

RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Acouphènes pulsatiles



PARTICIPANTS

Promoteur :

Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie
et de Chirurgie de la Face et du Cou
représentée par l'**AFON**

Avec :

Société Française de Radiologie
représentée par le **CIREOL**

RÉDACTEURS

Pr Christophe VINCENT, ORL & CCF, LILLE
Dr Jean-Loup BENSIMON, Imagerie médicale, PARIS
Pr Serge BOBIN, ORL & CCF, KREMLIN-BICÊTRE
Dr Alexis BOZORG-GRAYELI, ORL & CCF, CLICHY
Dr Guillaume SALIOU, Imagerie médicale, PARIS

1. Bilan clinique

La demande d'examen radiologique doit s'intégrer dans une démarche de diagnostic otoneurologique. Cette démarche comprend l'examen clinique avec notamment otoscopie, évaluation de l'audition, examen oto-neurologique, vidéonystagmoscopie ; l'évaluation objective des fonctions cochléaires et vestibulaires (PEAP, PEO, VNG) et l'évaluation radiologique.

2. Indication

Compte tenu de la fréquence des acouphènes dans la population (jusqu'à 10%), il n'est pas licite de proposer une exploration radiologique à tout patient consultant pour acouphène.

Cependant, tout acouphène unilatéral ou à prédominance unilatérale durant plus de 2 mois ou tout acouphène objectif doit être exploré d'un point de vue radiologique et fonctionnel.

3. Bilan d'imagerie

En cas d'acouphènes pulsatiles à tympan anormal faisant évoquer une tumeur vasculaire, un angi-examen du rocher est demandé :

angioscanner spirale avec reconstruction osseuse haute résolution du rocher
et/ou angio IRM, IRM avec injection de produit de contraste.

En cas d'acouphènes pulsatiles avec examen clinique normal, l'examen de choix en première intention est l'IRM du rocher et de l'encéphale avec injection de contraste et ARM, l'angioscanner est moins pratiqué en première intention du fait de son caractère irradiant. Le bilan radiologique doit permettre de rechercher une cause artérielle, veineuse ou tumorale. En cas de normalité, un scanner du rocher haute résolution peut être proposé en complément. Dans ce cas, l'examen doit permettre de mettre en évidence des anomalies de trajet ou anomalie embryonnaire intra pétreuses notamment parfois difficilement ou invisible en IRM avec ARM. En l'absence d'anomalie visible en IRM et sur le scanner du rocher et de l'encéphale, une exploration complémentaire des vaisseaux cervicaux par échographie doppler, angioscanner ou ARM peut être proposée à la recherche d'une pathologie vasculaire artérielle cervicale.

En cas de normalité de ce bilan radiologique, pour les acouphènes pulsatiles isolés subjectifs, aucune autre exploration radiologique n'est à proposer.

Les acouphènes non pulsatiles isolés et unilatéraux peuvent bénéficier d'une IRM des voies cochléo-vestibulaires et encéphalique. Ces examens se révéleront le plus souvent normaux. Cependant, la présence persistante d'un acouphène unilatéral ou à prédominance unilatérale doit conduire à une imagerie (IRM des rochers et fosse postérieure avec injection de produit de contraste).

Le bilan d'imagerie des **acouphènes non pulsatiles associés à une autre symptomatologie otoneurologique** est celui de la symptomatologie associée.

MÉTHODE

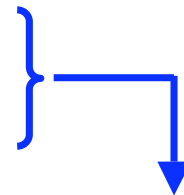
Critères pour attribuer un niveau de preuve :

1) La **qualité** des données, des études, de la documentation disponible est cotée selon :

- le schéma d'étude
- la qualité méthodologique
- cohérence
- le caractère direct de la relation.

Le **niveau de preuve** se répartit en principe entre :

- essai randomisé = preuve élevée
- étude observationnelle = preuve faible
- autre source = preuve très faible



2) Ce niveau peut **baisser** si :

- Il existe une limitation sérieuse [-1] ou très sérieuse [-2] concernant la qualité des données
- Les données sont contradictoires [-1]
- Il existe une incertitude [-1] ou grande incertitude [-2] concernant le caractère direct des preuves examinées (*directness*)
- Les données sont imprécises ou trop éparées (*sparse data*) [-1]
- L'existence d'un biais est hautement probable [-1]

3) Ce niveau peut **monter** si :

- Il existe une association forte (RR>2) [+1] ou très forte (RR>5) [+1]
- Il existe un effet-dose manifeste [+1]
- Tous les facteurs de confusion plausibles sont pris en compte [+1]

Définition des niveaux de preuve :

- ✓ Niveau de preuve **élevé** : Il est très peu probable que des recherches complémentaires modifient la validité de notre appréciation de l'effet considéré.
- ✓ Niveau de preuve **modéré** : Il est probable que des recherches complémentaires puissent avoir un impact notable sur la valeur de notre appréciation de l'effet considéré et pourraient éventuellement modifier cette appréciation.
- ✓ Niveau de preuve **faible** : Il est très probable que des recherches complémentaires puissent avoir un impact notable sur la valeur de notre appréciation de l'effet considéré et pourraient probablement modifier cette appréciation.
- ✓ Niveau de preuve **très faible** :
Aucune appréciation de l'effet considéré n'est validée.

Formulation des Recommandations :

- ✓ La formulation des recommandations prendra en compte :
 - le **rapport bénéfice/risque** (faire apparaître explicitement le résultat de ce rapport à chaque fois que c'est possible)
 - le **niveau de preuve**
 - l'**applicabilité** de la recommandation dans un contexte donné
 - l'évaluation du **risque de base** dans la population considérée.

D'après : Oxman et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations.

BMJ. 2004; 328: 1490-9

Traduction non validée donnée à titre informatif