

Qui est éligible pour IC ?

Seules les personnes malentendantes sont éligibles pour un IC.

L'audition doit être défaillante au point que les prothèses auditives classiques n'offrent aucun résultat auditif suffisant. Le fait de pouvoir à peine tenir une conversation téléphonique avec les prothèses auditives à l'âge adulte, cela signifie souvent qu'un IC vous est utile, voire nécessaire. Néanmoins, chez les enfants, il est plus difficile de savoir exactement si un IC doit être envisagé. En l'occurrence, des tests pédiatriques spécifiques sont mis au point.

Comment savoir si l'on est admissible au IC ?

Un test auditif "ordinaire" ou un "audiogramme" sont susceptibles de donner un certain nombre d'informations. Cet examen peut être effectué chez votre médecin spécialiste ORL. Un audiogramme mesure les seuils d'audition de chaque oreille séparément. Il s'agit du niveau sonore le plus bas détecté par l'oreille. Le résultat est exprimé en "perte auditive en décibels (dB)" (votre médecin parlera parfois de pourcentage de perte auditive). Si la perte des deux côtés est inférieure à 70-80 dB, il est bon d'envisager une procédure de sélection de IC. Celle-ci ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés (tels que le oorgroep).

Une procédure de sélection de IC mène-t-elle automatiquement à une opération ?

Non, certainement pas. Environ deux procédures de sélection sur trois révéleront que l'IC n'est pas (encore) recommandé. Dans ce cas, les prothèses auditives classiques seront mieux ajustées en fonction des résultats des mesures. On préconisera alors les prothèses auditives classiques comme la meilleure solution. En revanche, une nouvelle procédure de sélection d'IC pourra être planifiée à l'avenir, pour prendre connaissance de l'évolution du cas concerné. Quand la procédure de sélection est favorable au IC, une seconde session d'information d'IC est prévue, afin de fournir un maximum d'informations détaillées. Si souhaitable, des contacts avec d'autres personnes disposant déjà d'un IC peuvent être organisés, témoignage pouvant aider le malentendant à sa prise de décision. De ce fait, la décision d'opter ou non pour une intervention chirurgicale n'appartient qu'au seul patient.

Que se passe-t-il dans une procédure de sélection d'IC ?

Dans une sélection IC, il est vérifié si la personne est éligible pour une implantation cochléaire. Différents critères, dont l'évolution est constante, sont pris en compte à cet égard. Votre otologue sera la personne la plus à même de vous donner ces informations.

Les critères les plus importants sont les suivants :

- L'audition

Seules les pertes auditives graves causées par la cochlée sont éligibles au IC. Cette information vous sera fournie grâce à un audiogramme. Il est à noter que l'audiogramme sans prothèse auditive devrait indiquer une perte auditive d'au moins 80 dB des deux oreilles. En outre, un audiogramme peut être également pris avec les prothèses auditives. Les résultats reliés aux hautes fréquences sont sous surveillance. Dans la mesure du possible, on examine également comment votre cochlée est encore capable de distinguer de fines différences sonores à l'aide de prothèses auditives. On parle de "discrimination", raison pour laquelle

le test A&E®, par ailleurs utilisé dans le monde entier, est préconisé. Ce test a été conçu par le « oorgroep » (Anvers). Dans ce test un certain nombre de sons sont émis, et le patient doit indiquer s'il perçoit une différence entre eux. Le résultat final donne une image très précise de la fonction réelle de la cochlée, et constitue donc l'un des facteurs les plus importants pris en charge par la sélection. Enfin, et si possible, un "audiogramme vocal" est effectué. Dans ce test, un certain nombre de mots sont présentés sur des intensités variées, et c'est le pourcentage de mots que vous comprenez correctement qui est calculé.

- La cochlée

Un IRM et un Scanner (CT-Scan) de la cochlée sont effectués au service de radiologie d'un hôpital. Le but n'est autre que de vérifier si la cochlée est bien formée et bien ouverte. Il s'agit d'une étape importante, car l'électrode de l'implant doit pouvoir être introduite doucement dans la cochlée. De plus, ces examens montrent si le nerf auditif établit un bon contact avec la cochlée et si une stimulation électrique des fibres nerveuses est possible. Très anormalement, il arrive que le nerf ne soit pas bien formé ("aplasie" ou "hypoplasie") ou que la cochlée ne soit pas ouverte (par exemple dans le cas d'une calcification à la suite d'une méningite). Dans ces cas-là l'implantation cochléaire est impossible.

- Médical

L'implantation cochléaire étant réalisée sous anesthésie générale, il est vérifié que l'état de santé général du patient permet une narcose de manière sûre. Généralement, vos antécédents et les informations requises par votre médecin en attesteront. Néanmoins, il est parfois nécessaire d'effectuer un certain nombre d'exams préopératoires.

- Juridique

En principe, la compagnie d'assurance maladie rembourse les frais de l'IC. Le coût total est évalué entre 25 000 € et 30 000 €, tout compris (implant, partie externe, chirurgie, anesthésie, séjour à l'hôpital, etc.). Un coût personnel d'un montant d'environ 400 € est à prévoir, lorsque vous êtes dans une chambre de 2 ou de 4 personnes. Le remboursement n'est possible qu'après accord préalable du "Collège des directeurs médicaux" du INAMI, à Bruxelles. Cette approbation n'est donnée que si un certain nombre de critères stricts sont satisfaits. Le centre ORL pour la prise en charge de la sélection IC prend également en charge ce dossier de candidature.

Que peut-on attendre d'un CI ?

Il est très difficile de donner une réponse vraiment satisfaisante à cette question, le résultat dépendant fortement d'un certain nombre de facteurs. Mais, les facteurs les plus importants sont la durée de surdité et la manière dont le cerveau a toujours été stimulé. Les meilleurs résultats sont notés chez les personnes qui viennent juste de devenir sourdes, et qui donc entendaient parfaitement jusqu'à récemment. Les enfants présentant une surdité profonde congénitale (dès la naissance), et qui reçoivent un IC (ou mieux encore, 2 IC's) à un âge précoce, obtiennent généralement d'excellents résultats, qui leur permettent une très bonne audition, lorsque les conditions acoustiques sont réunies. On remarque alors que la distinction avec les personnes qui entendent normalement est infime. Cependant, dans des conditions d'écoute difficiles (par exemple dans un lieu où le bruit de fond est intense), une certaine difficulté peut être générée.

En règle générale, nous déclarons que l'intelligibilité de la parole en silence correspond à environ 80-85% de l'audition normale, et qu'elle atteint environ 40% de l'audition normale dans un environnement bruyant.

À quel âge un enfant sourd est-il le mieux implanté ?

Le plus tôt possible est le mieux. Il a été prouvé de manière concluante que les enfants avec surdité profonde congénitale sont mieux implantés avant l'âge de 18 mois, et de manière optimale aux alentours de 12 mois. Il est possible qu'avant l'âge de 12 mois, les résultats soient encore meilleurs, mais les données scientifiques actuelles ne permettent pas encore de l'affirmer avec certitude. Le raisonnement de l'implantation à un âge précoce réside dans le fait qu'il existe des antécédents importants en cas de manque de stimulation auditive précoce, et qu'une partie de ces antécédents ne pourront jamais être récupérés. Ceux-ci se situent au niveau de l'audition, mais aussi au niveau du développement du langage et de la parole et, par conséquent, du développement scolaire. Le oorgroep est l'un des premiers groupes au monde qui, de manière constante et avec de nombreuses techniques de recherche, a montré que ce retard n'était pas ou très peu visible dans le cas où l'implantation avait lieu au cours de la première année de vie.

Est-il judicieux d'implanter également l'autre oreille ?

L'expérience de l'implantation "bilatérale" est de plus en plus fréquente, et il semblerait qu'un deuxième implant offre une excellente occasion de récupérer une audition "binaurale". L'audition binaurale présente un avantage énorme pour la personne en question, mais il est très difficile de l'évaluer. Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent : 1) que les enfants sourds devraient recevoir un deuxième IC le plus tôt possible, afin de bénéficier d'une audition binaurale aussi bonne que la normale ; 2) que les enfants plus âgés et les adultes bénéficient d'un deuxième IC à des degrés divers : chez certains d'entre eux le deuxième IC dérange la compréhension avec le premier implant, tandis que d'autres atteignent une audition binaurale complètement normale. Cependant, actuellement, il est impossible de prévoir dans lequel de ces deux cas une personne implantée sera comprise. Mais il est fort probable que les personnes dont les résultats demeurent encore "décevants" voient ceux-ci s'améliorer considérablement, le cerveau pouvant tout à fait s'adapter au fil du temps à cette nouvelle entrée binaurale.