

Revue Médicale Suisse

L'acouphène neurosensoriel chronique

Auteur : F. M. Barras R. Maire

Numéro : 3037

Sujet: Oto-Rhino-laryngologie

L'acouphène neurosensoriel chronique est un symptôme fréquent en pratique clinique. Avant de poser ce diagnostic, il faut pratiquer un bilan ORL avec audiométrie, voire un bilan oto-neurologique, afin d'éliminer une cause organique d'acouphène, au niveau de l'oreille externe, moyenne ou dans la région rétro-cochléaire. Dans un contexte d'acouphène neurosensoriel chronique, souvent associé à une hypoacousie de perception, il n'y a pas de place pour des traitements médicamenteux. Les techniques utilisées ont pour but de rassurer le patient et de le conditionner pour qu'il tolère mieux son symptôme, s'il est perturbateur. Deux techniques sont utilisées : le modèle bio-psycho-social, avec soutien médical et psychologique, et la thérapie auditive d'habituation, utilisant des appareils générateurs de bruits à visée de masquage de l'acouphène.

INTRODUCTION

L'acouphène est un symptôme fréquemment rencontré en pratique d'oto-rhino-laryngologie. Il est défini comme la perception d'un son sans stimulation acoustique externe. Il faut distinguer plusieurs types d'acouphènes : acouphène neurosensoriel idiopathique très souvent en relation avec une surdité de perception cochléaire, acouphène sur lésion rétro-cochléaire par compression du nerf acoustique, acouphène sur pathologie de l'oreille moyenne ou externe. Un acouphène nécessite donc toujours au minimum un examen ORL avec audiométrie à la recherche d'une surdité, de lésions de l'oreille externe (bouchon de cérumen) ou de l'oreille moyenne (tumeur du glomus carotidien, otite moyenne chronique, cholestéatome, etc.). Si aucune cause n'est mise en évidence au niveau de l'oreille externe ou moyenne, et que l'acouphène est unilatéral, associé ou non à une hypoacousie de perception, un bilan oto-neurologique est indiqué. En effet, le symptôme peut être le premier signe d'une lésion rétro-cochléaire telle qu'un neurinome de l'acoustique. Ce bilan comprend un examen neuro-vestibulaire complet avec épreuves caloriques et des potentiels évoqués auditifs (PEA). Si l'un de ces examens se révèle positif, le bilan sera complété par une IRM cérébrale et de la base du crâne.

ACOUPHÈNE CHRONIQUE IDIOPATHIQUE : DÉFINITION, ÉTIOLOGIE

Dès lors qu'une cause organique a pu être exclue, hormis une surdité de perception cochléaire souvent associée, on peut poser le diagnostic d'acouphène idiopathique. Ce

symptôme est fréquent et influe de façon variable sur la vie des patients. Chez certains patients, l'acouphène n'occasionne qu'une irritation mineure. Dans d'autres cas, il peut prendre une importance telle qu'une vie normale n'est plus possible. Dans cette situation, des symptômes tels qu'insomnie, troubles de la concentration et état anxio-dépressif sont souvent rapportés. Selon des études épidémiologiques, environ 10% de la population adulte signale avoir souffert au moins une fois dans la vie d'un acouphène de longue durée, et 1% des patients acouphéniques sont sévèrement affectés dans leur vie normale. 1 Il existe plusieurs théories quant à la pathogenèse de l'acouphène. Certaines maladies métaboliques avec troubles vasculaires (diabète) ou dysfonctions hormonales pourraient être impliquées. Certains médicaments peuvent aussi être à l'origine d'un acouphène (aspirine par exemple). Des études neuro-anatomiques récentes chez l'homme, basées sur des tomographies par émission de positrons (PET-scan) et l'analyse du flux sanguin cérébral, semblent démontrer que l'acouphène n'est pas d'origine cochléaire, mais associé à des modifications plastiques du système auditif central. 2 En effet, l'acouphène semble lié à l'activation du cortex auditif primaire et secondaire, du cortex préfrontal et du cortex limbique. Ainsi, la perception de l'acouphène pourrait impliquer une activité anormale dans des régions corticales responsables des fonctions de mémoire, d'attention et d'émotion. La participation du cortex préfrontal et du système limbique souligne l'importance de l'impact émotionnel de l'acouphène. Du point de vue neuro-anatomique, différents neurotransmetteurs tels que la sérotonine (5-HT), le glutamate et l'acide gamma-amino-butirique (GABA) pourraient être impliqués dans les phénomènes de plasticité du système nerveux central 3 Les mécanismes dans le système auditif à l'origine de l'acouphène pourraient inclure une augmentation de l'activité spontanée et du taux de décharges des neurones (hyperactivité), de même qu'un changement des fréquences de décharges de neurotransmetteurs. 4 Certains auteurs ont aussi fait le rapprochement entre douleurs chroniques et acouphène. 5

TRAITEMENT

Le traitement de l'acouphène est encore controversé. De nombreux traitements médicamenteux ont été utilisés et décrits dans la littérature médicale, utilisant des substances telles que Ginkgo biloba, 6 baclofène, 7 médicaments antiépileptiques. 8 D'autres thérapies ont aussi été proposées, telles que traitement par oxygène hyperbare, 9 acupuncture 10 ou homéopathie. 11 Aucune de ces techniques médicamenteuse ou autre n'a démontré d'effet thérapeutique. Il n'y a donc pas de traitement direct sur l'acouphène à proposer et ce symptôme ne peut pas être guéri actuellement. Toutefois, le patient souffrant d'acouphène chronique est souvent demandeur d'une aide et il est largement accepté que l'approche clinique et la prise en charge des patients avec acouphène chronique invalidant doit inclure les troubles psychiques associés. 12 L'approche psychologique est donc importante, la perception de l'acouphène pouvant être nettement augmentée par un contexte de troubles anxieux, dépressif ou de la personnalité. 13 Le but des différentes stratégies thérapeutiques est d'aider le patient à faire face et à s'habituer à son acouphène. De plus, des conseils quant à la gestion de l'acouphène sont systématiquement donnés, comprenant l'utilisation de bruits de fonds neutres (par exemple enregistrements de pluie, cours d'eau), afin de masquer un symptôme désagréable par des stimuli plus tolérables. 14 Dans tous les cas, les patients sont rassurés quant à la bénignité du symptôme et à sa non-association avec une

maladie organique grave. De plus, ils sont informés que l'acouphène n'est pas la cause d'une surdité.

Dans ce contexte, deux modèles de traitement sont proposés : premièrement, le modèle bio-psycho-social (BPS), proposé par Engel en 1977,¹⁵ prenant en compte les aspects psychologiques et sociaux du patient. Dans le modèle bio-médical traditionnel, les données relatives à l'environnement social du patient restent une partie minime de l'anamnèse. Avec le modèle bio-psycho-social, une place importante est laissée aux aspects personnels, interpersonnels et sociaux de la vie du patient. Cette approche permet au médecin «d'identifier et d'évaluer le potentiel stabilisant ou déstabilisant des événements et des relations appartenant à l'environnement social du patient».¹⁵ Dans une telle prise en charge, la consultation se fait conjointement par un médecin ORL compétent pour les évaluations oto-neurologiques et un psychologue ou médecin psychiatre. Durant cette consultation, on se focalise sur l'acouphène, sa genèse, ses facteurs déclenchants, l'intensité du bruit, sa fréquence, sa variabilité et sa répercussion sur la vie quotidienne (sommeil, irritabilité, troubles de l'attention et de la concentration, etc.), dans le but d'évaluer l'impact sur la vie de tous les jours. L'anamnèse psychologique cherchera à mettre en évidence des pathologies psychiatriques telles qu'anxiété, dépression ou troubles de la personnalité ayant un impact sur l'acouphène.

La deuxième technique propose une approche cognitivo-comportementale de l'acouphène, appelée thérapie auditive d'habituation (TAH). Cette stratégie a été décrite dans les années 1990 par Jastreboff et Hasel, sous le terme de Tinnitus Retraining Therapy (TRT).¹⁶ Ces auteurs proposent un modèle neurophysiologique de l'acouphène qui inclut tous les niveaux des voies auditives et certains systèmes non auditifs (système limbique et cortex préfrontal) dans la perception de l'acouphène.¹⁶ Le but du traitement est de parvenir à un état dans lequel l'acouphène est toujours perçu, mais gérable par le patient, donc non perturbateur. La TAH propose à la fois des conseils comportementaux pour diminuer les émotions négatives ainsi qu'un traitement sonore par des appareils acoustiques générateurs de bruit, qui interfèrent avec l'acouphène lui-même. Cette thérapie est réalisée par un seul thérapeute (médecin ORL ou psychologue), en association avec un audioprothésiste.

CONCLUSION

L'acouphène chronique neurosensoriel est un symptôme pour lequel il n'existe aucun traitement curatif. Cependant, le patient souffrant d'un acouphène perturbateur peut être aidé par un soutien spécialisé ayant pour but de l'amener à mieux tolérer et gérer son acouphène (habituation). Les traitements actuellement proposés au CHUV sont l'approche bio-psycho-sociale (BPS) et la thérapie auditive d'habituation (TAH). Certains groupes utilisent déjà les deux techniques avec de bons résultats.¹³

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 Dauman R. Acouphènes : mécanismes et approche clinique. Encyclopédie médico-chirurgicale 1997;20-180-A-10.
 - 2 Mirz F, Gjedde A, Sodkilde-Jrgenses H, et al. Functional brain imaging of tinnitus-like perception induced by aversive auditory stimuli. Neuroreport 2000;11:633-7.
 - 3 Simpson JJ, Davies WE. A review of evidence in support of a role for 5-HT in the perception of tinnitus. Hear Res 2000;145:1-7.
 - 4 Kaltenbach JA, Afman CE. Hyperactivity in the dorsal cochlear nucleus after intense sound exposure and its resemblance to tone-evoked activity : A physiological model for tinnitus. Hear Res 2000;140:165-72.
 - 5 Moller AR. Similarities between severe tinnitus and chronic pain. J Am Acad Audiol 2000;11:115-24.
 - 6 Drew S, Davies E. Effectiveness of Ginkgo biloba in treating tinnitus : Double blind, placebo controlled trial. BMJ 2001;322:73.
 - 7 Westerberg BD, Roberson, JBjr, Stach BA. A double-blind placebo-controlled trial of baclofen in the treatment of tinnitus. Am J Otol 1996;17:896-903.
 - 8 Simpson JJ, Gilbert AM, Weiner GM, et al. The assessment of lamotrigine, an antiepileptic drug, in the treatment of tinnitus. Am J Otol 1999;20:627-31.
 - 9 Tan J, Tange RA, Dreschler WA, et al. Long-term effect of hyperbaric oxygenation treatment on chronic distressing tinnitus. Scand Audiol 1999;28:91-6.
 - 10 Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus : A systematic review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:489-92.
 - 11 Simpson JJ, Donaldson I, Davies WE. Use of homeopathy in the treatment of tinnitus. Br J Audiol 1998;32: 227-33.
 - 12 * Folmer RL, Griest SE, Meikle MB, et al. Tinnitus severity, loudness, and depression. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121:48-51.
 - 13 * Zachriat C, Kroner-Herwig B. Treating chronic tinnitus : Comparison of cognitive-behavioural and habituation-based treatments. Cogn Behav Ther 2004;33: 187-98.
 - 14 Hiller W, Haerkotter C. Does sound stimulation have additive effects on cognitive-behavioral treatment of chronic tinnitus ? Behav Res Ther 2005;43:595-612.
 - 15 * Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137:535-44.
 - 16 * Jastreboff PJ, Hazell JW. A neurophysiological approach to tinnitus : Clinical implications. Br J Audiol 1993;27:7-17.
- * à lire ** à lire absolument

Cet article vient de la Revue Médicale Suisse revue.medhyg.ch

L'adresse de cet article est : revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30634