

CIREOL : Collège pour l'Imagerie, la Recherche et l'Enseignement en ORL  
Séance du 29 Septembre 2003 : 11h-13h

## THEME : IMAGERIE DES SURDITES DE PERCEPTION DE L'ENFANT

Président : Professeur Philippe Narcy (Robert Debré, Paris)

Organisation : Monique Elmaleh-Bergès (Robert Debré, Paris)

Modérateurs : Martine François (Robert Debré, Paris), Lucie Hertz-Pannier (Necker-Enfants Malades, Paris)

### Programme

- Introduction : Ph. Narcy, Hôpital Robert Debré, Paris
- Apport de la Tomodensitométrie (TDM) : M. Elmaleh-Bergès, A. Sekkal, M. Hassan
- Apport de l'IRM et nouvelles techniques en IRM : J.W. Casselman, S. Sunaert, E. Offeciers, T. Somers
- Surdité de perception génétique. Place de la tomodensitométrie : H. Ducou Le Pointe, F. Denoyelle
- Imagerie des implants cochléaires et du tronc cérébral : K. Marsot-Dupuch

### Résumés

#### 1) Apport de la Tomodensitométrie (TDM)

M. Elmaleh-Bergès, A. Sekkal, M. Hassan, Hôpital Robert Debré, Paris

Bien que supplantée depuis longtemps par l'IRM dans le bilan étiologique initial des surdités de perception chez l'adulte, la TDM reste très souvent le premier examen d'imagerie réalisé chez l'enfant.

La disponibilité de nouveaux scanners « multibarrettes », qui permettent l'acquisition très rapide (moins de 60 secondes) de coupes en haute résolution (inframillimétriques), rend cet examen facile à réaliser sans sédation chez l'enfant dès 3-4 ans. L'acquisition unique d'une pile de coupes dans le plan axial permet la reconstructions dans tous les plans (frontal, sagittal, courbe...) d'images de qualité équivalente à celle d'acquisitions « directes ».

La majorité des étiologies des surdités de perception de l'enfant est d'origine malformative, infectieuse ou traumatique, les causes tumorales étant très rares. La TDM permet de détecter toutes les malformations du labyrinthe osseux, et les sténoses du CAI ainsi celles du canal pour le nerf cochléaire (pouvant faire suspecter une agénésie ou hypoplasie du nerf cochléaire). Elle permet le bilan des malformations de l'oreille moyenne, éventuellement associées (fenêtres, canal facial...).

La TDM ne permet de détecter que les labyrinthites déjà ossifiées. Elle reste irremplaçable dans le bilan post-traumatique, bien que l'IRM puisse montrer des contusions labyrinthiques sans trait de fracture décelable.

#### 2) Apport de l'IRM et nouvelles techniques en IRM

Jan W. Casselman<sup>°</sup>, Stephan Sunaert<sup>°°</sup>, Erwin Offeciers<sup>°°°</sup> & Thomas Somers<sup>°°°</sup>

Département d'Imagerie Médicale A.Z. St-Jan Brugge, Bruges<sup>°</sup> and U.Z. Leuven, Leuven<sup>°°</sup>, Département ORL A.Z. St-Augustinus, Anvers<sup>°°°</sup>, Belgique

Aujourd'hui, l'IRM est devenue indispensable dans le bilan d'imagerie des enfants ayant une surdité de perception. Certaines malformations labyrinthiques ne sont parfois visibles qu'en IRM. Seule l'IRM, également, permet de déceler une agénésie ou une hypoplasie de la branche cochléaire du VIII ou du VIII proprement dit.

La détection de ces anomalies fines nécessite bien sûr de réaliser des images pondérées T2 très fines (0.7 mm tous les 0.35) en haute résolution (matrice 1024). De plus, l'IRM est capable de montrer des lésions cérébrales sur les voies auditives (tronc cérébral, cortex auditif) de façon fiable.

L'IRM est aussi l'examen de choix dans le dépistage des oblitérations intracochléaires en cas de méningite/labyrinthite. Une labyrinthite aigue est visible sur des images en pondération T1 avec injection I.V. de Gadolinium (des images millimétriques, faites tous les 0.5 mm). Une oblitération fibreuse n'est décelable qu'en IRM, sur les images de pondération T2 (très fines), et il est également possible de déterminer quelle rampe, tympanique ou vestibulaire, est la plus adaptée pour la pose d'un implant cochléaire.

Les reconstructions 3D MIP ou surfaciques permettent aux cliniciens de mieux apprécier les malformations et oblitérations labyrinthiques.

L'IRM fonctionnelle des voies auditives est aujourd'hui disponible sur la plupart des installations IRM de haut de gamme, et les premières indications cliniques sont maintenant connues (choix entre côté droit/gauche quand on doit installer un implant cochléaire, vérification de la réponse corticale en cas de aplasie/hypoplasie du nerf cochléaire etc.). Enfin, l'IRM fonctionnelle et le « diffusion tensor imaging – fiber tracking » sont aussi d'excellents outils pour les études de recherche sur les voies auditives.

### 3) Surdité de perception génétique. Place de la tomodensitométrie H. Ducou Le Pointe, F. Denoyelle, Hôpital Armand-Trousseau, Paris

Les surdités neurosensorielles de l'enfant représentent 1/800 naissances. Trois quarts de ces surdités sont de cause génétique : 20 à 25% sont des surdités familiales non syndromiques, le plus souvent autosomiques récessives, 30 à 40 % sont des cas sporadiques auparavant classifiés «cause inconnue » et que l'on sait maintenant autosomiques récessifs en grande majorité, et 10 à 15% sont des surdités syndromiques.

Si le diagnostic de surdité est une urgence, la recherche de l'étiologie est mis en route secondairement. Elle est utile pour apprécier le risque évolutif, le traitement des pathologies associées et estimer le risque de récurrence.

La tomodensitométrie reste l'examen le plus utilisé car elle permet une étude à la fois de l'oreille moyenne et de l'oreille interne ; cependant l'IRM est une technique d'imagerie performante pour l'étude de l'oreille interne.

L'imagerie permet d'orienter la recherche étiologique : un aspect normal de l'oreille interne fait rechercher avant tout une mutation du gène de la connexine 26 (25% des surdités de l'enfant, toutes causes confondues).

Une anomalie de l'oreille interne est représentée dans les deux tiers des cas par une dilatation de l'aqueduc du vestibule et fait rechercher par argument de fréquence un syndrome de Pendred (mutations du gène PDS). Certaines malformations de l'oreille interne peuvent être évocatrices d'un syndrome : une anomalie du conduit auditif interne communiquant avec la cochlée est très évocatrice chez un garçon de surdité mixte liée à l'X avec geysers labyrinthiques ; l'hypoplasie ou l'absence de canal semi-circulaire latéral est très évocatrice de l'association CHARGE. La découverte d'une anomalie associée de l'oreille moyenne permet également d'orienter vers certaines surdités syndromiques (syndrome branchio-oto-rénal, association CHARGE, trisomie 21).

### 4) Imagerie des implants cochléaires et du tronc cérébral K. Marsot-Dupuch. CHU de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre

La réhabilitation des sourds profonds a bénéficié ces dix derniers des progrès techniques des implants cochléaires. Cette prothèse permet l'excitation directe des cellules du ganglion spirale.

L'imagerie a un rôle dans la sélection des candidats à cette implantation. Scanner et IRM sont à pratiquer pour évaluer l'aération de l'oreille moyenne, le trajet des structures vasculaires et nerveuses intra-pétreuses et les variantes anatomiques pouvant gêner l'implantation.

Gr ce à l'IRM, elle permet de prédire la taille du nerf cochléaire et d'identifier une atrophie en pré-opératoire de même qu'une anomalie de l'oreille interne pouvant entraîner une oreille geysers lors de la pénétration de l'électrode. Elle permet de prédire si une labyrinthite reste active en voie d'ossification.

Tous ces éléments visent à choisir le côté et la date de l'implantation. Les progrès de l'IRM fonctionnelle permettront de mieux sélectionner les candidats aux implants cochléaires.

Le suivi des implants cochléaires se base sur le scanner bien que certains auteurs pratiquent des IRM. Le trajet de l'électrode et sa pénétration intra-labyrinthique bénéficient du scanner spirale.

Enfin, les implants du tronc cérébral bénéficient de la même imagerie pré-opératoire sachant que les éléments à prendre en compte sont la recherche d'une arachnoïdite, d'une anomalie de signal du tronc cérébral (noyaux cochléaires et voies acoustiques), et d'un élargissement du récessus du IV  ventricule. Le suivi de ces patients bénéficie de l'IRM compte tenu de la technique.