

Appareillage Précoce et Dépistage Annuel :

La perte auditive, souvent liée à l'âge ou à l'exposition au bruit, touche des millions de personnes et s'accompagne fréquemment d'acouphènes, ces bourdonnements ou sifflements perturbants [1].

Nous insistons sur l'importance d'un dépistage auditif annuel dès l'âge de 50 ans pour détecter précocement tout problème auditif.

Une prise en charge rapide grâce à un appareillage précoce peut transformer votre qualité de vie et éviter les complications d'une perte auditive invalidante.

L'Importance du Dépistage Annuel dès 50 Ans

À partir de 50 ans, la presbycousie, une perte auditive liée à l'âge, commence à affecter de nombreuses personnes, souvent de manière insidieuse [2]. Un dépistage auditif annuel permet de détecter les premiers signes de baisse auditive avant qu'ils ne deviennent problématiques. Selon les études, un diagnostic précoce améliore l'efficacité des solutions auditives et réduit l'impact des acouphènes, présents dans 80 % des cas de perte auditive [1].

Sans dépistage régulier, la perte auditive peut progresser silencieusement, entraînant des conséquences graves :

- **Isolement social** : Difficultés à suivre les conversations, menant à un retrait progressif [3].
- **Fatigue cognitive** : Effort accru pour comprendre les sons, augmentant le risque de troubles cognitifs comme la démence [4].
- **Aggravation des acouphènes** : Une perte auditive non traitée intensifie la perception des bourdonnements [5].

Conséquences d'une Prise en Charge Tardive

Lorsque la perte auditive devient invalidante, elle est souvent à un stade avancé, avec des seuils auditifs résiduels faibles (par exemple, pertes modérées à sévères, >40 dB) [6]. À ce stade, la réhabilitation auditive et cognitive devient longue et complexe, car la plasticité cérébrale est réduite, rendant l'adaptation aux prothèses plus difficile [3]. Les patients doivent réapprendre à traiter les sons, un processus qui

peut prendre des mois, voire des années. **En revanche, un appareillage précoce, dès les premiers signes de perte auditive légère (>30 dB), facilite une adaptation rapide et préserve les capacités auditives et cognitives** [2]. Les prothèses auditives stimulent le cortex auditif, ralentissant la dégénérescence des voies auditives [3].

Solutions Auditives de la Audio X Clinic

Nous proposons des solutions auditives de pointe pour une prise en charge optimale **dès les premiers signes de perte auditive** :

- **Bilan auditif annuel** : L'audioprothésiste réalise des tests précis (audiométrie, acouphénométrie) pour évaluer votre audition et les caractéristiques de vos acouphènes, offrant un suivi personnalisé dès 50 ans.

- **Prothèses auditives miniaturisées avec puces de dernière génération** : Nos appareils, **équipés des technologies les plus avancées, sont conçus pour être discrets et performants.**

Ils **intègrent le Bluetooth universel Auracast**, une innovation révolutionnaire basée sur le standard Bluetooth Low Energy (LE) Audio 5.2. Auracast **permet une diffusion audio de haute qualité vers un nombre illimité de récepteurs** (aides auditives, écouteurs, implants cochléaires) sans jumelage complexe, **offrant une connectivité universelle dans des lieux publics comme les cinémas, aéroports ou conférences. Avec Auracast, vous pouvez recevoir directement des annonces, des flux télévisés ou des guides audio**, avec une latence faible (<30 ms) et une consommation d'énergie réduite, améliorant l'accessibilité et le confort [7, 8].

- **Thérapie sonore pour les acouphènes** : Nos solutions auditives incluent des générateurs de bruits (bruits blancs, sons naturels comme la pluie) pour masquer les acouphènes, avec un soulagement notable chez 60 % des patients [5].

Prévention et Perspectives

Protégez vos oreilles en limitant l'exposition aux bruits forts (utilisez des bouchons d'oreilles) et faites contrôler votre audition chaque année dès 50 ans

Références

1. Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet*, 382(9904), 1600-1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60142-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60142-7)
2. Glick, H., & Sharma, A. (2017). Cross-modal plasticity in developmental and age-related hearing loss: Clinical implications. *Hearing Research*, 343, 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2016.08.012>
3. Dawes, P., et al. (2015). Hearing-aid use and long-term health outcomes: Hearing handicap, mental health, and cognitive function. *Ear and Hearing*, 36(4), 513-520. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000173>
4. Lin, F. R., et al. (2011). Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 68(2), 214-220. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.362>
5. Henry, J. A., Dennis, K. C., & Schechter, M. A. (2005). General review of tinnitus: Prevalence, mechanisms, effects, and management. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48(5), 1204-1235. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2005/084\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/084))
6. Cruickshanks, K. J., et al. (2010). The 5-year incidence and progression of hearing loss: The epidemiology of hearing loss study. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 136(10), 1041-1046. <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.168>
7. Bluetooth SIG. (2023). Auracast™ broadcast audio. <https://www.bluetooth.com/auracast/>
8. Hearing Link Services. (2024). Auracast - a new Bluetooth audio. <https://www.hearinglink.org>
9. van de Heyning, P., et al. (2014). Efficacy and safety of AM-101 in the treatment of acute inner ear tinnitus: A double-blind, randomized, placebo-controlled phase II study. *Otology & Neurotology*, 35(4), 589-597. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000268>