

# LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.

C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Narcy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong  
Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

## La surdité brusque. Urgence thérapeutique ou pas ?

S'il est une notion sur la surdité brusque enseignée depuis toujours, c'est bien son urgence thérapeutique. Incontournable dans les questions de l'internat en médecine puis en tant que praticien. Pourtant, cette notion est-elle toujours d'actualité ?

La surdité brusque est une pathologie fréquemment rencontrée dans la pratique ORL. Son diagnostic est évoqué devant une surdité d'apparition brutale, parfois associée à des acouphènes, en dehors de tout contexte notamment traumatique.

Le patient est capable le plus souvent de préciser le jour voire l'heure de son apparition. Celle-ci est parfois seulement constatée le matin à son réveil. Le patient consulte alors rapidement son médecin traitant qui faute d'identification d'une cause mécanique locale par un bouchon de cérumen ou une otite séreuse (qui soit dit en passant n'éliminent pas la possibilité d'une surdité brutale neurosensorielle) adresse le patient à un ORL. Le bilan alors réalisé confirme une surdité de perception unilatérale non connue ou l'aggravation d'une surdité neurosensorielle ancienne. Le diagnostic est alors porté. Le praticien annonce au patient les possibilités d'évolution de cette surdité vers l'amélioration, la stabilisation, parfois la dégradation. Son caractère inconnu lui est expliqué, le plus admis d'origine virale ce qui ne le rassure pas, ainsi que la nécessité d'un bilan à prévoir par IRM cérébrale et de l'angle pontocérébelleux. Bref à ce terme, le patient se voit informé d'une surdité neurosensorielle, brutale, d'origine inconnue, d'évolution imprévisible de même que celle d'acouphènes associés et d'un examen futur par IRM. Tout pour majorer une angoisse déjà présente à son arrivée en consultation.

Un traitement lui est alors proposé. Parfois en intraveineux, en hospitalisation, en chambre seule, sans téléphone, parfois per os, parfois d'autres modalités par caisson hyperbare, hémofiltrations, inhalations de carbogène. Et dans l'urgence, pour peu qu'il ait consulté très rapidement. Aisé désormais de comprendre pourquoi la prise d'anxiolytique concomitante est souvent associée au traitement !

Le scénario peut être moins simple... Bien souvent le patient consulte de façon différée, surtout si cette surdité est peu invalidante. Cela va passer ... Mais faute d'amélioration au bout de quelques jours, la consultation est déclenchée. Ailleurs, ce n'est qu'après quelques tentatives de gouttes auriculaires disponibles dans la pharmacie familiale. Tout pour générer un retard diagnostique de plusieurs jours. Et là en plus on lui annonce qu'il était urgent de le traiter, mais qu'il consulte un peu tard ! Re-angoisse et re-anxiolytiques !

Depuis sa première description en 1944 (1), rien n'est aujourd'hui clairement établi sur la surdité brusque. Rien ou presque. Car jusqu'alors, tous les auteurs s'accordaient sur l'urgence de son traitement. Et voilà que quelques études remettent cette certitude en question (2,3,4).

Difficile de comprendre l'étiopathogénie d'une maladie lorsque les auteurs ne s'accordent pas sur sa définition (5-9). Aucune analyse comparative des résultats des différents protocoles de traitement n'est possible. Une étude randomisée contre placebo est aujourd'hui exclue en France. Le point commun entre les séries publiées demeure la corticothérapie. Mais comment évaluer son efficacité et plus encore le rôle de l'urgence dans sa mise en oeuvre devant les capacités reconnues d'amélioration spontanée de ces surdités brusques, parfois jusqu'à la guérison (10-12) ? Les faibles surdités brusques négligées par le patient, les surdités de récupération spontanée jamais vues en consultation et exclues des études, les perdus de vue dont l'audition s'est améliorée ou pas et non comptabilisés dans les statistiques, tous constituent autant de biais pour les analyses statistiques. Comment évaluer le rôle de l'urgence lorsque les rares études internationales contre placebo n'identifient déjà qu'une faible différence de résultat avec ou sans traitement (10) ?

La récupération spontanée possible et l'absence de significativité statistique du délai de traitement (2-4) plaident contre le dogme de l'urgence dans le traitement de la surdité brusque. La prudence reste de mise. Les études contre placebo sont rares. Les biais nombreux.

Devant un patient angoissé, la mise en place d'un traitement paraît incontournable. Expliquer à ce patient les modes évolutifs de sa surdité est licite. Evoquer des facteurs pronostiques comme l'âge, le degré de la surdité, le type de courbe obtenue peut l'aider à mieux appréhender le résultat ultérieur.

Mais majorer cette angoisse en évoquant le retard de prise en charge, quel que soit le protocole thérapeutique utilisé est-il judicieux ? Car enfin, y a-t-il toujours urgence à traiter une surdité brusque ? Certaines études évoquent le contraire.

Dr Stéphane AYACHE, Grasse, 11 décembre 2009

Références bibliographiques en page 2

Consultez tous les articles parus dans le Journal Faxé d'ORL sur le site [www .regifax.fr](http://www.regifax.fr) (recherche multicritères)

**Locabiotol**  
Huile essentielle de menthe 0,25 %

**Décongestionnant et antalgique**

4 PULVÉRISATIONS NASALES et/ou  
4 PULVÉRISATIONS BUCCALES  
4 FOIS PAR JOUR

Reservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 30 mois

**LOCABIOTOL 0,25 %** solution pour pulvérisation nasale ou buccale en flacon pressurisé.  
**Composition :** Huile essentielle de menthe poivrée 0,25 g pour 100 mL. Une pulvérisation correspond à 50 µl de solution soit 0,125 mg d'huile essentielle de menthe poivrée.  
**Indications thérapeutiques :** Traditionnellement utilisé, dans les états congestifs des voies aériennes supérieures (en cas de nez bouché, de rhume), comme antalgique dans les affections de la cavité buccale et/ou du pharynx.  
**Posologie :** Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 30 mois : 4 pulvérisations par voie nasale (2 dans chaque narine) et/ou 4 par voie buccale, 4 fois par jour. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active (huile essentielle de menthe poivrée) ou à l'un des excipients ; enfant de moins de 30 mois : le menthol peut induire chez le nourrisson une pause respiratoire réflexe et un laryngospasme ; enfant ayant des antécédents de convulsions fébriles ou non. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Réévaluation de la conduite à tenir en cas de persistance des symptômes et/ou de fièvre associée. Contient des terpènes, qui à doses occasionnelles peuvent entraîner : convulsions chez le nourrisson et l'enfant, pauses respiratoires et collapsoles chez le nourrisson. Tenir compte de la présence de terpènes et antécédents d'épilepsie. **Grossesse et allaitement :** Ne pas utiliser pendant la grossesse et l'allaitement. **Effets indésirables :** Réactions d'hypersensibilité au menthol ou à l'un des constituants (rash érythémateux, céphalées, arthralgie, sécheresse de la bouche). L'inhalation peut induire une pause respiratoire et un laryngospasme chez les patients hypersensibles. En cas de non respect des doses prescrites : risque de convulsion chez l'enfant ; possibilité d'agitation, de confusion chez les sujets âgés.  
**Propriétés pharmacodynamiques :** Propriétés décongestionnantes et antalgiques. **AMM n°365 308-3**. Non remb. **Sec. Soc. Information médicale :** ARDIX MEDICAL - 35, rue de Verdun, 92284 Suresnes Cedex - Tél : 01 55 72 60 00.  
Pour une information complète, consulter le RCP sur [www.ardixsaps.fr](http://www.ardixsaps.fr). Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

*Bibliographie :*

- 1) De Kleyn A. Sudden complete or partial loss of function of octavus system in apparently normal persons. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1944;32:407-29.
- 2) Baujat B, de Monieguiaga C, Lecanu JB, et al. Les surdités brusques sont-elles une urgence thérapeutique ? Premiers résultats d'une étude de cohorte prospective de 136 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002 ;119 :3-11.
- 3) Cinamon U, Bendet E, Kronenberg J. Steroids, carbogen or placebo for sudden hearing loss : a prospective double-blind study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258:477-80.
- 4) Ayache S, Tramier B, Michel L, Strunski V. The emergency in the management of sudden hearing loss : still of present interest ? A study of 109 cases of sudden deafness. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2008;129:259-62.
- 5) Martin H, Martin CH. Les surdités brusques. *Encycl Med Chir (Paris), Oto-Rhino-Laryngologie*, 1982 ;20183A, 5.
- 6) Mattox DE, Lyles CA. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Am J Otol* 1989 ;10 :242-7.
- 7) Byl F. Sudden hearing loss : eight years' experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope* 1984 ;94 :647-61.
- 8) Debain JJ. Les surdités brusques. *L'année otorhinolaryngologique*. Paris :Masson, 1957.
- 9) Wilson WR, Byl FM, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. *Arch Otolaryngol* 1980 :106 :772-6.
- 10) Ito S, Fuse T, Yokota M, et al. Prognosis is predicted by earling hearing improvement in patient with idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002;27:501-4.
- 11) Cole RR, Jahrsdoerfer RA. Sudden hearing loss : an update. *Am J Otol* 1988;9:211-5.
- 12) Mattox DE. Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1977;86:463-8.