

Altération chronique de la vision et de l'audition

- I. Généralités
- II. Déficit auditif
- III. Déficit visuel

Situations de départ

En lien avec la définition et avec le diagnostic :

- 30 Dénutrition/malnutrition.
- 31 Perte d'autonomie progressive.
- 122 Hallucinations.
- 131 Troubles de mémoire/déclin cognitif.
- 131 Anomalie de la vision.
- 140 Baisse de l'audition/surdité.
- 184 Prescription et interprétation d'un audiogramme.

En lien avec la prise en charge en urgence :

- 27 Chute de la personne âgée.
- 114 Agitation.
- 119 Confusion/mentale/désorientation.

En lien avec la démarche étiologique :

- 27 Chute de la personne âgée.
- 66 Apparition d'une difficulté à la marche.
- 122 Hallucinations.
- 130 Trouble de l'équilibre.
- 226 Découverte d'une anomalie du cerveau à l'examen d'imagerie médicale.
- 245 Prescription d'un appareillage simple.
- 267 Consultation de suivi d'un patient polymorbide.
- 279 Consultation de suivi d'une pathologie chronique.
- 281 Prescription médicamenteuse, consultation de suivi et éducation d'un patient diabétique de type 2 ou ayant un diabète secondaire.
- 295 Consultation de suivi gériatrique.
- 298 Consultation et suivi d'un patient ayant des troubles cognitifs.
- 325 Prévention des accidents domestiques.
- 334 Demande de traitement et investigation inappropriés.
- 345 Situation de handicap.
- 352 Expliquer un traitement au patient.
- 354 Évaluation de l'observance thérapeutique.

Items, objectifs pédagogiques, hiérarchisation des connaissances**ITEM 81 – Altération chronique de la vision**

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Étiologie	Connaître les principales étiologies d'altération chronique de la vision	Interrogatoire et examen clinique
B	Diagnostic positif	Connaître la séméiologie et les moyens de dépistage d'un syndrome maculaire*	
A	Diagnostic positif	Savoir interpréter un réflexe photomoteur direct et consensuel*	
A	Contenu multimédia	Savoir interpréter un réflexe photomoteur direct et consensuel*	
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires en ophtalmologie et leurs indications*	Atteinte du segment antérieur, du nerf optique, de la rétine (AV, angiographie, OCT maculaire, ERG)
A	Définition	Connaître la définition de la DMLA	
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'épidémiologie de la DMLA	
B	Diagnostic positif	Connaître les pathologies maculaires chroniques hors DMLA (membrane épirétinienne, trou maculaire, œdème maculaire)*	
A	Définition	Connaître la définition de la cataracte, ses principales causes, et les modalités de diagnostic clinique	
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'épidémiologie de la cataracte	
B	Étiologie	Connaître les grandes familles médicamenteuses à l'origine d'une altération chronique de la vision	Atteinte de la rétine, du cristallin ou du nerf optique

ITEM 89 – Altération de la fonction auditive

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Définition d'un test auditif tonal	
A	Définition	Connaître les grands types de surdité	
B	Diagnostic positif	Connaître les critères des tests acoumétriques	
B	Examens complémentaires	Connaître les principes de réalisation d'une audiométrie tonale, vocale	
B	Examens complémentaires	Connaître les principes de l'impédancemétrie	
B	Examens complémentaires	Connaître les principes d'un test auditif objectif par PEA*	
A	Diagnostic positif	Connaître les caractéristiques de surdités de transmission	
B	Examens complémentaires	Indication des examens d'imagerie devant une surdité de transmission*	
B	Examens complémentaires	Connaître l'utilité de la tympanométrie dans le diagnostic des surdités de transmission*	

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Étiologie	Connaître les étiologies principales des surdités de transmission	(Otospongiose) (Séquelles d'otite chronique) (Fracture du rocher) (Bouchon de cérumen) (Origine infectieuse, séro-muqueuse : OSM)
A	Diagnostic positif	Connaître les caractéristiques de surdité de perception	Dont celle de la personne âgée (presbyacousie)
A	Examens complémentaires	Indication des examens d'imagerie devant une surdité de perception	
B	Examens complémentaires	Indication des examens d'imagerie devant une surdité de perception chez l'enfant*	Couple TDM (os temporal)-IRM (os temporal + encéphale)
A	Étiologie	Connaître les étiologies principales des surdités de perception	(Surdité brusque) (Autres étiologies) (Neurinome du VIII) (Surdités génétiques) (Presbyacousie) (Traumatisme sonore, ototoxicité)
B	Diagnostic positif	Connaître les particularités des surdités de perception de l'enfant*	

I. Généralités

A Les déficits neurosensoriels de la personne âgée peuvent être liés au vieillissement et/ou à des pathologies fréquentes avec l'âge. La compréhension et la prise en compte de ces déficits sont importantes puisqu'ils peuvent retentir sur l'autonomie et la qualité de vie. Ainsi, dans le cadre de la prise en charge globale du patient âgé, l'évaluation des troubles sensoriels est une étape systématique indispensable.

Nous ne traiterons dans ce chapitre que des déficits de l'audition et de la vision. Le goût et l'odorat peuvent aussi être altérés par le vieillissement, avec des conséquences cliniques notables (par exemple, modifications des appétences alimentaires ou augmentation du risque de dénutrition) mais ne sont volontairement pas traités ici.

La presbyacousie est une altération de l'audition liée à l'âge et représente une des causes de surdité de la personne âgée.

La baisse d'acuité visuelle progressive chez la personne âgée est principalement liée à trois étiologies : cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge et glaucome.

Les atteintes de l'audition et de la vision, essentielles pour la communication, l'interaction et l'acquisition d'informations, peuvent avoir des répercussions sur le plan personnel, familial, professionnel et social :

- altération de la qualité de vie ;
- isolement social ;
- troubles attentionnels ;
- association fréquente avec dépression et troubles cognitifs, et majoration possible de leurs symptômes.

Particularités gériatriques et approche du handicap sensoriel

Une atteinte auditive et/ou visuelle est particulièrement fréquente chez la personne âgée. Elle représente rarement le motif de consultation [131, 140] et doit donc être abordée systématiquement sous deux angles :

1. Avez-vous consulté ou êtes-vous bien suivi par un ORL et/ou un ophtalmologue ?
2. Avec cette prise en charge, comment entendez-vous et voyez-vous ?

Ce point est particulièrement pertinent en présence de chutes [27], troubles cognitifs [131, 298] ou de perte d'autonomie [31], et il faut le rechercher systématiquement par l'interrogatoire et l'examen clinique, et ceci d'autant plus que le patient est habitué à vivre avec son handicap [345] et ne le mentionnera pas ou en minimisera l'importance.

Dans ce cas, la démarche gériatrique est celle de l'EGS (cf. chapitre 1) et comprend :

- préciser le motif de consultation ;
- évaluer les comorbidités [267], en particulier l'état cognitif et thymique ;
- évaluer l'autonomie [31] et l'adéquation du niveau d'aides [355] ;
- évaluer les risques associés aux déficits : l'isolement sensoriel auditif et visuel peut représenter une mise en danger du patient, à travers les difficultés à voir un obstacle et le risque de chute, ou le fait de ne pas entendre une alerte ;
- évaluer les traitements habituels [266], leurs indications et posologies à la lumière de la fonction rénale et des interactions, ainsi que leur galénique à la lumière des difficultés en particulier visuelles que le patient pourrait avoir pour prendre ses traitements [354].

Les objectifs de la consultation gériatrique, lorsque le patient présente un handicap sensoriel auditif et/ou visuel, seront de :

- prioriser les pathologies à prendre en charge selon le motif de consultation et les comorbidités ;
- et spécifiquement pour ce handicap :
 - évaluer le retentissement ;
 - évaluer la nécessité d'une (ré)évaluation par un ORL ou un ophtalmologue ;
 - aborder les solutions complémentaires pour éviter l'isolement social (livres enregistrés, casques d'audition..., cf. infra) ;
 - choisir les traitements selon les comorbidités, en anticipant les interactions médicamenteuses et les difficultés de prises ;
 - choisir les aides nécessaires au patient dans sa globalité, en particulier en tenant compte de l'existence éventuelle de ce handicap sensoriel.

Six écueils à éviter dans le déficit sensoriel auditif et visuel de la personne âgée

- Considérer que l'isolement sensoriel est inéluctable chez le patient âgé [67].
- Négliger l'impact thymique et cognitif de l'isolement sensoriel.
- Ne pas éliminer un bouchon de cérumen en cas de déficit sensoriel auditif.
- Ne pas dépister un isolement sensoriel en cas de chute [27].
- Ne pas dépister un isolement sensoriel en cas de troubles cognitifs.
- Ne pas veiller à maintenir l'appareillage auditif et visuel en cas de confusion.

Déficits auditif et visuel

La recherche d'un déficit sensoriel est un élément important de la prise en charge des patients âgés, dans le cadre de l'évaluation des comorbidités, des traitements et de la qualité de vie, à laquelle il est très associé par le retentissement fonctionnel.

Quand ?

- Lors d'une première consultation [295].
- Lors d'une consultation pour chute [27, 228], perte d'autonomie [31], situation de handicap [345], trouble de la marche [66], trouble thymique, plainte mnésique [298], dans les suites d'un syndrome confusionnel [119].
- En cas d'évolution lors de consultations de suivi [266, 267, 279, 295].

Comment ?

- En récupérant des informations objectives [131].
- En impliquant si besoin l'aidant principal [330], le médecin référent et tous les soignants impliqués dans l'accompagnement du patient.
- En cherchant et quantifiant le retentissement fonctionnel.

Pourquoi ?

- Afin d'améliorer l'autonomie.
- Afin de favoriser les échanges, la vie familiale et sociale, la stimulation cognitive, en particulier en cas de troubles cognitifs [131].
- Afin de prévenir le risque de chute [27].
- Afin de cibler, via un avis expert ORL ou ophtalmologique, les interventions utiles et faisables.
- Afin d'envisager et d'organiser une sanction chirurgicale (cataracte) ou un appareillage si nécessaire.

II. Déficit auditif

B La prévalence des troubles de l'audition est très élevée dans la population âgée :

- un tiers des personnes âgées $\geq +65$ ans, 40 % des personnes > 75 ans et 60 % des personnes > 85 ans ;
- 4 à 6 millions de personnes sont malentendantes en France ; les deux tiers ont plus de 65 ans.

A La presbyacousie est :

- l'étiologie de surdité la plus fréquente chez la personne âgée ;
- conséquence du vieillissement des structures sensorielles de l'oreille interne (cellules sensorielles de l'organe de Corti) et des voies auditives du système nerveux central, et donc liée à l'âge, habituellement à partir de 50 ans ;
- d'une grande variabilité interindividuelle (impact de l'exposition au bruit et des facteurs génétiques).

Les caractéristiques de la perte d'audition dans la presbyacousie sont :

- atteinte progressive, bilatérale, symétrique ;
- prédominant dans les aigus ;
- surdité de perception.

A. Symptômes de la presbyacousie

L'installation insidieuse affecte les deux oreilles de manière à peu près symétrique, la g ne est surtout ressentie pour les fréquences aiguës avec une altération de la discrimination du langage.

Les premiers symptômes de la presbyacousie sont :

- **difficulté à comprendre ses interlocuteurs dans les situations bruyantes** (difficulté à suivre une conversation de groupe ou, d'une façon plus générale, dans un milieu bruyant, c'est le classique signe du « cocktail »), conduisant le patient à faire souvent répéter ses interlocuteurs et à moins participer aux discussions [345] ;
- **intolérance aux sons forts** (la personne supporte mal les ambiances bruyantes). Alors même qu'elle ne comprend plus les conversations courantes, elle ressent douloureusement la perception de mots prononcés à haute et intelligible voix au creux de son oreille. Ceci traduit le *phénomène de recrutement* ;
- **difficultés à entendre la télévision**, ce qui conduit à augmenter le son ;

- impression d'avoir « les oreilles bouchées » ;
- **hypoacousie souvent signalée par l'entourage**, alors que le patient ne se plaint pas.

Évolution

La dégradation est ensuite lente, entraînant une gêne sociale puis une gêne familiale grandissante et pouvant, à terme, conduire à l'isolement et au repli sur soi. Le handicap auditif peut être à l'origine d'un véritable état dépressif réactionnel, d'autant qu'il s'y associe parfois des acouphènes gênants, bilatéraux, à type de sifflement.

On décrit trois stades à la presbyacousie :

1. **infraclinique** : l'unique trouble est une perte d'intelligibilité dans le bruit. L'audiogramme tonal est normal sur les graves et objective une perte inférieure à 30 dB sur la fréquence 2 000 Hz ;
2. **retentissement social** : la gêne auditive est nette. Le patient doit faire répéter et demande qu'on élève la voix. La perte atteint ou dépasse 30 dB sur la fréquence 2 000 Hz. La prise en charge est impérative ;
3. **isolement** : le patient non traité communique de moins en moins.

B. Démarche diagnostique

En présence d'un déficit auditif d'une personne âgée, une partie de la démarche diagnostique doit être réalisée par le gériatre, tandis que certains points doivent faire adresser le patient à un avis expert ORL.

Le rôle du gériatre est avant tout clinique et il doit d'abord confirmer une atteinte bilatérale, d'évolution progressive, ayant les caractéristiques de la presbyacousie.

1. Éliminer un diagnostic différentiel de la presbyacousie

La plupart des diagnostics de surdité nécessitent une audiométrie, mais trois diagnostics différentiels doivent être évoqués et les deux premiers doivent être recherchés dès la consultation de gériatrie :

- **bouchon de cérumen +++** (attention : peut être bilatéral), recherché par examen otoscopique qui est par ailleurs habituellement normal en cas de presbyacousie ;
- **atteinte cognitive** au sein de l'EGS : à évoquer en cas d'altération importante de l'intelligibilité en vocal ;
- **schwannome de l'acoustique** : à évoquer devant toute surdité unilatérale, en particulier en cas d'association avec acouphènes, sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre [130] et, plus rarement, atteinte du nerf facial.

Sans négliger l'incapacité à utiliser correctement un appareillage auditif pour des raisons cognitives ou physiques.

2. Rechercher et prévenir des facteurs aggravants ou précipitants

La prévention de l'aggravation d'une presbyacousie repose sur le traitement ou l'éviction de différents facteurs surajoutés, dont certains iatrogènes, dont le risque est majoré par l'insuffisance rénale (tableau 5.1 et encadré).

Tableau 5.1. A Facteurs aggravant une presbycusie.

Troubles métaboliques	Diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle	
Exposition au bruit	Professionnelle ou loisirs	
latrogénie ototoxique	Par voie générale	Aminosides Érythromycine Vancomycine Diurétiques de l'anse Sels de platine Aspirine (doses élevées)
	Par voie locale par pénétration dans la caisse du tympan sur perforation tympanique	Aminoside Glycopeptide Antiseptique Excipient

Règles de prescription chez la personne âgée pour éviter l'ototoxicité

- **B** Avant de prescrire un médicament ototoxique, vérifier l'état auditif et d'éventuels traitements ototoxiques antérieurement reçus.
- Ne jamais utiliser d'aminosides en l'absence d'indication formelle.
- En cas d'insuffisance rénale, adapter les doses à la fonction rénale avec recours aux dosages plasmatiques quand disponibles (sauf aminosides).
- Avant de prescrire des gouttes auriculaires, s'enquérir de l'état de la membrane tympanique.

3. Audiométrie (fig. 5.1)

- **A** Le patient est ensuite adressé en consultation ORL pour avis et réalisation d'une audiométrie :
 - elle apprécie les possibilités d'appareillage et permet le suivi, avec des tests mesurant le gain prothétique ;
 - audiométrie tonale : surdité de perception bilatérale, symétrique, prédominant sur les fréquences aiguës en cas de presbycusie ;
 - audiométrie vocale (fondée sur la répétition de listes de mots) : apprécie le retentissement sur l'intelligibilité de la parole, la gêne sociale, les suppléances du patient et ses capacités attentionnelles.

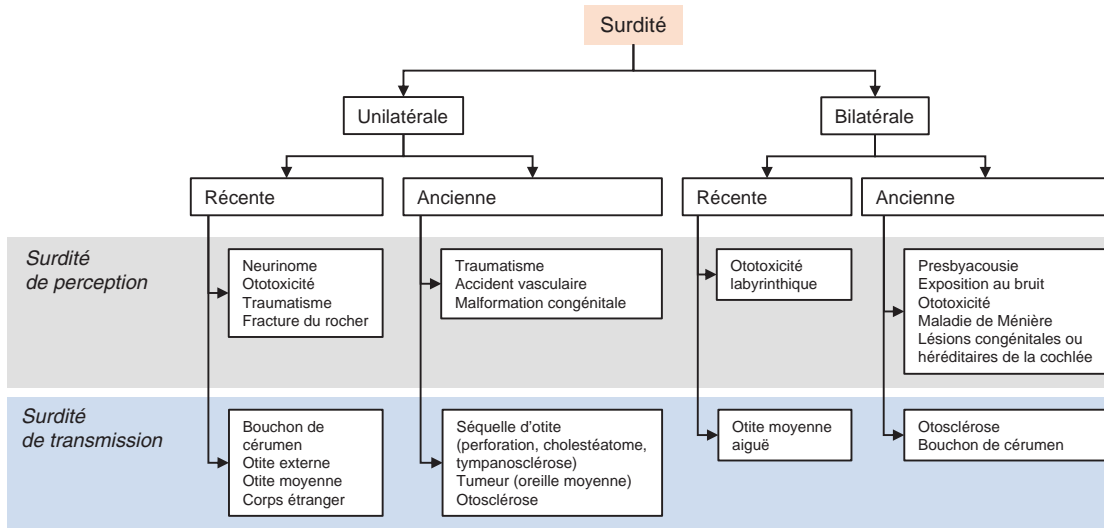


Fig. 5.1. B Différentes causes de surdité (non spécifiquement gériatriques).

C. Principes de prise en charge thérapeutique

- La plus précoce possible.
- L'approche gériatrique place la déficience auditive et le handicap qui en résulte au sein de l'évaluation globale du patient, avec l'importance d'une prise en charge précoce pour conserver un niveau de communication satisfaisant, préserver les interactions familiales et sociales et limiter l'impact sur les fonctions cognitives.
- Le diagnostic est fait par l'ORL, qui évalue la possibilité et prescrit le port d'un appareillage prothétique auditif (encadré 5.1).
- Le choix et le contrôle de l'appareillage sont du ressort de l'audioprothésiste.
- Il n'y a pas de traitement médicamenteux ou curatif de la presbyacousie.

Encadré 5.1

Appareillage auditif

- **B** Indiqué dès que la perte dépasse :
 - 30 dB sur les fréquences conversationnelles (1 000 et 2 000 Hz);
 - 30 % en audiométrie vocale sur la meilleure oreille.
- Améliore la communication mais ne permet pas un retour à une audition normale (en avertir le patient).
- Doit être précoce, car l'adaptation du patient se fait d'autant mieux qu'il est moins âgé et que sa surdité est moins marquée.
- Doit être bilatéral pour favoriser la stéréophonie qui permet une meilleure localisation spatiale et une meilleure discrimination verbale en milieu bruyant.
- Doit être porté toute la journée du lever au coucher.
- Doit être porté plusieurs semaines et réglé par l'audioprothésiste pour atteindre son objectif.

B Plusieurs types d'aides auditives sont disponibles. Elles diffèrent par l'emplacement de l'électronique amplificatrice : intraconduit, intraconque, contours d'oreille ou sur les branches de lunettes. La miniaturisation et le positionnement éventuel dans le conduit auditif externe rendent les prothèses plus discrètes mais aussi plus coûteuses. Les aides auditives sont aujourd'hui numériques, ce qui ouvre des perspectives importantes en termes de qualité de traitement du signal.

Le suivi du patient presbyacousique est effectué conjointement par le médecin traitant, l'ORL, l'audioprothésiste; un orthophoniste peut contribuer à améliorer la compréhension et la communication.

Il est important de former et éduquer le patient mais aussi les aidants naturels et professionnels (domicile ou EHPAD) aux risques éventuels liés à l'atteinte auditive dans certaines situations de la vie quotidienne, notamment la conduite automobile (difficultés en cas de phénomènes distrayeurs visuels ou auditifs).

Les situations où le bénéfice de l'appareillage est limité :

- sévérité de l'atteinte auditive (aux limites des possibilités des aides auditives conventionnelles les plus puissantes) : discuter un implant cochléaire ;
- mauvaise utilisation des appareils (capacités visuelles, cognitives et physiques du patient) pour :
 - changements de piles ;
 - utilisation des chargeurs ;
 - insertion des embouts dans les oreilles ;
 - nettoyage des embouts...

III. Déficit visuel

A La cécité est définie par une acuité visuelle de 1/20 ou moins sur le meilleur œil après correction. On considère qu'une personne est malvoyante si son acuité visuelle est comprise entre 4/10 et 1/20 au meilleur œil après correction.

B En France, les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées :

- 60 % ont plus de 60 ans ;
- 40 % ont plus de 75 ans.

A. Déficit visuel et comorbidités

A L'approche gériatrique place la recherche d'une déficience visuelle et du handicap qui en résulte au sein de l'EGS (cf. chapitre 1), en particulier chez les patients à risque de chute [27], avec l'importance d'une prise en charge précoce pour conserver un niveau d'autonomie satisfaisant, préserver les interactions familiales et sociales et limiter l'impact sur les fonctions cognitives.

B. Quatre principales pathologies ayant un retentissement sur la vision

1. Cataracte

La cataracte aboutit à l'opacité partielle ou totale du cristallin. Cette opacification peut être congénitale, traumatique, toxique (UV, radiations ionisantes...), diabétique ou liée à l'âge.

2. Glaucome

Le glaucome entraîne une augmentation de la pression oculaire qui évolue le plus souvent de façon insidieuse et indolore et comprime le nerf optique. Non traitée, cette hyperpression entraîne une perte progressive du champ visuel après destruction lente du nerf optique pouvant aboutir à la perte totale de la vue. C'est une affection qui touche de préférence les personnes de plus de 40 ans. Elle est très fréquente et sa prévalence augmente avec l'âge.

L'œil est blanc non douloureux, les pupilles sont normalement réactives et l'acuité visuelle est conservée pendant longtemps.

Les trois signes principaux de la maladie sont :

- augmentation de la pression intraoculaire au-dessus de 21 mmHg (avec un angle irido-cornéen ouvert en gonioscopie) ;
- excavation de la papille : la mesure de l'épaisseur de la papille par tomographie en cohérence optique (OCT) montre très précocement l'atteinte glaucomateuse ;
- altération du champ visuel.

À partir de l'âge de 50 ans, il est recommandé de consulter régulièrement un ophtalmologiste qui dépiste l'hypertonie oculaire. Cependant, il est possible de présenter un glaucome avec pression intraoculaire normale ; c'est pourquoi l'examen doit être complété par une OCT.

3. Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Première cause de cécité des personnes âgées de plus de 50 ans (1 million de patients en France, 25 % des patients de plus de 75 ans, [tableau 5.2](#)), il s'agit d'une perte de la vision

Tableau 5.2. B Facteurs de risque de DMLA.

Âge
Tabagisme
Hypertension artérielle
Obésité
Exposition solaire
Prédisposition génétique (facteurs familiaux)

centrale par détérioration de la macula qui entraîne progressivement une perte de la lecture, de la reconnaissance des visages...

Les symptômes habituels sont une baisse progressive de la vision globale (« les lunettes ne vont plus »), mais certains patients voient des images déformées (lignes déformées à la grille d'Amsler) ou des trous visuels (scotomes).

Stade initial, ou maculopathie liée à l'âge

- Absence de symptôme.
- Diagnostic au fond d'œil qui objective les « drusen » (accumulation de dépôts sur la rétine) et les anomalies de l'épithélium pigmentaire rétinien.
- N'évolue pas obligatoirement vers une forme plus sévère.

Forme atrophique, dite « sèche »

- Premiers symptômes : gêne à la lecture ou à l'écriture, ou baisse progressive de l'acuité visuelle.
- Évolue en général lentement, permettant aux patients atteints de conserver longtemps une vision relativement satisfaisante, malgré une gêne pour les activités nécessitant la reconnaissance des détails.

Forme exsudative ou néovasculaire, dite « humide »

- Caractérisée par le développement de vaisseaux (« néovaisseaux ») dans la région maculaire. Ces vaisseaux anormaux sont fragiles et laissent diffuser du sérum, entraînant un décollement séreux, ou du sang, entraînant une hémorragie.
- Évolution dépendant du type et de la localisation de ces vaisseaux anormaux, de la survenue éventuelle de soulèvements rétinien, d'hémorragies, et de la réponse aux traitements.
- Premiers signes d'alerte : déformations des lignes droites, diminution brutale d'acuité visuelle ou des contrastes, tache sombre centrale.
- Doivent entraîner une consultation rapide par un médecin ophtalmologiste car les traitements sont d'autant plus efficaces que le diagnostic est posé tôt.

4. Rétinopathie diabétique

Altération progressive de la rétine liée à une microangiopathie du diabète aboutissant à la baisse de la vision. Elle est le plus souvent mise en évidence par le médecin ophtalmologiste lors de visites de routine ou lors du suivi régulier du patient diabétique. Le traitement est celui du diabète, parfois complété par des traitements locaux (laser) en fonction du stade de la rétinopathie.

C. Cécités vasculaires, plus rares

1. Cécité corticale

B Bien que rare, elle peut survenir soit lors d'un accident hémorragique (complication d'un traitement anticoagulant, angiopathie amyloïde), soit par une occlusion artérielle responsable d'un infarctus cérébral postérieur bilatéral. Le diagnostic est difficile car le patient est anosognosique, conservant ses réflexes pupillaires et un fond d'œil normal. C'est le trouble du comportement et la perte de repère spatial brutal qui doit orienter le clinicien.

2. Artérite temporale (maladie de Horton)

Panartérite inflammatoire, subaiguë, segmentaire et plurifocale, la forme typique d'artérite temporale comporte classiquement des algies temporales, unilatérales, prenant leur source au niveau d'une artère temporale qui n'est plus pulsatile, mais réduite à un cordon dur, douloureux et parfois inflammatoire. La perte brutale de la vision peut être une forme de découverte si les symptômes d'alerte (amaurose transitoire) n'ont pas permis d'évoquer le diagnostic et d'initier une corticothérapie. Il peut s'agir d'une névrite optique ischémique, d'une névrite optique rétrobulbaire aiguë ischémique (à fond d'œil normal) ou, plus rarement, d'une cécité corticale.

3. Thrombose de l'artère ou de la veine centrale de la rétine

Recherche des facteurs thrombogènes actifs persistants, en particulier la présence d'un syndrome des anticorps antiphospholipides (normalement diagnostiqué bien avant un âge gériatrique).

D. Démarche diagnostique

A En présence d'un déficit visuel, une partie de la démarche diagnostique doit être réalisée par le gériatre, tandis que certains points doivent faire adresser le patient en consultation d'ophtalmologie.

Le rôle du gériatre est avant tout clinique, et il doit d'abord confirmer le déficit visuel, soit dans le cadre d'une pathologie connue, soit dans le cadre d'un déficit débutant, nié ou minimisé. Cette approche est essentielle dans la prise en charge d'un patient avec diabète [281], thrombophilie, terrain vasculaire [267], troubles neurocognitifs [298] ou adressé pour chute [27]. Elle permet d'anticiper la récurrence de chute ou les risques d'accidents domestiques [325].

1. Éliminer un diagnostic différentiel ou une étiologie inhabituelle de déficit visuel progressif

- Alexie dans le cadre de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM).
- Cécité corticale : l'examen clinique peut être particulièrement difficile en cas de TNCM et de syndrome confusionnel, mais doit faire rechercher dans un contexte aigu ou dans ses suites une cécité corticale dans les suites d'un AVC [121].

Il faut également connaître le syndrome de Charles Bonnet : hallucinations visuelles [122] concernant habituellement des personnes âgées avec une atteinte visuelle d'origine ophtalmique (DMLA, glaucome...) sans lien avec une atteinte cognitive et/ou psychiatrique sous-jacente. Il peut s'agir d'hallucinations élémentaires ou complexes (personnages, animaux...); classiquement, le patient en a conscience et n'éprouve pas d'anxiété particulière. La baisse de luminosité favoriserait leur survenue. Il n'y a habituellement pas d'indication à un traitement médicamenteux et les antipsychotiques sont inefficaces. Le traitement est celui de la cause.

2. Examen clinique, comorbidités et traitements médicamenteux

L'interrogatoire et l'examen clinique vont cibler :

- les comorbidités en particulier cardiovasculaires, et vérifier l'adéquation des traitements et des objectifs (pression artérielle, hémoglobine glyquée, voire LDL);
- l'évaluation des fonctions cognitives, au sein de l'EGS (cf. chapitre 1).

Le patient est ensuite adressé en consultation d'ophtalmologie pour avis, avec explorations spécifiques.

Mise en situation

Vous prenez en charge dans un service de gériatrie un patient de 87 ans qui est passé par les urgences pour une chute traumatique sans autre complication qu'un syndrome post-chute assez important pour qu'il ne puisse retourner au domicile où il vit avec son épouse, le couple étant habituellement autonome. D'après son épouse, ce patient a chuté trois fois dans les 3 derniers mois [27], sans symptôme associé, deux fois en se levant pour uriner la nuit et la dernière fois dans la rue en essayant d'éviter un piéton qu'il n'avait pas vu venir. Le patient a peu d'antécédents : hypertension artérielle traitée par un diurétique thiazidique et un inhibiteur calcique, troubles cognitifs ayant été signalés par l'épouse il y a quelques mois et que le médecin traitant a mis sur le compte d'une probable maladie d'Alzheimer débutante intriquée avec des éléments dépressifs, sans qu'il n'y ait eu de bilan neurocognitif plus poussé. Une IRM cérébrale a été faite et n'a pas retrouvé autre chose qu'une leucopathie vasculaire modérée.

- Le bilan de chute va mettre en évidence une hypotension orthostatique pour laquelle son traitement antihypertenseur va être adapté à la baisse, mais les circonstances des chutes ne sont pas très évocatrices de ce diagnostic étiologique.
- Dans le cadre du bilan gériatrique, vous vous rendez compte que le dysfonctionnement cognitif se manifeste principalement par des troubles attentionnels [129] avec des performances mnésiques objectives normales. Vous constatez rapidement que les échanges oraux, notamment les réponses à l'interrogatoire, sont plus performants quand l'interlocuteur est un homme et qu'on lève un peu la voix. Le patient vous signale d'ailleurs que cela l'ennuie beaucoup car il a plus de mal qu'avant à écouter sa radio et ses émissions de télévision préférées, et qu'il va beaucoup moins aux réunions de son club du troisième âge car il les trouve trop bruyantes et fatigantes.
- Avec une rééducation précoce par kinésithérapeute et psychomotricien, le syndrome post-chute s'améliore et le patient reprend une autonomie de marche correcte en quelques jours. Malgré tout, il chute une fois dans le service en butant contre le pied d'une chaise dans sa chambre et sa marche reste précautionneuse dans cet environnement peu connu pour lui. Un examen grossier de la vision détecte clairement une acuité visuelle déficitaire que le patient fait remonter à quelques mois.

Au total, ce patient est sorti rapidement du service car la reprise de l'autonomie et l'aide de son épouse rendaient raisonnable le retour au domicile, avec une poursuite de la rééducation. Mais il a surtout été rapidement revu en hôpital de jour pour complément du bilan gériatrique avec avis ORL et ophtalmologique, qui ont permis de confirmer une presbycusie marquée et une cataracte bilatérale évoluée. Le suivi a permis de vérifier que l'appareillage auditif était bien supporté et que, surtout, les troubles de l'attention et donc les performances cognitives se sont nettement améliorés avec une reprise des activités sociales. Il a aussi été opéré en deux fois et sur quelques mois de la cataracte en débutant par l'œil le plus atteint, ce qui a entraîné une amélioration sensible de la vitesse de marche et l'absence de récurrence de chute.

Points clés

- **Rechercher une presbycousie si le patient :**
 - parle fort;
 - fait souvent répéter;
 - comprend mal les conversations en groupe;
 - augmente le volume de la télévision;
 - se plaint de troubles cognitifs;
 - a l'impression d'avoir les oreilles bouchées.
- **Rechercher les principales conséquences d'une presbycousie :**
 - symptômes dépressifs;
 - communication difficile;
 - isolement social;
 - troubles attentionnels;
 - troubles cognitifs;
 - acouphènes, vertiges.
- **Le handicap visuel** doit être recherché systématiquement en particulier chez les patients avec TNC ou faisant des chutes à répétition. Les quatre maladies de l'œil le plus fréquemment responsables de handicap visuel de la personne âgée sont :
 - cataracte;
 - DMLA;
 - rétinopathie diabétique;
 - glaucome.