



Vieillessement et troubles oto-rhino-laryngologiques(ORL).

OUENNOUGHI Kheireddine.

*Maître de conférences A en ORL & CCF, Université Blida
Chef de service ORL&CCF, CHU Frantz Fanon Blida.*

Dans le parcours de vie d'une personne, le vieillissement peut être à l'origine de difficultés existentielles spécifiques. Les effets du vieillissement sur le sujet âgé sont multiples, ils peuvent toucher tous les organes de sens à savoir l'appareil audio-vestibulaire, la déglutition et même la vision. Ces effets seraient la cause d'une perte des repères avec un retentissement psychologique et social important (1).

Les troubles de l'audition sont à l'origine d'une pathologie de la communication avec isolement de l'entourage et enfermement sur soi. Les troubles de l'équilibre engendrent des difficultés de déplacement avec des chutes fréquentes. Quant aux troubles de la déglutition, ils sont source de manque d'appétit avec amaigrissement et perte de poids.

Sachant que les possibilités de plasticité neuronale et cérébrale existent, le sujet âgé pourra développer des capacités adaptatives à ces situations de difficulté.

TROUBLES DE L'AUDITION : PRESBYACOUSIE

La presbyacousie est une atteinte cochléaire, des voies auditives et centrales avec ralentissement des opérations d'analyse et d'identification du son et de la parole.

C'est un phénomène inéluctable qui se définit par une perte de 0.5dB /an à partir de 40 ans.

Sur le plan épidémiologique une personne sur quatre (25%) est touchée à partir de l'âge de 75 ans (2).

La surdité est globalement symétrique, qui prédomine sur les fréquences aiguës. Elle engendre une gêne sociale importante : bruit, réunions, télévision, théâtre...

Evolution de la presbyacousie

L'évolution dans le temps se complique par une gêne conversationnelle même dans le calme (fréquences 2000-4000 Hz), on note à ce stade une aggravation de la dépopulation neuronale.

Le sujet âgé ressent une gêne pour son entourage qui sera dans l'obligation d'utiliser des systèmes d'amplification de son : utilisation du système infrarouge (TV), le haut-parleur (téléphone).

À un stade tardif et en l'absence de prise en charge auditive et cognitive, la presbyacousie se complique de perturbations psychologiques avec une phase de repli sur soi et un évitement des situations délicates de communication. L'absence de communication serait un synonyme d'absence d'épanouissement dans la vieillesse.

Presbyacousie accélérée : le sujet âgé se plaint d'une fatigabilité auditive, elle se développe sur un terrain familial de troubles de l'audition ou sur une atteinte acquise de l'oreille interne (une anoxie, un trauma sonore, une atteinte toxique ou dysmétaboliques, une chirurgie...)

Examen clinique

Un examen ORL est indispensable, l'otoscopie recherche la présence d'un bouchon de cérumen (BDC), fréquent à cet âge. On élimine une otite chronique qui générerait l'utilisation d'une prothèse auditive.

L'audiométrie tonale peut s'avérer insuffisante, on demande dans ce cas une audiométrie vocale qui sera réalisée dans le calme et le bruit pour évaluer la discrimination à la parole. Les potentiels évoqués auditifs précoces (PEAP) et l'IRM sont parfois demandés.

Un bilan des pathologies associées est réalisé à la recherche d'une HTA, des troubles visuels ou d'un diabète. L'équipe de soutien psychologique et orthophonique établira un questionnaire sur la qualité de vie de la personne âgée et sur son état cognitif.

Dans certaines situations, on sera dans l'impossibilité de fixer une valeur à l'audiométrie tonale et vocale, la composante « centrale » engendrerait un ralentissement de transmission à l'aire corticale, avec un affaiblissement de la capacité à analyser (régression phonémique).

Prise en charge de la presbyacousie

Éviter les facteurs nocifs :

Il n'existe pas de traitement préventif sinon une préservation du capital auditif dans la vie active.

Il faut traiter tout épisode inflammatoire ou infectieux, éviter les médicaments oto-toxiques si nécessaire et tirer bénéfice de l'audition restante en utilisant des médicaments antioxydants ou favorisant la plasticité neuronale.

Il faut faire attention aux associations médicamenteuses : somnifères, antidépresseurs et sédatifs.

Appareillage auditif :

La mise en place d'une prothèse auditive doit tenir compte de la plasticité corticale et de l'effort pour l'adaptation (efforts de mémorisation...). Par la suite l'orthophoniste établira une rééducation par une lecture labiale associée à un programme de communication globale.

L'appareillage doit être adapté à la surdité et non à l'esthétique, pour les surdités < 50 dB on peut utiliser des prothèses intra-canaliaires et pour les surdités > 50 dB on passe aux prothèses à contour d'oreille.

La stéréophonie et la numérisation sont indispensables mais la contrainte du coût limite leurs utilisations (4).

TROUBLES DE LA MARCHÉ ET DE L'EQUILIBRE: PRESBYVESTIBULIE

Les troubles de l'équilibre en sont un facteur de risque déterminant. Le pouvoir de se tenir debout et de se déplacer reste le rempart contre la perte d'autonomie et donc la dépendance. Trente pour cent des personnes de plus de 65 ans qui vivent dans une communauté chutent chaque année avec pour conséquence une réduction de leur autonomie, une augmentation de leur morbidité et leur mortalité.

La presbyvestibulie est la conséquence d'une déminéralisation des otolithes, une dépopulation des cellules vestibulaires, et une neuropathie des nerfs vestibulaires.

Cette dernière est majorée si on a une atteinte d'autres systèmes d'équilibration: parathormone (PTH), troubles visuels, prise de médicaments antidépresseurs, de sédatifs. Ils aggravent les conséquences du vieillissement sur l'équilibre.

Aspect clinique

Le sujet âgé ressent des sensations d'instabilité en terrain plat puis en terrain accidenté (monter les escaliers, utiliser les escalators). Cette situation engendrera une restriction des déplacements avec le risque de chutes fréquentes et leurs gravités potentielles.

Les vertiges rotatoires sont moins fréquents par contre les vertiges positionnels paroxystiques bénins (VPPB) sont très fréquents et majorés par une hypovitaminose D.

Plusieurs manœuvres peuvent être utilisées pour apprécier l'état vestibulaire du sujet âgé :

- En position debout : le test de Romberg, le test de Fukuda.
- L'appui monopodal est caractéristique si le sujet chute.
- Les manœuvres du vertige positionnel paroxystique bénin.

On recherche un nystagmus qui représente la valeur objective du vertige. On réalise un examen neurologique (cérébelleux+++ et pyramidal ++) et un examen ophtalmologique.

Examens complémentaires

Plusieurs explorations vestibulaires sont disponibles pour tester l'organisation sensorielle dans différentes conditions (suppression de la vue ou de la proprioceptivité). Sans être exhaustif, on citera à titre d'exemple : la vidéo head impulse test (VHIT), la vidéo nystagmographie (VNG), le test de l'oculomotricité, la posturographie et l'Equitest (5).

Prise en charge

Il faut éliminer les médicaments iatrogènes (certains hypotenseurs, anti vertigineux, neuroleptiques, benzodiazépines). Ces médicaments sont dépresseurs du système nerveux central et empêchent la compensation vestibulaire.

Il faut favoriser la neuroplasticité en utilisant les vasodilatateurs et les médicaments rhéologiques.

La rééducation vestibulaire reste un élément important dans la prise en charge, elle nécessite une équipe bien entraînée et un matériel bien adapté au sujet âgé (6).

Le soutien psychologique aide à la mise en confiance et au renforcement des soins de santé psychique.

TROUBLES DE LA DEGLUTITION : PRESBYPHAGIE

Avec l'âge et ses transformations, les troubles de la déglutition sont de plus en plus susceptibles de faire leur apparition. Le terme technique pour les troubles de la déglutition chez les personnes âgées est «presbyphagie».

Les troubles de la mastication (force musculaire et faciale abaissée, problème dentaire) baisse de la force linguale et modifie le déclenchement de la déglutition. En plus la diminution de la sensibilité laryngée entraîne des efforts supplémentaires et répétés de déglutition.

Le sujet âgé adoptera des mécanismes de compensation en adaptant la nourriture ingérée et en augmentant la durée des repas. Ce trouble l'obligera à dépendre d'une tierce personne.

Physiologie et physiopathologie

La presbyphagie s'apparente à tous les changements liés à l'acte de déglutition qui se produisent naturellement avec l'âge.

A l'état normal, il existe un temps volontaire bucco-oral et un temps réflexe pharyngo-laryngo-œsophagien.

Le bol alimentaire est propulsé par la contraction des muscles constricteurs du pharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). La fermeture de l'isthme vélo-pharyngé isole le rhinopharynx avec une fermeture et ascension du larynx pour protéger les voies aériennes contre les fausses routes.

L'ouverture de la bouche œsophagienne résulte d'un double processus de relaxation musculaire et d'ascension du larynx,

Le dernier temps est œsophagien, réflexe ; il achemine le bol jusqu'à l'estomac grâce au péristaltisme œsophagien.

Interrogatoire du patient ou de la famille

Il faut savoir différencier une angoisse, une anorexie, une atteinte psychosomatique ou un oubli de manger d'une presbyphagie.

A l'interrogatoire, on recherche l'ancienneté des troubles, les retentissements (amaigrissement >10%), les signes accompagnateurs (otalgie, dysphonie, dyspnée, douleur medio thoracique, toux, pyrosis, hoquet, éructations, renvois post prandiaux, gêne rétro sternale, douleurs dorsales, sensations de corps étranger, sécheresse ou hyper sialorrhée), d'éventuelles interventions chirurgicales (cervicales ou abdominales) et la notion de prise médicamenteuse(7).

Examen ORL

L'examen est Assez simple, peu invasif, élimine les causes les plus fréquentes d'une dysphagie

(Angine, aphtose buccale, abcès de la langue ou du plancher buccal, abcès dentaire, abcès sur lithiase salivaire, cancer de l'oropharynx ou de la cavité buccale).

On met le point sur les troubles neurologiques associés à la recherche d'une paralysie des paires crâniennes (IX X XI XII) et la palpation cervicale recherche des ganglions ou un cancer de la glande thyroïde.

L'examen endoscopique recherche des lésions infectieuses, tumorales ou neurologiques (une paralysie des cordes vocales, une stase salivaire, une rétention alimentaire ou un corps étranger).

Investigations complémentaires

Les examens complémentaires dépendent du diagnostic envisagé :

- Bilan biologique pour apprécier le retentissement de la dysphagie : anémie, syndrome inflammatoire, infection.
- Radio pulmonaire pour rechercher une compression médiastinale, un anévrisme ou une complication infectieuse par une fausse route...
- Investigations œsophagiennes : elles sont difficiles sous anesthésie locale (nécessite la coopération du sujet âgé) et par conséquent il y a nécessité d'une anesthésie générale ou une anesthésie locorégionale (ALR). Ces explorations recherchent un diverticule, un reflux, une sténose, un spasme, un c

Traitements possibles

On commence toujours par des Conseils diététiques avec une rééducation : l'orthophoniste a pour objectif de maintenir une autonomie et une alimentation orale le plus longtemps possible.

La kinésithérapie bronchique est envisagée en complément

de certaines techniques chirurgicales.

Les techniques chirurgicales sont nombreuses, certaines sont palliatives (gastrostomie, trachéotomie). D'autres sont à visée fonctionnelle, on citera : la myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage, la chirurgie des diverticules de Zenker, la chirurgie du bavage, la chirurgie de médialisation dans les paralysies laryngées (166-175), les pharyngoplasties et les injections de la toxine botulique.

CONCLUSION

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les effets du vieillissement sont variables suivant les individus. La population des personnes âgées est donc inhomogène, cela amène à individualiser le vieillissement "réussi", "usuel" et "pathologique".

Quelle que soit la façon dont ces troubles diffèrent, le niveau de l'atteinte organique et de la détresse psychologique reste bien plus élevé pour ces groupes que pour la population générale.

Des situations potentiellement problématiques pour tous sont susceptibles de se répercuter sur la santé du sujet âgé. En revanche, lorsqu'elle devient très intense et/ou qu'elle perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble nécessitant

REFERENCES

1. Agence nationale de l'éducation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM). Prise en compte de la personne âgée ; prévention, repérage et accompagnement **2014**.
2. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative [Rapport]. Saint-Denis : Inpes, **2012** : 109 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/lsf/pdf/rapport-la-sante-surdite-resultats-etude-qualitative>.
3. Morgon A.H. suppléance instrumentale de la surdité : les aides auditives, rapport de la société française d'oto-rhino-laryngologie et de la pathologie cervico-faciale. **1998**.
4. Weynant L., TNS-Sofres. Analyse des résultats de l'enquête auprès des publics de personnes sourdes et acouphéniques, des proches et des professionnels. In : Unisda. Enquête nationale sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques. Restitution de l'enquête nationale 2010 colloque]. Paris, 20 mai **2011**. Paris : Unisda, **2011** : p. 6-15. En ligne : http://www.unisda.org/IMG/UnisdaRapport_Enquete_detresse_psy_sourds_euphoniques **2010**.
5. Vitte E., Freyss G., Sémont A. L'exploration simultanée des fonctions vestibulaires, proprioceptives et visuelles par l'Equitest chez le sujet âgé. **1993** Rev. Gériatrie 18, 2, 67-71.
6. Diard J.P., Vitte E., Sémont A., Freyss G. Equilibre, instabilité et chutes du sujet vieillissant. **1992** Compte rendu des Entre-tiens de Bichat 170-172
7. Murray, J., Milich, A., & Ormerod, D. (**2011**). Screening for dysphagia. AustNurs J, 18(11), 44-46