



Dépister la surdité chez l'enfant : la pratique du généraliste

Dr Jacques BARANGER (63000 Clermont-Ferrand)



Actuellement:

- 1000 enfants sourds profonds naissent chaque année en France
- 75% de ces enfants sont dépistés tardivement (vers 2 ans en moyenne)
- Pas de dépistage organisé dans les maternités
- Suivi régulier des enfants (20 consultations de la naissance à 6 ans)

« ...l'objectif est de repérer l'existence d'une surdité profonde et sévère »
HAS 2005



repérer l'enfant « à risque » :

- antécédents familiaux de surdité
- poids naissance <2kg ou prématurité <34 sem.
- foetopathie (rubéole, toxo, CMV,...)
- souffrance néonatale sévère (Apgar 5 mn <4)
- détresse respiratoire néonatale sévère
- traitement ototoxique



interroger les parents:

- Questions aux parents
 - ❖ votre enfant entend-il bien ?
 - ❖ votre enfant réagit-il à votre voix?
 - ❖ votre enfant sursaute-t-il à un bruit fort ?
- Troubles du comportement
 - rareté du rire
 - hurlements et cris perçants
 - vocalisations
 - mouvements répétés de heurts de la tête
 - crises de colère, ...



examiner l'enfant:

- dans de bonnes conditions d'examen (local, éveil, ...)
- systématique
- répété tous les mois
- résultats notés sur le carnet de santé



En pratique:

- il faut rechercher quoi ? Réaction à un stimulus sonore
 - ❖ réflexe de Moro
 - ❖ réflexe cochléo-palpébral
 - ❖ réflexe d'orientation-investigation (à partir 4 mois)= orientation de la tête vers le bruit
- avec quoi ?
- Comment ?



EXAMEN DU 9^{ème} MOIS:



Examen du neuvième mois

À 9 mois, votre bébé

- veut bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché. Ne le laissez jamais seul.

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Y a-t-il des animaux à la maison ?

Surveillance

Quelle est l'alimentation de votre bébé ?

A quel votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

Vos observations, vos questions :

- si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup,
- si votre enfant a des problèmes de sommeil,
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre mère



Examen médical

Date : jour mois an Poids : kg Taille : cm PC : cm

Risque de saturnisme non oui

Cornées transparentes non oui Strabisme non oui
 Globes oculaires de taille normale non oui si oui, pris en charge non oui
 Pupilles normales non oui Fourvue oculaire normale non oui

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non oui Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Tympan normaux : à gauche non oui à droite non oui
 Si oui, test utilisé :
 Résultat : normal à relaire avis spécialisé demandé

Examen somatique

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

En cas de suspicion de surdité:

Adresser l'enfant à un ORL spécialisé



Naissance



Naissance



Accouchement

Date de naissance : / /
 Heure de naissance : h min
 Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) :

Âge gestat onnel (en semaines d'aménorrhées révolues) :
 Présentation : sommet siège autre
 Début de travail : spontané déclenché césarienne avant travail
 Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement :
 non oui

Analgésie : aucune générale
 péridurale rachianesthésie autre

Naissance par : voie basse non instrumentale
 extraction voie basse instrumentale
 césarienne programmée
 césarienne en urgence

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?
 Cause maternelle Cause fœtale

Couleur du liquide amniotique : clair teinté
 méconial autre

Fèvre maternelle : non oui

Examen de l'enfant à la naissance

Poids : kg PC : cm

Taille : cm

Appar à 1 minute : Appar à 5 minutes :

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ?
 non oui

Présoier :

Transfert : non oui

Si oui lieu du transfert (service et adresse) :

Soins et gestes pratiqués : vitamine K collyre
 Perméabilité des choanes de l'oesophage de l'anus

Autres renseignements :

Nom : Cachet et signature :

Qualification :

Période périnatale



Un médecin doit, au cours des huit premiers jours, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le certificat de santé obligatoire à cet âge.



Examen clinique

Fréquence cardiaque au repos	<input type="text"/>	Témorales perçues	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Fréquence respiratoire au repos	<input type="text"/>	Vigilance normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Réaction aux stimuli sonores	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hépatomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Splénomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hernie inguinale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Mobilité normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ictère	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Fosses iliaques libres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Si oui, taux maximum à J (..) de bilirubine :		Hanche droite normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Organs génitaux :		Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		Pied droit normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		Pied gauche normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Autres anomalies :

Examen ophtalmologique

Cloques oculaires de taille normale non oui
 Cornées transparentes non oui
 Pupilles normales non oui
 Luers pupillaires présentes non oui

Dépistage d'une déficience auditive

non oui
 Méthode :

Résultat	normal	à surveiller
	OD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen fait et certificat établi par le Dr :

Signature et cachet :

à le

Les examens biologiques de dépistage :

Dépistage de la phénylalanine, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie : non oui

Dépistage de la drépanocytose : non oui

Dépistage de la mucopolysaccharidose :

Consentement des parents recueilli non oui

Test effectué non oui

Autres dépistages biologiques :

Prélevements effectués par :

Nom : Qualification :

à le



Examen 2^{ème} mois



Examen au cours du deuxième mois

À 2 mois, votre bébé

- commence à faire des vocalises,
- sourit bien, fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire, vous regarde dans les yeux.

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations. Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Surveillance médicale

Allaitement: au sein au biberon mixte (biberon et sein)

Si vous travaillez et pensez reprendre votre travail, vous pouvez conserver au moins la tétée du matin et du soir.

Vos observations, vos questions :

Si votre bébé

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas,
- pleure pendant ou juste après avoir bu,
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Si vous êtes fatiguée, épuisée, si vous vous sentez triste, angoissée, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être déstabilisée, de ne pas comprendre les demandes de votre bébé: sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à parler avec votre médecin, avec un psychologue ou avec un spécialiste de la petite enfance.



Examen médical

Date : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm PC : _____ cm

- | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------|---|
| Cornées transparentes | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Strabisme | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Clobes oculaires de taille normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | si oui, pris en charge | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Pupilles normales | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Poursuite oculaire normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Lueurs pupillaires présentes | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | | |

- Réagit (sursaute, arrête son activité à la voix non oui
au bruit non oui

Développement

- | | | | |
|--|---|---|---|
| Sourire réponse | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Suit des yeux | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| Sourit vigoureusement les 4 membres de manière synchrone | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Émet une réponse vocale à une sollicitation | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| | | Sur le ventre, soulève tête et épaules | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

Examen somatique

Conclusions : Détailler les traitements ent-épris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

MÉDECINS



Examen 4^{ème} mois:



Examen au cours du quatrième mois

À quatre mois, votre bébé

- réagit quand on lui tend les bras,
- tourne la tête quand on l'appelle.

Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer...

Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et continuer les vaccinations. Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Allaitement: au sein si biberon mixte (biberon et sein)

Vos observations, vos questions :

Si votre bébé

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas,
- pleure pendant ou juste après avoir bu,
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date: _____ Poids: _____ kg Taille: _____ cm PC: _____ cm

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cornées transparentes | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Strabisme | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Globes oculaires de taille normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pupilles normales | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fouille oculaire normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | | |

- Réagit : sursaute, arrête son activité
- | | |
|-----------|---|
| à la voix | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| au bruit | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

Développement

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maintenu assis, tient sa tête droite | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Joue avec les mains | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sur le ventre: | | <input type="checkbox"/> Tourne la tête pour suivre un objet | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| - soulève tête et épaules | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Attrape un objet qui lui est tendu | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| - s'appuie sur les avant-bras | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sourire réponse | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vocalise | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Rit aux éclats | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

Examen sonatique

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

