

LES ECHECS D'APPAREIL

ETUDE DE CAS 1

CAS 1 : MAUVAISE ACOUSTIQUE (AUTOPHONATION)

Madame P., 65 ans, est gênée par une surdité moyenne de perception sans recrutement (audiométrie complète ci-jointe).

Très sensible à la discrétion des aides auditives, nous déconseillons l'essai avec un intra auriculaire et lui recommandons une mise en test sur OG avec un mini contour à écouteur déporté positionné sur un embout sur-mesure.

Après une semaine d'essai et même si le gain prothétique tonal est appréciable (A1), cette patiente supporte difficilement la résonance et l'occlusion. Aussitôt, nous augmentons le canal de décompression (évent) et atténuons encore les basses fréquences (A2).

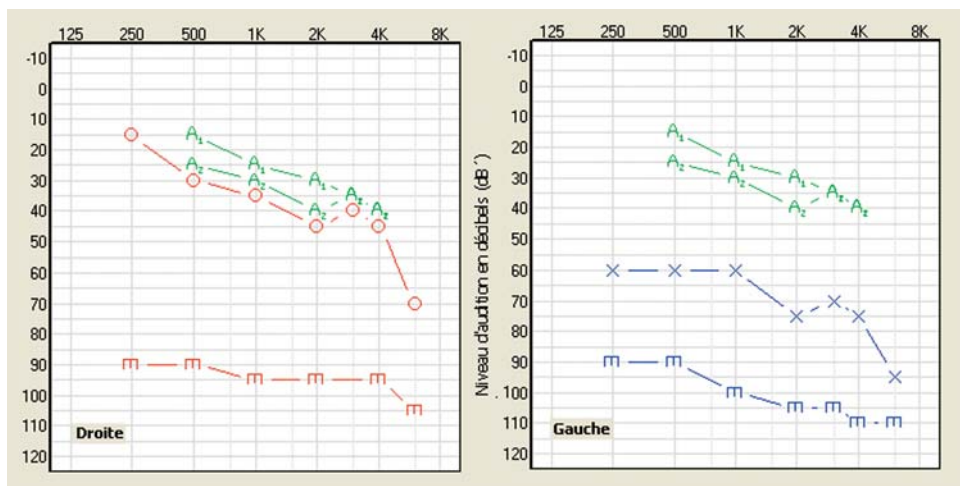
Après deux semaines d'essai et malgré ces modifications acoustiques, Madame P. supporte difficilement l'autophonation. A noter que le test avec embout seul et aide auditive sans amplification présente d'après-elle toujours cette résonance.

Il s'agit donc d'un phénomène passif qu'il sera difficile de corriger et nous préférons surseoir à l'appareillage car l'aide auditive risque de ne pas être portée. Nous referons le point plus tard en fonction de l'évolution de sa gêne auditive.

Ce cas est intéressant car cette personne montre une perte équilibrée dans toutes les fréquences et elle ne devait théoriquement pas être gênée.

Même si nous avons traité au mieux ce phénomène, il demeure un problème trop important pour cette patiente mais l'essai a été opportun pour s'en rendre précisément compte.

à l'Unisson



ETUDE DE CAS 2

CAS 2 : ÉCHEC D'APPAREILLAGE LIÉ À L'INCONFORT ACOUSTIQUE

Nous recevons Madame L., qui présente une surdité légère, à dominante aiguë. Cette gêne se manifeste uniquement en situation de réunions dans des environnements bruyants. Elle souffre également d'hyperacousie et d'acouphènes permanents (localisés sur 6 KHz) qui la rendent dépressive et engendrent une fatigue auditive importante. Nous conseillons un appareillage auditif bilatéral, afin de compenser la surdité, tout en essayant de réduire son acouphène.

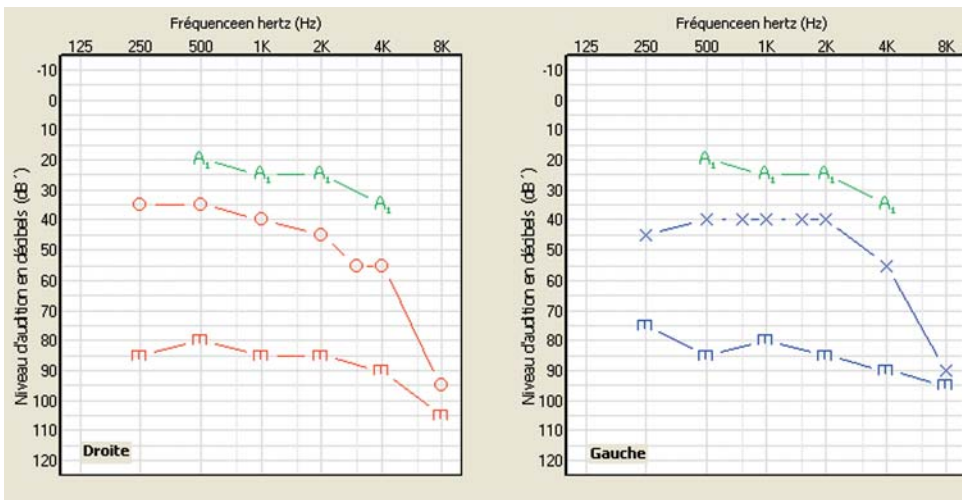
Durant l'adaptation prothétique, nous prenons le soin de mesurer avec précision son seuil subjectif d'inconfort (UCL) afin de ne pas entraîner d'aggravation dans son hyperacousie, qui pourrait retentir sur son comportement général.

Malgré toutes ces précautions et l'essai d'un mois complet, Madame L. n'a pas donné

AGE ET LEURS CAUSES

de suite favorable à son appareillage, les sons amplifiés induisant un inconfort notable. Les différentes séances de réglages (hausse du seuil d'expansion, limiteur de sortie, réducteur de bruit activé, baisse du gain des sons forts) ont permis de réduire l'acouphène, de restituer une bonne intelligibilité en milieux bruyants, mais n'ont pas solutionné la douleur occasionnée par l'hyperacousie.

Les courbes audiométriques ci-jointes permettent de se rendre compte du gain prothétique tonal et vocal satisfaisant, qui malgré tout, n'a pas suffi à accepter l'appareillage. En cours de thérapie comportementale, notre patiente a décidé de renouveler l'expérience l'année suivante, afin de soigner définitivement cette pathologie rare mais réellement douloureuse physiquement et psychologiquement.



CAS 3 : ÉCHEC D'APPAREILLAGE LIÉ AU RECRUTEMENT

Madame R. consulte notre laboratoire afin de trouver une solution à son problème de surdité bilatérale, de degré moyen. La courbe vocale réalisée par l'O.R.L. indique une intelligibilité de 100% à 75dB, puis une intelligibilité de 65% à 80dB. Nous sommes donc en présence d'un phénomène de recrutement auditif.

Le choix prothétique se porte sur deux contours d'oreille.

Nous mesurons avec précision le seuil subjectif d'inconfort de notre patiente afin de pouvoir adapter des taux de compression : nous incluons dans les réglages un niveau maximal de sortie volontairement abaissé pour que les sons traités ne dépassent pas son niveau d'UCL, et ainsi ne pas induire de distorsions sonores. De plus, les aides auditives sont ajustées de telle manière à ce que les microphones fonctionnent en permanence en position directionnelle focalisée, atténuant l'influence des bruits alentours.

Les premiers jours d'essai sont encourageants puisque son entourage note une nette amélioration de sa compréhension générale.

Lors d'un repas dans un restaurant calme, elle se dit très gênée par un interlocuteur parlant fortement : elle entend des informations sonores sans pouvoir analyser et comprendre la conversation. Malgré le port des deux aides auditives avec les dispositifs technologiques activés, son recrutement l'empêche toujours de suivre une conversation, dès que le volume de celle-ci dépasse un certain seuil. Nous nous trouvons face à un échec d'appareillage, la patiente note un gain prothétique tout à fait satisfaisant mais renonce à acquérir ces aides auditives.

à l'unisson

ETUDE DE CAS 3

Monsieur F. désire appareiller son oreille droite, qui présente une surdité sévère. Celle-ci ne l'a jamais été en raison d'une perforation tympanique pendant des années. Plusieurs tympanoplasties ont été réalisées, sans succès durable. Le conduit auditif externe de notre patient est très sensible. Il précise que des démangeaisons importantes sont fréquentes. Une crème à base de calamine est prescrite et utilisée au besoin. La prise d'empreinte réalisée par nos soins se montre délicate, étant donné son hypersensibilité intra-canal.

La puissance du contour d'oreille que nous prévoyons de mettre à l'essai nécessite un embout auriculaire particulièrement étanche, en silicone souple. Monsieur F. va donc porter ce contour pendant une durée minimale de 15 jours avant de prendre une décision.

Très rapidement, il montrera des signes nets d'inconfort physique lié à la présence de l'embout dans le conduit. Malgré un embout en silicone totalement anallergène (aucun résidu de monomère), notre patient ne peut pas maintenir l'aide auditive en place plus d'une heure. Nous décidons alors de percer un canal de décompression afin de ventiler le conduit auditif. Il note une légère amélioration : il supporte la prothèse plusieurs heures consécutives. Malgré tout, il ne donnera pas de suite favorable à cet essai prothétique, et ce, uniquement pour des raisons épidermiques. Le gain prothétique mesuré est tout fait correct, avec une amélioration vocale en champ libre de 27dB.

Les appareillages auditifs de surdités sévères à profondes nécessitent une obturation complète du CAE, ce qui n'est pas sans conséquence sur le confort physique de l'oreille. Les patients avec des antécédents ORL compliqués (otites externes, tympanoplasties, eczémas, psoriasis...) peuvent se retrouver alors confrontés à ces difficultés.

Les causes des échecs de l'appareillage sont donc variées et se complètent, bien sûr, avec d'autres critères, notamment une absence de motivation à l'essai prothétique.

