

Que faire en cas de suspicion d'hypoacousie? D'abord un bon conseil!

Dorothe Veraguth, Marc Jungi, Heinrich Kläui, Franziska Morger, Mira Müller, Ildiko Schwenk-Davoine, Oliver Senn, Winfried Suske, Mattheus Vischer, Andreas Zeller

Membres de la taskforce «Détermination auditive / perte auditive légère en cabinet de généraliste»

La surdité (hypoacousie) est un symptôme principal médicalement pertinent en cabinet de généraliste. Une taskforce formée d'ORL et de médecins de famille suisses a consigné sous la forme d'un guide pratique pour médecins de famille comment limiter rapidement et efficacement les causes d'une perte auditive en cabinet, afin de pouvoir établir le cas échéant un diagnostic de suspicion de presbyacousie. Il importe que cette démarche ne soit destinée qu'aux patients qui souffrent psychologiquement et souhaitent clarifier leur situation, et qu'elle ne soit pas entendue dans le sens d'un dépistage général. Les recommandations suisses publiées en 2015 sur l'indication médicale audiolinguistique pour l'appareillage d'une perte auditive par aide auditive prévoient un examen d'une perte auditive par un ORL chez les patients qui souffrent psychologiquement ou qui souhaitent recevoir un appareil auditif [1]. Le guide décrit dans cet article peut être consulté en annexe de l'article en ligne à l'adresse www.primary-hospital-care.ch. Il en va de même pour les fiches d'information pour le médecin de famille et les patients créées par la taskforce. Celles-ci informent brièvement et succinctement de l'utilité des aides auditives et du chemin vers l'aide auditive dans le système forfaitaire des assurances sociales suisses et abordent les peurs et préjugés à l'encontre des aides auditives.

Selon des études épidémiologiques, 30 à 40% des personnes de 65 ans et plus de 60% des personnes de 70 ans sont atteintes d'une perte auditive légère ou importante [2, 3]. L'hypoacousie peut avoir des causes très différentes: problèmes de transmission du son vers l'oreille interne, de perception du son par les cellules sensorielles de la cochlée ou du traitement du son le long du nerf auditif, des voies auditives ou des centres auditifs. En plus d'une otite moyenne chronique et d'un cataracte tubaire de l'oreille moyenne, la forme la plus fréquente de l'hypoacousie est la surdité neurosensorielle symétrique à l'âge adulte, nommée presbyacousie ou surdité liée à l'âge [4]. Celle-ci repose sur divers

processus de dégénérescence physiologique et pathologique lié à l'âge. La perte auditive se limite au départ aux aigus, mais touche ensuite aussi les fréquences moyennes et basses. En conséquence, l'intelligibilité dans un environnement bruyant ainsi que les chuchotements et les voix aiguës (femmes et enfants) sont affectés en particulier [4, 5]. Un traitement causal de la presbyacousie est impossible; l'adaptation des aides auditives permet cependant de compenser largement le déficit fonctionnel de l'audition [6–8]. Un diagnostic indicatif (diagnostic de suspicion) de la presbyacousie peut déjà être établi en cabinet de généraliste à l'aide d'examen indicatifs.

La souffrance psychologique dépend fortement de la perception subjective du problème

Même si l'apparence des aides auditives modernes est désormais acceptable (ou si elles sont si petites qu'on ne les voit presque pas ou pas du tout de l'extérieur), elles sont toujours associées au stigmate du handicap. La souffrance psychologique résultant généralement du contexte social ou professionnel joue un rôle important dans la volonté des personnes atteintes de perte auditive à aborder activement le thème des aides auditives. La large récupération de la capacité de communication auditive atteinte avec les aides auditives a un effet positif sur le domaine socio-émotionnel et la qualité de vie [7, 9, 10].

Guide pratique avec algorithme d'examen

Afin d'améliorer l'appareillage des patients de médecins de famille souffrant d'un problème auditif ou avec une suspicion d'un tel problème, plusieurs médecins ORL suisses se sont réunis pour former la taskforce «Détermination auditive / perte auditive légère en cabinet de généraliste» et ont conçu le guide pratique «Examen du symptôme principal de la surdité en cabinet de généraliste». Le guide de poche, qui peut être téléchargé en annexe de l'article sur www.primary-hospital-care.ch, décrit la procédure de limitation des causes d'une hypoacousie. Il indique entre autres quand renvoyer un patient atteint d'une perte auditive à un spécialiste (médecin ORL) ou à un audioprothésiste. L'élément central du guide pratique est le schéma montré dans figure 1.

L'anamnèse consiste principalement à relever les aspects temporels de l'apparition, tout comme les symptômes associés tels que les vertiges, la suppuration, l'otalgie et les acouphènes, ainsi que les conditions annexes ou de vie. Le fait de connaître ces dernières permet par exemple d'obtenir des indications à propos d'une surdité chronique due au bruit ou d'une surdité progressive familiale (génétique).

L'examen indicatif ultérieur se fait par otoscopie et en option avec des tests indicatifs (voir ci-dessous). Le résultat de l'otoscopie permet d'exclure certains profils cliniques ou même d'établir déjà un diagnostic: par ex. la présence d'un bouchon de cérumen, qui est la cause la plus fréquente d'une perte auditive conductive. D'autres causes fréquentes d'hypoacousie sont des problèmes d'oreille moyenne, tels qu'une otite séreuse ou une otite moyenne chronique.

Il faut également exclure un endommagement de l'oreille interne par des substances ototoxiques, qui peuvent également entraîner une atteinte croissante de la capacité auditive (éventuellement accompagnée d'acouphènes). Celles-ci incluent les agents chimiothérapeutiques/cytostatiques tels que cisplatine ou carboplatine, antibiotiques (aminoglycoside, vancomycine), diurétiques (furosémide), anti-paludéens (quinine) ou toxines comme le monoxyde de carbone, le plomb ou le mercure.

Si le résultat de l'otoscopie est normal ou si la perte auditive persiste même après un traitement causal selon les résultats ou après un éventuel arrêt de médicaments ototoxiques, les indices convergent vers une surdité de l'oreille interne permanente ou chronique et un diagnostic de suspicion de presbyacousie peut être établi.

En option, des tests auditifs indicatifs peuvent être effectués. Les tests de diapason (test de Weber, test de Rinne) servent à distinguer entre la perte auditive conductive et une surdité neurosensorielle. Le test de chuchotement ou la mesure de la portée auditive sert à évaluer le degré de gravité de la surdité.

De manière facultative, le médecin de famille peut aussi relever le handicap auditif individuel au quotidien, c'est-à-dire l'atteinte subjective du patient dans sa vie professionnelle ou sociale.

Transfert au médecin ORL / recommandation d'une consultation chez l'audioprothésiste

Dans le cas du diagnostic de suspicion de presbyacousie (comme pour le nettoyage du conduit auditif sous microscope en cas de bouchon de cérumen fixe ou pour la suspicion d'une autre maladie auditive), un transfert au médecin ORL est recommandé.

Sinon, le médecin de famille peut recommander à un patient ayant une suspicion de surdité liée à l'âge une consultation chez l'audioprothésiste. En effet, si ce dernier constate une perte auditive nécessitant un appareillage et si le patient choisit un appareillage par aide auditive avec prise en charge par l'AVS ou l'AI, un examen par un médecin expert en ORL est de toute façon requis pour établir l'expertise [24].

Dans tous les cas, le médecin de famille doit indiquer aux patients ayant un diagnostic de suspicion de presbyacousie l'utilité de ports à l'essai. En effet, l'essai au quotidien est pour les patients la meilleure façon d'évaluer l'utilité d'aides auditives.

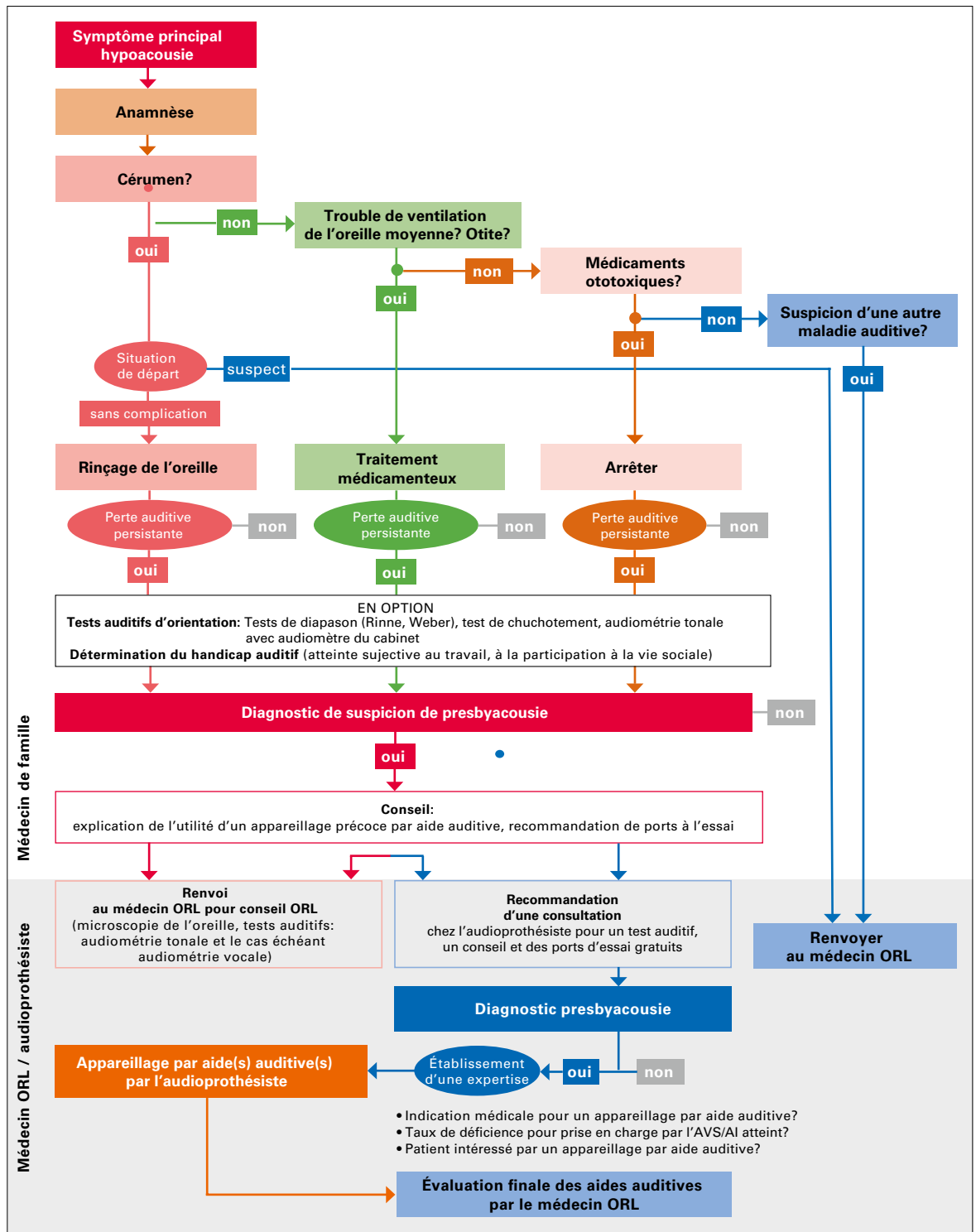


Figure 1: Algorithme concernant l'examen du symptôme principal de l'hypoacousie en cabinet de généraliste.

Aide au conseil: fiches d'information pour le médecin et le patient

Une feuille d'information pour le médecin généraliste également disponible sur www.primary-hospital-care.ch («Le chemin vers une aide auditive») donne des in-

formations utiles sur la procédure, si un patient avec un diagnostic de suspicion de presbyacousie est disposé à un appareillage par aide auditive. En plus de détails relatifs au déroulement de l'appareillage par aide auditive par le biais du système forfaitaire de l'AVS et l'AI, elle donne au médecin de famille un argumentaire

pour contrer les préjugés et les mythes autour des aides auditives. Une autre fiche d'information destinée à être remise aux patients («Quand les oreilles ont besoin de lunettes») répond aux questions relatives aux tests auditifs, aux aides auditives et à la possibilité de ports à l'essai gratuits et fait référence aux fiches d'information du Centre d'information AVS/AI (www.ahv-iv.ch) pour le chemin vers les aides auditives dans le système forfaitaire.

Contexte: le système forfaitaire désavantage les personnes avec une perte auditive légère et modérée

L'appareillage par aide auditive en Suisse est réglementé par un système forfaitaire depuis le 1^{er} juillet 2011. Les «Directives à l'intention des médecins-experts ORL pour l'examen de la prise en charge d'aides auditives par les assurances sociales (AI et AVS)» évaluent l'utilité de l'appareillage des pertes auditives par aide auditive du seul point de vue de l'assurance [24]. Les critères médicaux audiolinguistiques, comme dans le modèle d'indication valable jusqu'en juillet 2011, n'y sont pas pris en compte. Ainsi, un relevé du handicap auditif au quotidien n'est plus prévu. Les tests auditifs dans le bruit prescrits jusqu'en juin 2011 ne sont plus pris en compte que dans certains cas exceptionnels [24].

La valeur moyenne des résultats de l'audiométrie tonale et l'audiométrie vocale dans le calme pour les deux oreilles, la «perte auditive binaurale globale» est utilisée comme «taux de déficience» pour un paiement par l'AVS/AI. Celle-ci doit être de 20% pour les prestations de l'AI et de 35% pour celles de l'AVS [24]. Du point de vue de la taskforce, tous les patients ayant une perte auditive «légère» (OMS: 26 à 40 dB HL à l'oreille la moins atteinte) et une partie de ceux ayant une perte auditive modérée (OMS: 41–60 dB HL) sont exclus de la participation financière du système forfaitaire.

Pourtant, les problèmes d'intelligibilité peuvent déjà avoir un effet négatif sur la performance au travail en cas de perte auditive légère et être ressentis comme un handicap par les personnes concernées [25–27]. La souffrance psychologique subjective ressentie par un manager atteint d'une perte auditive binaurale globale de 10% peut parfois être bien plus élevée que pour une retraitée ayant une valeur de 60%.

Compte tenu de l'absence de directives ou recommandations médicales et audiolinguistiques, un groupe d'experts composé de médecins ORL installés en cabinet ou travaillant à l'hôpital s'est formé en Suisse («Groupe de travail perte auditive légère») afin de définir des critères médicaux et audiolinguistiques pour l'appareillage auditif de personnes atteintes de perte auditive légère [1].

Appareillage des pertes auditives: rôle important du médecin de famille

Le médecin de famille a un rôle important en matière d'audition, car il est le premier interlocuteur dans les questions de santé. Tout d'abord en clarifiant les choses à travers des examens ciblés quand un patient se présente au cabinet avec le symptôme principal d'hypocousie. Mais également en expliquant au patient ayant un diagnostic de suspicion de presbycousie l'utilité d'un appareillage (précoce) par aide auditive et en le motivant à essayer différents systèmes d'aides auditives.

Les membres de la taskforce espèrent que le matériel mis à disposition (guide pratique et fiches d'information pour le médecin de famille et le patient) facilitent

Indication médicale pour l'examen et l'appareillage par aide auditive

Le «groupe de travail sur la perte auditive légère», un groupe d'experts composé de médecins ORL indépendants et travaillant en hôpital, a formulé et publié en 2015 des critères audiolinguistiques médicaux pour l'appareillage par aide auditive de personnes atteintes d'une perte auditive légère ou modérée [1]. Conformément aux recommandations établies par la «Commission d'Audiologie et d'Expertises» (Commission d'audiologie) de la Société suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie, l'indication pour l'appareillage d'une perte auditive (naissante) par aide auditive devrait être effectuée sur la base de l'évaluation des paramètres audiolinguistiques, composés de [1]

- audiométrie tonale,
- audiométrie vocale dans le calme,
- audiométrie vocale dans le bruit et
- relevé de l'atteinte subjective avec des questionnaires validés ainsi que le Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE) [11, 12].

Tous les patients dont la perte auditive a été constatée par eux-mêmes ou un proche devraient subir un examen audiolinguistique, en particulier ceux qui en souffrent psychologiquement et souhaitent appareiller leur perte auditive [1].

Du point de vue médical, un appareillage par aide auditive précoce et surtout bilatéral est recommandé (dans le cas d'une presbycousie, les deux oreilles présentent généralement une perte auditive) [1]. Ceci permet d'éviter la dégénérescence des voies auditives centrales, ce qui arrive en l'absence de stimulation adéquate pendant des mois ou des années (isolement auditif) [13–19]. Dès les premiers stades de la perte auditive légère à modérée non appareillée, en réponse aux changements des stimuli auditifs, des modifications du traitement du signal cortical sont démontrées. Ces modifications sont interprétées comme des effets neurologiques compensatoires d'une surdité et considérées par les auteurs comme un indice de bénéfices de la réadaptation précoce par aide auditive [19–22]. Un appareillage par aide auditive précoce est également important, car le processus d'apprentissage de la nouvelle audition se fait plus difficilement après une période de surdité prolongée non appareillée et avec l'âge avancé des personnes concernées [18, 23].

l'information des patients atteints du symptôme principal d'hypoacousie et le conseil compétent en cas de perte auditive nécessitant un appareillage.

Membres de la taskforce

Membres de la taskforce «Détermination auditive / perte auditive en cabinet de généraliste»: Dr méd. Marc Jungi, Dr méd. Heinrich Kläui, Dr méd. Franziska Morger, Dr méd. Mira Müller, Dr méd. Ildiko Schwenk-Davoine, Prof. Dr méd. Oliver Senn, KD Dr méd. Dorothe Veraguth, Dr méd. Mattheus Vischer, Prof. Dr méd. Andreas Zeller. Dr Veraguth et Dr Vischer sont membres du groupe de travail sur la perte auditive légère et co-auteurs des recommandations médicales audiologiques de 2015 sur l'examen et l'appareillage de la perte auditive légère par aide auditive [1].

Disclosure statement

Le meeting de la taskforce «Détermination auditive / perte auditive légère en cabinet de généraliste» et l'établissement de ce manuscrit et des suppléments ont été soutenus financièrement par l'entreprise Sonova AG. L'entreprise n'a exercé aucune influence sur le contenu de la présente publication et de ses suppléments publiés en ligne (guide pratique, fiches d'information pour le médecin de famille et les patients).

Références

- Veraguth D, Bertoli S, et al. Medizinisch-audiologische Empfehlungen zur Abklärung und Versorgung des milden Hörverlusts mit Hörgeräten. *Swiss Medical Forum*. 2015;15(22):521–9.
- Sindhusake D, Mitchell P, Smith W, et al. Validation of self-reported hearing loss. The Blue Mountains Hearing Study. *Int J Epidemiol*. 2001;30(6):1371–8.
- Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66(5):582–90.
- Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005;366(9491):1111–20.
- Suter AH. Speech recognition in noise by individuals with mild hearing impairments. *J Acoust Soc Am*. 1985;78(3):887–900.
- Chisolm TH, Johnson CE, Danhauer JL, et al. A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. *J Am Acad Audiol*. 2007;18(2):151–83.
- Stark P, Hickson L. Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. *Int J Audiol*. 2004;43(7):390–8.
- Kricos PB, Holmes AE. Efficacy of audiologic rehabilitation for older adults. *J Am Acad Audiol*. 1996;7(4):219–29.
- Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, et al. Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(1):45–50.
- Mulrow CD, Tuley MR, Aguilar C. Sustained benefits of hearing aids. *J Speech Hear Res*. 1992;35(6):1402–5.
- Newman CW, Jacobson GP, Hug GA, Weinstein BE, Malinoff RL. Practical method for quantifying hearing aid benefit in older adults. *J Am Acad Audiol*. 1991;2(2):70–5.
- Bertoli S, Probst R, Jordan P. Hearing handicap – an addition to audiometric hearing loss. Results of an exploratory study of auditory communication disorders in the elderly. *HNO*. 1996;44(7):376–84.
- Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss – a review. *Int J Audiol*. 2003;42(Suppl 2):2S17–20.
- Gelfand SA, Silman S, Ross L. Long-term effects of monaural, binaural and no amplification in subjects with bilateral hearing loss. *Scand Audiol*. 1987;16(4):201–7.
- Silman S, Silverman CA, Emmer MB, Gelfand SA. Effects of prolonged lack of amplification on speech-recognition performance: preliminary findings. *J Rehabil Res Dev*. 1993;30(3):326–32.
- Silman S, Gelfand SA, Silverman CA. Late-onset auditory deprivation: effects of monaural versus binaural hearing aids. *J Acoust Soc Am*. 1984;76(5):1357–62.
- Silverman CA, Silman S. Apparent auditory deprivation from monaural amplification and recovery with binaural amplification: two case studies. *J Am Acad Audiol*. 1990;1(4):175–80.
- Willott JF. Physiological plasticity in the auditory system and its possible relevance to hearing aid use, deprivation effects, and acclimatization. *Ear Hear*. 1996;17(3 Suppl):66S–77S.
- Campbell J, Sharma A. Compensatory changes in cortical resource allocation in adults with hearing loss. *Front Syst Neurosci*. 2013;7:71.
- Bertoli S, Probst R, Bodmer D. Late auditory evoked potentials in elderly long-term hearing-aid users with unilateral or bilateral fittings. *Hear Res*. 2011;280(1–2):58–69.
- Pichora-Fuller MK, Singh G. Effects of age on auditory and cognitive processing: implications for hearing aid fitting and audiologic rehabilitation. *Trends Amplif*. 2006;10(1):29–59.
- Husain FT, Carpenter-Thompson JR, Schmidt SA. The effect of mild-to-moderate hearing loss on auditory and emotion processing networks. *Front Syst Neurosci*. 2014;8:10.
- Arlinger S, Gatehouse S, Bentler RA, et al. Report of the Eriksholm Workshop on auditory deprivation and acclimatization. *Ear Hear*. 1996;17(3 Suppl):87S–98S.
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV: Richtlinien für ORL-Expertenärzte zum Abklärungsauftrag zur Vergütung von Hörgeräten durch die Sozialversicherungen IV und AHV. http://orl-hno.ch/d/patienten/Richtlinien_ORL_2014_DE.pdf (Exp Richtlinien 1.7.2011/Anpassung 1.1.2015). In.
- Kramer SE. Hearing impairment, work, and vocational enablement. *Int J Audiol*. 2008;47(Suppl 2):S124–30.
- Monzani D, Galeazzi GM, Genovese E, Marrara A, Martini A. Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008;28(2):61–6.
- Suter AH. Communication and job performance in noise: a review. *ASHA Monogr*. 1992(28):1–84.

Correspondance:
KD Dr med.
Dorothe Veraguth
UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Ohren-, Nasen-,
Hals- und Gesichtschirurgie
Frauenklinikstrasse 24
CH-8091 Zurich
dorothe.veraguth[at]usz.ch