

ACOUPHÈNE ET SOMMEIL

Dr Philippe Peignard, Service d'ORL, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris (75015),

Dr Philippe Beaulieu, Laboratoire du Sommeil, Hôpital Henri Mondor, Créteil (94000)

Dans ce domaine comme dans la plupart des soucis rencontrés par les personnes souffrant de leur acouphène, le lien de cause à effet paraît évident entre les troubles du sommeil et la perception de l'acouphène : "l'acouphène me réveille". Or, la réalité est certainement plus complexe, car certains ont des acouphènes dont l'évaluation par analogie (acouphénométrie) les fait qualifier de forts, sans qu'ils soient gênés pendant leur sommeil, d'autres sont gênés avant mais plus du tout après TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive), sans que l'acouphène ait changé. Néanmoins, l'insomnie est la plainte la plus importante des personnes invalidées par l'acouphène (50% à 60% des acouphéniques gênés décrivent des troubles du sommeil). L'insomnie constitue le facteur principal de résistance à l'amélioration de la gêne et dépression et l'insomnie sont les facteurs prédictifs les plus forts de l'aggravation de l'inconfort et de l'intolérance à l'acouphène (selon Scott B, qui a publié en 1990 l'article intitulé : « facteurs prédictifs de l'inconfort lié à l'acouphène, adaptation et intensité subjective » dans le journal britannique d'audiologie). Les plaintes d'insomnie chez les acouphéniques, comme dans la population générale, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, et plus fréquentes avec l'âge.

Spécifique, une étude portant sur les troubles du sommeil chez les personnes de plus de 70 ans présentant des acouphènes (sommeil et ses troubles chez les sujets âgés acouphéniques, article paru en 2003 dans les archives de gérontologie signé par R. Asplund, du service de médecine de famille de l'institut Karolinska de Stockholm) retrouve trois types de plaintes relatives au sommeil : troubles de l'endormissement (plus souvent chez les femmes que chez les hommes), réveil nocturnes, somnolence dans la journée. La somnolence dans la journée est à prendre en considération tout particulièrement et méritera d'autres investigations, tant le rôle déclencheur d'acouphène de la sieste est fréquemment décrit par les patients qui s'y adonnent par plaisir ou par fatigue.

On pourrait craindre que la prise d'hypnotique n'induisse des effets indésirables (somnolence diurne, trouble de la concentration) : d'après cette étude il n'en est rien ; ainsi les insomnies nocturnes chez les acouphéniques ne seraient pas liées à la somnolence diurne (cependant on n'a pas évalué la fréquence et la durée des siestes chez les personnes concernées), et les manifestations d'asthénie ne seraient pas à attribuer aux hypnotiques, mais à la présence de l'acouphène et à la perturbation de l'architecture du sommeil qu'il induit.

Les difficultés d'interprétation tiennent notamment au fait que la plainte d'insomnie augmente avec l'âge même en l'absence d'acouphène, mais aussi à ce que la

presbyacousie est un facteur de démasquage de l'acouphène. Par ailleurs, les caractéristiques psychologiques des sujets gênés par les acouphènes et les prédispositions à l'insomnie convergent. C'est peut-être en cela que la gêne éprouvée par certains face à l'acouphène est promoteur d'insomnie. Alors, ... que savons-nous ? Que pouvons-nous faire ?

Les insomniaques acouphéniques ne semblent pas souffrir de réaction conditionnée d'angoisse du coucher, par contre la perception du signal est plus intense au moment du coucher ... On parle bien de la perception et non de la production du signal ...

Le processus de la gêne engendrée par l'acouphène chez les personnes intolérantes à cette manifestation est en rapport avec une hypervigilance de base. Ces personnes sont en état d'alerte permanent. Cet état préexiste à l'apparition de l'acouphène. Les conditions de l'apparition d'un trouble du sommeil créées par cette hypervigilance sont ainsi réunies avant que la manifestation auditive soit perçue. Nombreux sont ceux qui ont des troubles du sommeil avant que l'acouphène n'apparaisse (il reste à préciser l'importance des troubles préexistants). La survenue de l'acouphène dans l'organe sensoriel de l'alerte qu'est l'ouïe aggrave le risque d'hypervigilance. Les deux problèmes s'alimentent réciproquement.

Le mécanisme d'entretien de l'excès d'attention flottante dans l'hypervigilance est de nature cognitive. Lars-Gunnar Lundh signe un article intitulé "insomnie : interaction entre les processus d'interférence et ceux d'interprétation à propos du sommeil", publié en 2000 dans le journal de recherche en psychosomatique suédois, où il évoque le fait que l'activité cognitive (imagination, organisation, analyse, résolution de problèmes, inquiétude, rumination) interfère avec le sommeil et inclut souvent une dimension émotionnelle. D'autres chercheurs ont montré le lien entre l'insomnie et une majoration de l'activité en électromyographie (EMG), rythme cardiaque et augmentation des ondes bêta associée à une diminution des ondes alpha à l'électroencéphalographie (EEG) (1). Cette hyperactivité de base conduit à des symptômes spécifiques de jour et à des carences de sommeil nocturne. A cet état de base correspondent des facteurs biologiques (génétiques, alimentaires) et des facteurs psychologiques (cognitifs et émotionnels). On comprend donc que l'état de santé physique et morale est en interaction avec la qualité du sommeil et la gêne éprouvée face aux manifestations auditives.

Ce qui est en cause dans l'insomnie associée à l'acouphène n'est pas d'abord l'acouphène mais l'hypervigilance de base. Autrement dit : sans hypervigilance de base, l'acouphène ne réveille pas ou ne réveille plus.

L'une des cibles thérapeutiques majeures est là : quelles sont les modalités des préoccupations perpétuelles, sources de l'hypervigilance, par quels biais s'extériorisent-elles ou non, comment peut-on changer ces mécanismes ? C'est au fond l'objet de la TCC telle qu'elle est conçue pour améliorer l'adaptation à l'acouphène et à l'hyperacousie.

D'autres données (Perturbation du sommeil associée à l'acouphène chronique, étude publiée en 1993 par la Société Israélienne de Psychiatrie Biologique

sous la signature de Jason Alter concernant un personnel militaire) montrent l'influence objective de l'acouphène sur l'architecture du sommeil comme on peut le voir sur un enregistrement polysomnographique : chez les insomniaques, la latence d'apparition des mouvements oculaires rapides est courte (< 70mn) dans 67% des cas d'acouphènes testés contre 25% des syndromes obstructifs respiratoires. Cette même courte latence des mouvements oculaires rapides traduit l'existence actuelle ou récente de conditions de stress, la courte latence constituant un marqueur organique de vulnérabilité au stress. Les mouvements oculaires rapides sont présents lors de la phase de sommeil dite paradoxale où l'on rêve, activité que l'on considère notamment destinée à l'intégration des souvenirs pour tirer profit de l'expérience du jour. Les souvenirs qui ne sont pas intégrés sont les souvenirs traumatisants et l'apparition de la gêne liée à l'acouphène est vécue comme un traumatisme.

Selon Eysel-Gosepath, qui signe un article sur les caractéristiques du sommeil chez des patients acouphéniques se plaignant ou non d'insomnie ((Novembre 2004. Clinique de Römerwall en Allemagne), 65% des patients examinés ont un enregistrement du sommeil perturbé avec, alors, au minimum, une latence d'endormissement plus longue que la normale sans qu'ils se plaignent de trouble du sommeil. On retrouve des apnées du sommeil chez 60% de ceux qui ont un enregistrement perturbé, dont la moitié a une insomnie et les autres une vigilance persistante anormalement élevée, une réduction du sommeil profond et des mouvements oculaires rapides. On retrouve aussi quelques personnes présentant des "impatiences" ou syndrome des jambes sans repos.

Ces notions sont importantes pour comprendre les liens qui unissent les troubles du sommeil et l'acouphène, mais aussi pour dessiner de nouvelles perspectives thérapeutiques comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Cette technique est fondée sur l'utilisation des mouvements oculaires pour induire des processus psychologiques de désensibilisation à l'égard des souvenirs traumatiques.

On est frappé par le fait que la plainte insomniaque de l'acouphénique n'est pas toujours exprimée, a fortiori pas explorée, dans les laboratoires du sommeil : la plupart du temps ces personnes ont corrélé leur trouble à la présence de la manifestation auditive et n'ont pas de demande en terme de diagnostic. Dans la population étudiée par l'étude précédemment citée, on note une relation entre la sévérité attribuée à l'acouphène et le degré d'insomnie allégué. La nature du trouble du sommeil en cause mérite d'être précisée pour déterminer les facteurs de prédisposition et d'affiner la prise en charge : primaire ou secondaire, endormissement, maintien, éveils précoces... Dans les centres spécialisés dans la prise en charge des acouphènes, la présence de spécialistes des troubles du sommeil est donc hautement recommandée. Parmi les prises en charge des troubles du sommeil, la TCC est aujourd'hui considérée par les scientifiques comme l'approche la plus pertinente.

Une autre étude encore a comparé les situations des patients exprimant une plainte à un groupe équivalent de sujets n'exprimant pas de gêne à propos de leur acouphène (Caractéristiques de l'acouphène selon que les personnes s'en plaignent ou non. Décembre 1992. Département de psychologie de l'Université de Götterborg en Suède. Étude signée Lillemor R-M) et il semble que les difficultés de concentration, l'irritabilité et les troubles du sommeil sont plus fréquemment retrouvés chez les

personnes présentant un acouphène décrit comme non fluctuant, manifestations rapportées plus souvent par ceux qui se plaignent de leur acouphène que par ceux qui ne s'en plaignent pas, tout type d'acouphènes confondus. Par ailleurs, l'irritabilité et les troubles du sommeil sont plus fréquemment retrouvés chez ceux qui ont un acouphène bourdonnant que chez ceux dont l'acouphène est sifflant. Ceci permet à l'auteur de prédire qu'un acouphène mixte (sifflant et bourdonnant) et décrit comme non fluctuant a plus de retentissement que les autres sur les variables psychologiques dont les troubles du sommeil.

On voit la complexité des questions posées par les liens entre troubles du sommeil et acouphène, mais aussi l'importance qu'il y a à les prendre en compte. Les médecins et les patients l'ont compris depuis longtemps et les prescriptions à visée sédatrice voire hypnotique sont monnaie courante. On sait cependant que ceci ne devrait se concevoir que sur le court terme (quelques jours pour les hypnotiques, en l'absence de trouble psychiatrique) et d'autres prises en charge, non médicamenteuses notamment, devraient être prescrites d'emblée, selon les données scientifiques clairement établies aujourd'hui.

Cependant, d'un point de vue médicamenteux, plusieurs études ont évoquées l'influence bénéfique de la mélatonine sur le sommeil et l'acouphène. La plus récemment publiée (les effets de la mélatonine sur l'acouphène et le sommeil, parue dans le journal de l'académie américaine d'ORL et de chirurgie de la tête et du cou en janvier 2006, sous la signature de C. Uchechukwu), décrit un bénéfice du traitement par mélatonine indépendant de la sévérité de l'acouphène, effet d'autant plus notable sur la qualité du sommeil qu'il est sévèrement altéré chez ces patients, l'amélioration du sommeil s'accompagnant d'une amélioration du handicap provoqué par l'acouphène. L'auteur souligne la nécessité de confirmer ces résultats et de comparer ces derniers à un traitement placebo. Dans l'attente de ces éléments de preuve, il y a des procédés non médicamenteux à utiliser, qui ne sont d'ailleurs absolument pas incompatibles avec l'utilisation de médicaments ... C'est d'ailleurs le contraire qui a été prouvé : le médicament n'en est que plus efficace quand il est nécessaire !

Décidemment, s'il reste aussi des inconnues à préciser par la recherche scientifique, les pratiques médicales méritent d'ores et déjà d'être actualisées au vu des connaissances acquises !

(1) : Les ondes bêtas sont des ondes reflétant une activité de fréquence rapide à l'éveil. Les ondes alpha sont le rythme de la veille "yeux fermés" ; il est bloqué à l'ouverture des yeux et un peu aussi par l'effort mental, il va se morceler et être remplacé par du "thêta" quand on s'endort.