

DEPISTAGE NÉONATAL DE LA SURDITÉ : EXPÉRIENCES RÉGIONALES

Yannick LEROSEY, ORL, CHU, ROUEN (Région Haute-Normandie)

Avec la collaboration de :

Dr Soizick PONDAVEN, Hôpital Bretonneau, Tours (Région Centre)

Dr Valéry LEVY, hôpital de Haute-Pierre, Strasbourg (Région Alsace)

Dr Pascal SCHMIDT, ORL, CHU, Reims (Région Champagne-Ardenne)

A l'heure où le dépistage néonatal de la surdité se met en place progressivement en France suite à la publication et à la mise en œuvre d'un certain nombre de décrets ou d'arrêtés (arrêté du 22 avril 2012 relatif à l'organisation des dépistages de la surdité permanente néonatale. Circulaire GOS-R1 n° 2013-144 du 29/03/2013 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé ; circulaire n°SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de la mise en œuvre du fond d'intervention régionale), ACFOS a souhaité présenter et comparer l'expérience des 4 régions françaises ayant mis en place un dépistage exhaustif (dans l'ensemble des maternités de la région) depuis plusieurs années et de façon pérenne.

Selon les régions, le dépistage a été mis en place de manière progressive (région Haute Normandie, région Centre) ou a débuté d'emblée dans l'ensemble des maternités (région Champagne Ardenne, région Alsace).

La mise en place de ce dépistage a été réalisée en 2003 (régions Haute Normandie, Centre), 2004 (région Champagne Ardenne) et 2008 (région Alsace).

Il était intéressant de comparer quels avaient été les choix lors de cette mise en place :

- ➡ Type de test : Oto-émissions ou Potentiels évoqués automatisés ?
- ➡ Personnel impliqué ?
- ➡ Test unique en maternité ? Test en maternité avec re-test avant un éventuel bilan diagnostic ?
- ➡ Dépistage unilatéral ou bilatéral ?
- ➡ Bilan diagnostic des dépistages unilatéraux ?

Et comparer quels étaient les résultats sur des points essentiels tels que :

- ➡ Pourcentage d'enfants présentant un test positif en maternité ou en néonatalogie ?
- ➡ Taux d'exhaustivité ?
- ➡ Incidence de la surdité ?

1 - TESTS RÉALISÉS

En maternité les oto-émissions acoustiques ont été choisies dans l'ensemble des régions comme premier test et les PEA automatisés ont été choisis comme premier test en néonatalogie.

En maternité, le choix de l'oto-émission s'est imposé compte tenu de la rapidité de ce test ainsi que d'une sensibilité et d'une spécificité très satisfaisante. Dans l'ensemble des régions, si le matériel le permet en maternité, un test par OEAP anormal est suivi avant la sortie d'un deuxième test par PEAa afin de limiter au maximum le nombre d'enfants présentant un dépistage suspect à la sortie de la maternité.

En néonatalogie le choix des PEAa a été guidé par les recommandations nationales et internationales.

Dans l'ensemble des régions les deux oreilles sont testées mais à ce jour les dépistages suspects unilatéraux ne sont pris en compte que dans une seule région (Haute Normandie) en raison des moyens humains supplémentaires que nécessite le bilan des dépistages unilatéraux.

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
En maternité	OEAP +/- PEAa	OEAP +/- PEAa	OEAP +/- PEAa	OEAP +/- PEAa
En néonatalogie	PEAa	PEAa	PEAa	PEAa
Bilatéral et/ou unilatéral	Bilatéral	Bilatéral	Bilatéral	Bilatéral

2 - PROTOCOLE DE DÉPISTAGE

TEST :

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Deuxième test différé	3 semaines	3 semaines	2 semaines	2 à 4 semaines
Type de test	PEAa	OEAP ou PEAa	OEAP ou PEAa	OEAP ou PEAa
Service concerné	ORL	Maternité/ORL	Maternité/ORL	ORL / pédiatres libéraux

Les quatre régions ont opté pour un dépistage en deux étapes : une première étape en maternité et un deuxième test de dépistage différé, entre deux et quatre semaines, avant tout bilan diagnostic.

Ce choix en deux étapes s'est avéré évident afin de limiter le nombre de bilans diagnostics (coûteux) et s'est imposé à tous en constatant qu'un test de dépistage différé entre deux et quatre semaines permettait de normaliser dans plus de 80% des cas un dépistage

anormal en maternité (probablement par maturation des voies auditives, ou amélioration des conditions d'examen telle que la disparition d'un éventuel épanchement de l'oreille moyenne).

Le site de réalisation du deuxième test (seconde étape) dépend des organisations régionales, mais on constate qu'en majorité ces tests sont réalisés dans les services ORL hospitaliers et les maternités.

PERSONNEL :

Personnel testeur (%)	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Puéricultrice ou IDE	40	35	10	50
Sages-femmes	40	35	35	25
Auxiliaires puéricultrices	20	30	55	25

Le dépistage est réalisé en majorité par les sages-femmes ou les infirmières puéricultrices, puis les au-

xiliaires puéricultrices et ces résultats sont à peu près identiques d'une région à l'autre.

4 - POPULATION DÉPISTÉE

Nombre de naissances par région	
Haute Normandie	119 010
Centre	63 373
Alsace	89 045
Champagne Ardenne	129 500
Total	400 928

5 - NOMBRE D'ENFANTS TESTÉS EN MATERNITÉ OU DANS LE SERVICE DE TRANSFERT

ENFANTS TESTÉS EN MATERNITÉ :

Enfants (%)	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Testés en maternité	93,69	93,63	93,58	98,91
Non testés	0,39	0,97	0,8	*
Transférés avant test	5,9	4,87	5,6	*

* non communiqués

On constate que le nombre d'enfants testés en maternité est très proche d'une région à l'autre (autour de 93%), que le nombre d'enfants transférés est éga-

lement proche (autour de 5%) et que le pourcentage d'enfants non testés avant la sortie de la maternité est faible (entre 0.4 et 1%).

ENFANTS TESTÉS DANS LE SERVICE DE TRANSFERT :

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
% d'enfants testés dans le service de transfert	97,30	95,01	84,65	*

* non communiqués

On constate que le taux d'enfants testés en cas de transfert vers un service de néonatalogie est élevé (84 à 97%), condition nécessaire à une bonne ex-

haustivité car c'est chez les enfants transférés et non testés dans le service de transfert que le risque de « perdu de vue » est le plus élevé.

POURCENTAGE TOTAL D'ENFANTS TESTÉS :

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
% d'enfants testés en tout (maternité d'origine et service de transfert) à l'étape 1	99,44	99,37	98,33	99,19

Le nombre d'enfants testés à la sortie de l'établissement (maternité ou service de néonatalogie) est très proche quelle que soit la région. Ces pourcentages

montrent la qualité du travail réalisé par le personnel des maternités et services de néonatalogie et par là même la qualité de la formation de ces personnels.

6 - TAUX DE DÉPISTAGE POSITIF

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
% d'enfants suspects bilatéraux à l'étape 1	1,16	1,27	1,18	1,14

Le nombre d'enfants présentant un test suspect bilatéral après la première étape du diagnostic est pratiquement identique dans les 4 régions (1.14 à 1.27%).

Ces chiffres faibles confirment la qualité de la sensibilité et de la spécificité du test du dépistage par oto-émissions, doublé si besoin par un test par PEAa.

7 - INCIDENCES DE LA SURDITÉ

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Incidence de la surdité (nombre)	1.4‰ (170)	0.6‰ (40)*	0.8‰ (73)	0.6‰ (88)

* surdité légère non prise en compte

L'incidence de la surdité varie d'une région à l'autre de 0.6‰ à 1.4‰ selon que sont incluses ou non les surdités légères.

8 - TYPE DE SURDITÉS

Type de surdité (%)	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Surdité légère	10%	*	5%	10%
Surdité moyenne	50%	22,5%	50%	45%
Surdité sévère	20%	17,5%	20%	15%
Surdité profonde	20%	60%	25%	30%

* non comptabilisé

On constate une prépondérance des surdités moyennes, puis sévères et profondes, et enfin des

surdités légères, mais ces dernières ne sont pas systématiquement diagnostiquées ou bilant  es.

9 - IMPLANTATION COCHLÉAIRE

	Haute-Normandie	Centre	Alsace	Champagne Ardenne
Enfants sourds diagnostiqués	170	40	73	88
Implantés (%)	27 (16%)	13 (32%)	16 (22%)	18 (20%)

Concernant le nombre d'enfants issus du dépistage ayant bénéficié d'une implantation cochléaire, ce chiffre varie de 16 à 32% selon les régions, mais il faut rappeler qu'en région Centre le pourcentage plus important d'enfants implantés parmi les enfants sourds dépistés provient du fait que les surdités légères ne

sont pas prises en compte. Ce taux d'enfants sourds implantés (autour de 20%) confirme que le dépistage n'entraîne pas une augmentation du nombre d'enfants implantés, les implantations cochléaires restant réservées aux seules surdités profondes ou sévères.

EN CONCLUSION

Alors que ces 4 régions ont mis en place le dépistage de manière indépendante, en fonction de leur expérience propre et de leurs moyens régionaux spécifiques, il apparait que les modes d'organisation et les résultats s'avèrent extrêmement proches et devraient être superposables dans la grande majorité des régions françaises. Ces régions ont fait le choix d'un test premier par oto-émissions compte tenu de son faible coût, et de la réalisation d'un dépistage en deux

  tapes afin de limiter le nombre d'enfants orientés vers une étape diagnostique coûteuse.

Le taux d'enfants testés avant la sortie de la maternité est très proche, de même que le taux d'exhaustivité et le taux d'incidence de la surdité.

Dr Yannick Lerosey, ORL-PH, Responsable du dépistage en Haute-Normandie