent pas aussi rapidement.

ORL France: Est-ce à dire qu'on peut renvoyer le patient chez lui?

Pr T.B.H.

Attention, il ne faut pas passer à coté d'une véritable urgence. Nous observons de temps en temps des cas graves, comme la dissection aiguë de l'artère vertébrale, ou une ischémie cérébelleuse. On sera donc particulièrement vigilant en cas de céphalées, de douleurs cervicales hautes, ou de la présence du moindre signe neurologique associé. Une atteinte bilatérale doit faire craindre un infarctus de l' AICA (Anterior Inferior Cerebellar Artery) Hormis ces cas, l'hospitalisation est discutable. Mais comment la refuser quand le patient se présente, affolé, avec sa valise et l'angoisse de ne pas retrouver son audition? Le tri devrait s'effectuer en amont. Le pronostic est a priori toujours réservé, il faut le dire.

Ce qui ne veut pas dire non plus qu'on ne traite pas. Bien sur qu'on traite, et le plus tôt possible, mais le plus souvent le patient est mieux chez lui au repos, que dans un service hospitalier toujours plus mouvementé.

ORL France: Mais ne faut-il pas lui administrer le traitement par voie intra-veineuse?

Pr T.B.H.

C'est là le cœur du problème. A ce jour, aucun traitement, et on en dénombre des dizaines, souvent assez lourds, n'a montré une supériorité décisive par rapport à la récupération spontanée à 15 jours, qui se produit, je le rappelle, dans 2/3 des cas. Tout au plus la corticothérapie semble avoir un score légèrement meilleur. C'est d'ailleurs notre traitement de prédilection mais il peut être fait à domicile, par voie orale.

ORL France: Quelque soit le type de surdité brusque?

Pr T.B.H.

Il y a des variantes, et c'est effectivement fondamental d'essayer d'identifier les causes de l'affection, qui n'est qu'un syndrome et non une entité.

Or c'est très difficile, car on ne sait pas ce qui se passe dans l'oreille interne. Il y a sûrement des causes électro-chimiques, comme les variations du potassium, mais l'accès aux fluides de l'oreille interne est quasi-impossible du moins en urgence. C'est un peu comme si on voulait traiter un coma diabétique sans aucune information sur la glycémie.

La forme de la courbe audiométrique peut-être d'une aide précieuse; elle est facile à établir. Il paraît évident, compte tenu de nos connaissances sur la physiologie de la cochlée, qu'une courbe ascendante par exemple reflète une atteinte totalement différente que si la courbe est en U ou effondrée. Cela a même des implications pronostiques.

Ainsi, les courbes ascendantes sont à l'évidence de meilleur pronostic que les sub-cophoses. Elles méritent l'adjonction d'un traitement à visée pressionnelle, par exemple le glycerol par voie orale.

ORL France:

Ne faut-il pas craindre, en cas d'absence de récupération, des reproches de la part du patient, qui peut alléguer la notion de perte de chance s'il n'a pas été hospitalisé?

Pr T.B.H.

C'est un des messages que je souhaite faire passer: on ne peut pas incriminer systématiquement un retard au traitement en cas de non récupération. Nous sommes à l'heure de l'Evidence Based Medicine, la médecine basée sur les preuves.

Encore une fois, les différents traitements, y compris les plus lourds, comme l'oxygénothérapie hyperbare par exemple, n'ont pas fait la preuve de leur supériorité par rapport à la récupération spontanée. L'argumentation est donc facile, les études optimistes souffrent la plupart du temps de carences méthodologiques.

ORL France:

Comment se fait la prise en charge de la surdité brusque dans les autres pays, par exemple aux U.S.A., pays judiciairisé s'il en est?

Pr T.B.H.

Il est intéressant de constater que précisément dans ce pays, l'hospitalisation en urgence n'est pas la règle, tant s'en faut.

ORL France: A-t-on espoir de voir arriver des traitements vraiment efficaces?

Pr T.B.H.

L'administration de médicaments au plus près de la cochlée, c'est à dire par des infusions dans la fenêtre ronde est sans aucun doute une voie prometteuse. Mais seule la connaissance de l'affection nous fera réellement progresser.

ORL France: Le nécessaire bilan doit-il lui-même être fait en urgence?

Pr T.B.H.

Hormis les réelles urgences, très rares, évoquées plus haut, qui doivent faire pratiquer une imagerie le plus tôt possible, le bilan n'influe pas sur le traitement immédiat. Il peut être fait "à froid". Il doit pouvoir dépister un éventuel neurinome de la huitième paire et l'IRM est à mes yeux incontournable. En reprenant les observations de neurinome, on se rend compte que près de 20 % des patients ont eu un épisode de surdité brusque, résolutif ou non . La mesure des potentiels évoqués auditifs est créditée d'une sensibilité de 85 %, pas plus.

Le bilan biologique doit rester raisonnable, en particulier en matière de coût, compte tenu de son faible rendement habituel.

ORL France: Finalement, vous dédramatisez la surdité brusque?

Pr T.B.H.

La perte d'une fonction sensorielle reste un drame pour le patient, il n'y a aucun doute sur ce point. Mais on ne peut pas transformer une attitude nécessairement compassionnelle en un dogme thérapeutique.

Je veux être très clair: je ne conteste pas le caractère urgent de la prise en charge d'une surdité brusque. Je conteste en revanche la connotation médico-légale qui l'entoure et qui conduit encore trop souvent, dans notre pays, à déployer des moyens dont la lourdeur est probablement excessive.

Propos recueillis par JM Juvanon © ORL France Novembre 2002

Références: Rapport de la Société Française d 'ORL & CCF  
"Les urgences en ORL". 2002

Auteur : voldemort (81.51.163.xxx)

Sujet : Re : interview sur la surdité brusque

Date : 03/03/2003 08:33:03

J'ai une seule question à poser au professeur:

Que feriez vous si cela arrivait A VOUS  
ou a un membre de votre famille?

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : perso !!!

Date : 03/03/2003 11:20:17

bonjour,

alors, perso, cela m'est arrivé.

en mai 2000, surdité brusque de l'oreille droite, mais alors, d'un coup d'un seul !!! pas le temps de dire ouf!!!

j'ai eu droit d'abord à un protocole de perfusions qui n'a donné aucune amélioration , puis 20

séances de caisson hyperbare avec des doses massives de cortisones et vaso-dilatateurs.  
aucun résultat sur le surdité brusque mais un gain sur l'autre oreille affectée par ménière.  
à ce jour, je n'ai rien récupéré sur l'oreille ayant eu la surdité brusque !!! mais alors rien de rien !!

et je comprends ta question, on veut tout essayer quand cela nous arrive, c'est trop dur à gérer comme situation!!

à te lire  
marie

Auteur : MM (81.50.93.xxx)

Sujet : Re : interview sur la surdité brusque

Date : 03/03/2003 13:32:22

HOSPITALISATION EN URGENCE !!! bien sûr !

s'il y a une chance sur million de récupération, il ne faut pas la perdre.

On peut toujours discuter de traitement, mais l'hospitalisation en urgence pour toute surdité brusque importante et surtout récente ( pour moi en dessous de 10 jours ) est indiquée.

Hospitalisation a l'avantage d'offrir les possibilités de bien rassurer et informer le sujet, bien décider sur le traitement , et enfin proposer et débiter correctement le bilan diagnostique.

Pour moi cette démarche est systématique. Sans état d'âme.