

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Évitez de demander des examens neurodiagnostiques vestibulaires et audiométriques spécialisés pour le dépistage d'une atteinte vestibulaire périphérique.

L'évaluation en cabinet et le tableau clinique devraient guider le diagnostic du patient qui présente des étourdissements. Les examens spécialisés doivent être demandés uniquement s'ils sont indiqués cliniquement, notamment l'étude des réponses évoquées auditives du tronc cérébral (REAtc), l'électrocochléographie (EcoG), l'électro ou vidéonystagmographie (ENG/VNG), l'étude des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMP), le test d'impulsion de la tête (vHIT), la posturographie dynamique informatisée (PDI) et le test du fauteuil rotatoire. En général, les examens spécialisés de l'équilibre devraient être prescrits et interprétés par un otorhinolaryngologiste ayant une formation spécialisée en diagnostic et en traitement de troubles vestibulaires (otologistes ou neuro-otologistes). Les indications cliniques des examens peuvent inclure la localisation du côté atteint et le stade de progression de la maladie de Ménière, l'évaluation de la compensation centrale en cas de perte vestibulaire aiguë et la confirmation d'un syndrome de déhiscence du canal semi-circulaire supérieur. Les examens spécialisés sont rarement indiqués pour la prise en charge d'un vertige paroxystique positionnel bénin.

2 Ne demandez pas de bilan sanguin ou de tomodensitométrie pour l'évaluation d'une perte auditive neurosensorielle subite compte tenu de son étiologie virale présumée.

Le bilan sanguin, qui comprend typiquement une formule sanguine complète avec différentiel et un dosage des électrolytes, ainsi que le bilan auto-immun sont souvent normaux. De plus, même en cas de résultats anormaux, ils ne modifieraient pas la prise en charge clinique initiale. La tomodensitométrie, lorsqu'elle est effectuée pour exclure les causes centrales, n'est pas suffisamment sensible pour détecter la plupart des pathologies rétrocochléaires. Il faut plutôt envisager un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Un traitement de corticostéroïdes urgent peut être entrepris si le test audiométrique confirme la nature neurosensorielle de la perte. Les traitements antiviraux, thrombolytiques ou vasoactifs ne sont pas indiqués.

3 Ne faites pas d'études des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEAtc) chez les patients atteints de perte auditive asymétrique. La perte auditive asymétrique se définit comme une différence de seuil en conduction osseuse de :

- 20 dB sur une fréquence unique;
- 15 dB sur deux fréquences contiguës;
- 10 dB sur trois fréquences contiguës.

S'il n'y a pas de cause évidente de l'asymétrie, telles qu'un trauma unilatéral ou une exposition unilatérale au bruit (ex : explosions de fusil), une IRM devrait être demandée. Les examens d'IRM sont plus sensibles que les PEAtc pour la détection des pathologies rétrocochléaires telles que le schwannome vestibulaire.

4 Ne prescrivez pas d'antibiotiques oraux comme traitement de première intention pour un écoulement d'oreille indolore associé à une perforation de la membrane tympanique ou à un tube transtympanique, sauf s'il y a évidence de cellulite associée au niveau du pavillon et de la peau du conduit auditif externe.

Un traitement de gouttes antibiotiques ou corticostéroïdes topiques de courte durée constitue l'intervention de première intention. Le choix d'agent approprié doit tenir compte du risque d'ototoxicité de tout médicament topique utilisé dans l'oreille moyenne. On recommande d'utiliser d'abord les préparations combinées de fluoroquinolones (p. ex., ciprofloxacin et dexaméthasone) si possible et de faire preuve de prudence lorsqu'on utilise des aminoglycosides topiques. Un microdébridement et une évaluation plus approfondie doivent être envisagés dans les situations suivantes : a) absence de réponse après un traitement de sept jours, ou b) si une vue dégagée du tympan est impossible lors du suivi ne permettant pas de confirmer que la membrane tympanique est normale, et ainsi d'exclure une maladie plus pernicieuse de l'oreille moyenne telle qu'un cholestéatome.

5 N'effectuez pas de manœuvres de repositionnement des particules (Epley ou Semont) dans l'absence d'un diagnostic clinique de vertige paroxystique positionnel bénin touchant le canal semi-circulaire postérieur de l'oreille atteinte.

Il faut d'abord établir et confirmer le diagnostic de vertige paroxystique positionnel bénin touchant le canal semi-circulaire postérieur avec la manœuvre de Dix-Hallpike avant d'entreprendre la manœuvre de repositionnement des particules. Si un patient avec des symptômes vertigineux positionnels a une manœuvre de Dix-Hallpike négative ou associée à un nystagmus atypique, on peut alors suspecter des formes moins courantes de vertige positionnel paroxystique bénin ou un vertige positionnel central comme diagnostics différentiels.

Comment la liste a été créée

La liste est le fruit du travail du groupe de la sous-spécialité de l'otologie et de la neuro-otologie de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou. Les membres du groupe, les leaders nationaux de la sous-spécialité, ont été invités à créer une liste de recommandations sur des examens couramment prescrits inutilement ou des interventions courantes jugées inutiles. Ces tests et interventions inutiles sont souvent invasifs et exposent les patients à des risques en plus d'engendrer des coûts injustifiés pour notre système public des soins de santé. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de mettre au point les recommandations. La version finale de la liste a ensuite été présentée aux membres du groupe pour fins d'approbation.

Sources

1

Furman JM, Cass SP, Whitney SL. *Vestibular disorders*. 3e éd. New York: Oxford University Press; 2010. Chapitre 4, Vestibular laboratory testing; p. 30-40.

Johnson JT, Rosen CA. *Bailey's head and neck surgery: otolaryngology*. 5e éd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Chapitre 165, Clinical evaluation of the patient with vertigo; p. 2673-2700.

2

Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, et coll. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Mars 2012; vol. 146, no 3 Suppl. : S1-35. (PMID: 22383545).

3

Bozorg Grayeli A, Refass A, Smail M, et coll. Diagnostic value of auditory brainstem responses in cerebellopontine angle tumours. *Acta Otolaryngol*. Oct. 2008; vol. 128, no 10 : p. 1096-1100. (PMID: 18607985).

Fortnum H, O'Neill C, Taylor R, et coll. The role of magnetic resonance imaging in the identification of suspected acoustic neuroma: a systematic review of clinical and cost effectiveness and natural history. *Health Technol Assess*. Mars 2009; vol. 13, no 18 : iii-iv, ix-xi, p. 1-154. (PMID: 19358774).

Koors PD, Thacker LR, Coelho DH. ABR in the diagnosis of vestibular schwannomas: a meta-analysis. *Am J Otolaryngol*. Mai-juin 2013; vol. 34, no 3 : p. 195-204. (PMID: 23332407).

4

Dohar J, Giles W, Roland P, et coll. Topical ciprofloxacin/dexamethasone superior to oral amoxicillin/clavulanic acid in acute otitis media with otorrhea through tympanostomy tubes. *Pediatrics*. Sept. 2006; vol. 118, no 3 : e561-569. Publication électronique. Le 31 juil. 2006. (PMID: 16880248).

Hannley MT, Denneny JC III, Holzer SS. Use of ototopical antibiotics in treating 3 common ear diseases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Juin 2000; vol. 122, no 6 : p. 934-940. (PMID: 10828818).

Organisation mondiale de la santé. *Chronic suppurative otitis media Burden of illness and management options*. Genève, Suisse : OMS; 2004.

Roland PS, Stewart MG, Hannley M, et coll. Consensus panel on role of potentially ototoxic antibiotics for topical middle ear use: Introduction, methodology, and recommendations. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Mars 2004; vol. 130, no 3 Suppl. : S51-56. (PMID: 15054363).

5

Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Base de données des révisions systématiques Cochrane*. Le 8 déc. 2014; vol. 12: CD003162. (PMID: 25485940).

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements qui ne sont pas nécessaires et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité. La campagne reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations ci-dessous ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.ca. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou

La Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La Société dessert la communauté des professionnels en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale au Canada. Elle se compose exclusivement d'otorhinolaryngologues – chirurgiens cervicofaciaux et d'étudiants de la spécialité. La Société s'emploie à améliorer les soins aux patients grâce au soutien de l'enseignement, à la promotion de la recherche, à la diffusion de renseignements, à l'avancement scientifique de la Société et au maintien de normes professionnelles et éthiques élevées.