

Lus pour vous! Für Sie gelesen!

L'examen audiométrique de mi-scolarité

V. Woringer. *Rev Med Suisse Romande* 2002; 122 (5): 261-4

Commentaire

Cette étude du Service de santé des écoles de Lausanne conclut à 6,2% d'atteintes auditives chez les enfants de classes enfantines et primaires.

Cela me laisse songeur. Je ne connais que très peu d'enfants sourds: est-ce que je «rate» autant de surdités? Ce qui me rassure, c'est que chez tous les enfants qui m'ont été adressés par le Service scolaire de la ville de La Chaux-de-Fonds pour contrôle d'un audiogramme pathologique (effectué dans les mêmes conditions qu'à Lausanne), celui-ci s'est normalisé par la suite. L'anamnèse révèle qu'au moment du dépistage scolaire, ces enfants avaient la grippe, le rhume, étaient en traitement pour une sinusite ou une otite.

Est-ce que les atteintes auditives dépistées par le Service de santé des écoles de Lausanne avaient des répercussions scolaires?

Quelle est la proportion d'atteintes importantes, durables, inconnues et qui ont nécessité un traitement (intervention ORL, appareillage) ou une mesure scolaire (enseignement spécialisé par exemple)?

Sous la forme actuelle, cette étude montre surtout les limites du «dépistage». rs

Réponse de l'auteur

Il n'y a ni paradoxe ni contradiction avec la pratique clinique. Les résultats présen-

tés concernent le dépistage en milieu scolaire, population non sélectionnée, à l'exception des enfants porteurs d'une surdité profonde, qui sont déjà pris en charge à cet âge par l'Ecole cantonale pour enfants sourds. Cette population comprend donc aussi les enfants qui ne fréquentent habituellement pas le médecin, et dont la famille est souvent en situation sociale difficile (requérants d'asile, etc.). Cette population est relativement plus importante dans les grands centres urbains.

Nous n'avons d'habitude de retour des médecins consultés que dans le 15-20% des cas, ce qui est largement insuffisant pour calculer la sensibilité et la spécificité de la méthode de dépistage. D'autre part, une certaine proportion des déficits auditifs est susceptible d'évoluer spontanément de manière favorable, particulièrement entre le moment du dépistage et celui de l'examen clinique plusieurs semaines plus tard si la cause est infectieuse. Cela ne peut être évalué dans cette étude. Le troisième point est que notre confrère parle de «surdité», ce qui signifie dans le langage courant inaptitude à entendre, terme trop général pour le médecin qui parle plus volontiers de déficit auditif. Ces déficits peuvent être classés en 3 degrés de gravité en fonction du seuil à l'audiométrie, et seulement celui de 50-60 dB peut être qualifié de surdité grave et correspondre à la notion populaire. Ce que l'on sait est qu'un seuil à 35 dB fait perdre le 50% de l'intelligibilité vocale. Mais l'atteinte peut être unilatérale et rester ainsi ignorée dans la vie courante.

Dans la situation de médecin scolaire, à qui est confié le dépistage, les données de cette étude gardent leur valeur. Sur le

plan clinique, j'obtiens les rapports des spécialistes ORL consultés pour les besoins de l'annonce à l'AI pour des enfants qui présentent de graves troubles du langage (120 cas par an), lorsqu'ils sont envoyés à leur consultation parce que leurs audiogrammes montrent des valeurs de seuil trop élevées, identiques aux cas de cette étude. Dans le 80 à 90% des cas investigués par ces confrères, ils introduisent un traitement spécifique, et dans 10-15% des cas ils prennent une décision opératoire (amygdalectomie ou pose de drain).

Je crois donc utile, nécessaire même, qu'un dépistage positif soit suivi d'une consultation médicale, même pour une glue-ear unilatérale.

V. Woringer, Lausanne

e-mail: virgile.woringer@lausanne.ch

Illness after international travel

Ryan ET, Wilson ME, Kain KC. *Review article. N Engl J Med* 2002; 347 (7): 505-516

Commentaire

Survol succinct mais très complet des maladies apparaissant après des voyages, groupées selon leur symptomatologie.

Links:

- International Society of Travel Medicine and the Centers for Disease Control and Prevention: www.istm.org
- European Network on Improved Infectious Disease Surveillance: www.tropnet.net rs

Randomised controlled study of early pulsed dye laser treatment of uncomplicated childhood haemangiomas: results of a 1-year analysis

Batta K et al.

Lancet 2002; 360 (9332): 521

Introduction: The role of pulsed dye lasers (PDL) in the treatment of childhood haemangiomas is controversial. Our aim was to compare treatment with PDL with a wait-and-see policy.

Methods: We did a prospective, randomised controlled trial in which we enrolled 121 infants aged 1–14 weeks with early haemangiomas. We assigned infants to PDL treatment (n = 60) or observation (n = 61), and followed them up to age 1 year. The main outcome measures assessed were proportion of lesions completely clear or with minimum residual signs, adverse reactions, including pigmentary disturbance and skin atrophy, complications such as ulceration and infection, proportion of children whose parents considered the haemangioma a problem, characteristics of the haemangioma, and an independent assessment of the haemangioma problem by a panel of five parents. Analysis was by intention to treat.

Findings: All infants completed the study. The number of children whose lesions showed complete clearance or minimum residual signs at 1 year was not significantly different in the PDL treated and observation groups (25, 42%, vs 27, 44%; p = 0.92). However, PDL treated infants were more likely to have skin atrophy (17, 28%, vs 5, 8%; p = 0.008) and hypopigmentation (27,

45%, vs 9, 15%; p = 0.001). The frequency of complications was similar between groups. The only objective measure of resolution that improved with PDL treatment was haemangioma redness. The number of children whose parents considered the haemangioma to be a problem at 1 year did not differ much between groups (11 of 60, 18%, vs 9 of 61, 15%; p = 0.78). The independent parent panel validated this result. Interpretation: PDL treatment in uncomplicated haemangiomas is no better than a wait-and-see policy.

Commentaire

Par une étude très méticuleuse, les auteurs comparent l'effet du traitement par laser et l'évolution spontanée de hémangiomes. La réponse claire et sans équivoque est qu'après une année, il n'y a aucune différence entre les deux attitudes.

N'ont pourtant été inclus dans l'étude que des enfants avec des hémangiomes superficiels, à un stade précoce, c'est-à-dire avant ou tout au début de la phase proliférative.

Les enfants avec des hémangiomes mixtes ou profonds, des hémangiomes situés à la paupière ou couvrant une large surface du visage (avec risque de séquelles cosmétiques importantes) ou obstruant des structures vitales (oreille, nez, bouche) ont par contre été exclus.

Dans un commentaire paru dans le même numéro du Lancet, d'autres auteurs¹ estiment que le traitement par laser est rapide, simple, peu invasif et aux effets secondaires rares. Dans de nombreux cas, le traitement est certainement superflu et dans d'autres, les lésions progressent

malgré le traitement. Néanmoins, dans l'attente de techniques plus efficaces, le laser devrait être essayé là où le risque de complications, ne serait-ce que cosmétiques, est grand. rs

¹ Hohenleutner U., Landthaler M.: Laser treatment of childhood haemangioma: progress or not? Lancet 2002; 360 (9332): 502.