L'HYPERACOUSIE ET SA PRISE EN CHARGE

Pr Éric Bizaguet

Audioprothésiste Membre de notre Comité Scientifique

Éric Bizaguet, audioprothésiste, membre de notre comité scientifique était intervenu lors de notre assemblée générale de 2011. Sa conférence sur l'hyperacousie et sa prise en charge nous avait permis de mieux concevoir ce symptôme difficile à appréhender. Pour en savoir plus, nous lui avons demandé de développer son intervention dans l'article ci-dessous. NDLR

T I N N I T U S S I M O 74 - 4 e T R I M E S T R E 2 0 1 1

Introduction

Différentes atteintes peuvent affecter la fonction auditive.

La plus courante est la surdité qui consiste en une dégradation des capacités auditives. La surdité correspond à une perte de quantité d'information qui peut s'accompagner ou non d'une perte de qualité d'information. Dans ce cas, le dysfonctionnement des cellules de l'oreille interne crée des distorsions perturbant la perception de l'intensité subjective et de la fréquence.

D'autres pathologies, acouphènes et/ou hyperacousie, peuvent également coexister ou être présentes de façon isolée.

L'hyperacousie qui affecte 2 % de la population générale, existe chez 20 à 40 % des patients acouphéniques.

Soixante seize à 86 % des patients hyperacousiques présenteraient un acouphène.

L'hyperacousie correspond à une difficulté d'acceptation de bruits de forte intensité. L'hyperacousie est un symptôme rapidement très invalidant, avec, pour conséquences, le repli sur soi, l'arrêt de l'activité professionnelle ou le port de protection auditive.

Selon les auteurs, les définitions de l'hyperacousie diffèrent, incluant ou non le recrutement vrai ou subjectif, la misophonie, l a distorsion de certaines notes ou encore la phonophobie.

Il apparaît donc indispensable de définir ces différents termes afin de bien les délimiter.

L'apparition d'une hyperacousie doit conduire à une investigation à la recherche de la cause de ce symptôme afin de pouvoir le traiter.

©http://www.france-acouphenes.org/site/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=204

La prise en charge des patients hyperacousiques nécessite en première intention un bilan ORL complet afin de déterminer la meilleure voie d'action et un bon suivi des patients.

Après avoir réalisé un bilan ORL confirmant l'existence de l'hyperacousie, la décision est prise de mettre en place un protocole du port de bruiteurs en étroite collaboration entre le médecin ORL et l'audioprothésiste.

La prise en charge de 155 patients hyperacousiques ayant suivi ce protocole a permis de l'adapter et les résultats obtenus ont été utilisés pour améliorer régulièrement les modalités de prise en charge.

La fourchette d'âge est de 19 ans à 57 ans, avec un âge moyen de 33 ans, 48 % de femmes et 52 % d'hommes.

DÉFINITIONS

1 - Hyperacousie

Pour Mathisen (1969), Anari et coll. (1999), l'hyperacousie regroupe les sensations d'inconfort induites par des sons modérés, parfaitement tolérés habituellement, sans référence aucune au seuil auditif.

Pour Nelting (2002), l'hyperacousie correspond à un terme générique signifi ant que les impressions acoustiques sont évaluées comme trop fortes, déplaisantes ou menaçantes.

Pour Andersson et coll. (2002), il s'agit d'une intolérance aux sons environnementaux ordinaires.

Pour Jastreboff, l'hyperacousie est une réaction forte et violente au son engendrant un inconfort physique qui varie en fonction des caractéristiques physiques du son (spectre-durée-intensité).

Elle est indépendante de la perte auditive.

De façon générale, l'hyperacousie est une sensation d'inconfort, voire de douleur, pour des intensités élevées habituellement bien tolérées par le normo-entendant. Ce phénomène est en général constaté en l'absence de perte auditive. C'est une réaction exagérée du système auditif due à une hypersensibilité des voies auditives qui apparaît souvent suite à un traumatisme sonore unique ou répété (boîte de nuit, concert, perceuses, instruments de musique etc.).

C'est un phénomène d'abord périphérique auquel s'ajoute dans un second temps une composante émotionnelle au bout d'environ 6 mois.

On pourra faire le parallèle avec les troubles du sommeil de l'insomnie aiguë (hyperéveil 1) ou chronique avec facteurs perpétuant ou bien encore avec la douleur aiguë ou chronique.

L'hyperacousie n'est pas une réelle intolérance aux bruits (pas de réflexe cochléo-palpébral 2) mais plutôt une exacerbation marquée de l'attention vis-à-vis des bruits, qui les rend intolérables ou douloureux pour le patient.

C'est un effondrement de la tolérance de l'oreille à des sons ou des bruits présentant une intensité normale et habituellement tolérés.

L'oreille a perdu de sa dynamique de fonctionnement et le seuil d'inconfort se rapproche du seuil d'audition.

Les causes d'hyperacousie sont dans la très grande majorité des cas dues à des traumatismes sonores :

- soit ponctuels (concerts, bruit impulsionnel etc.),
- soit répétés de type exposition professionnelle (instruments de musique, élèves etc.).

On retrouve dans cette catégorie les musiciens professionnels pour 32 %, les chanteurs ou les enseignants.

- soit les deux pour les étudiants qui fréquentent régulièrement des bars ou boites de nuit, ou qui écoutent un baladeur trop longtemps et/ou trop fort.

L'hyperacousie peut apparaître alors associée clairement à un événement de type traumatisme sonore, surdité brusque ou Menière, ou bien apparaître progressivement sans être associée à un événement particulier.

Dans ce cas, l'anamnèse 3 révèle un environnement bruyant et des traumatismes sonores répétés dans la majorité des cas.

D'autres types d'hyperacousie sont retrouvés dans la littérature :

hyperacousie de désafférentation 4 ou de **sous-stimulation** liée à une privation sensorielle auditive (en relation avec une surdité - recrutement subjectif),

hyperacousie cochléaire qui est ressentie comme une sensation douloureuse avec des réactions émotives (malaise, irritation, pleurs) (Dr Marsha Johnson), **hyperacousie vestibulaire qui provoque une perturbation du mécanisme d'équilibre** chute, vertige, nausées) voir une confusion mentale avec perte de conscience,

hyperacousie dite métabolique qui proviendrait d'un déficit central en neurotransmetteur 5 se manifestant dans les deux oreilles sur toutes ou bon nombre de fréquences (syndrome de Williams),

hyperacousie liminaire (au niveau du seuil) **ou supraliminaire** (phonophobie) (Brandy et Lynn 1995).

2- Misophonie

Le terme de misophonie a été inventé par Margaret Jastreboff pour mettre un nom sur des plaintes de patients qui ne rentraient pas dans les définitions de l'hyperacousie.

La misophonie est une réaction de rejet, de gêne vis-à-vis de certains bruits qui ne sont pas forcément forts (le bruit du piano du voisin par exemple).

C'est un phénomène uniquement émotionnel (système limbique 6). Le mécanisme est très proche de la gêne liée à l'acouphène puisque c'est la signification du bruit qui le rend gênant et non son intensité objective (qui peut être faible).Il peut dans certains cas y avoir des sons forts ressentis comme désagréables non pas du fait de leur volume mais du fait de leur signification. Dans ce contexte, il n'est pas toujours évident de différencier une hyperacousie d'une misophonie.
La misophonie n'est jamais isolée, elle est toujours associée soit à une hyperacousie, soit à un acouphène.

Le discours doit impérativement être différent en face d'une hyperacousie seule ou d'une hyperacousie associée à une misophonie car dans ce cas la disparition du symptôme est plus longue à obtenir (12-18 mois).

3- Phonophobie

Il s'agit d'une peur incontrôlée du bruit qui entraîne des comportements d'évitement importants et le port de protection auditive le plus clair du temps.

Le patient vit en reclus avec un casque sur la tête la majorité du temps.

L'hyperacousie chronique est susceptible d'évoluer vers une phobie au bruit si le tempérament du patient l'y prédispose.

Ces cas relèvent de la psychiatrie et les difficultés seront de deux ordres : détecter les patients phobiques (la limite n'est pas toujours facile à déterminer) et faire accepter au patient d'aller consulter.

1 Hyper réveils : fréquents réveils nocturnes associés à des difficultés pour s'endormir à nouveau.
2 Réflexe cochléo-palpébral : occlusion réflexe des paupières suivant l'audition d'un bruit violent.
3 Anamnèse : Il s'agit de renseignements recueillis par un professionnel de santé concernant les antécédents médicaux du patient, l'histoire de la maladie et les résultats des traitements déjà suivis. Elle est consignée dans le dossier médical.
4 Désafférentation : diminution partielle ou totale des entrées sensorielles dans les voies nerveuses.
5 Neurotransmetteur : molécule chimique transmettant les messages d'un neurone à l'autre

6 Système limbique : ensemble de structures du cerveau jouant un grand rôle dans les émotions et la mémoire.

4- Recrutement

Selon les auteurs, il s'agit soit d'une hyperacousie accompagnée d'une surdité, soit d'une intolérance aux bruits liée à la privation auditive de la surdité. Dans le second cas, l'appareillage auditif de la surdité permet de revenir à un niveau de sensation normal au bout d'un mois environ.

5- Vibrations ou distorsion de certaines notes

Certains patients (souvent des musiciens) signalent lorsqu'ils jouent du piano par exemple une note très précise qui est à la fois déformée (saturée) et difficilement supportable.

La même note jouée sur deux pianos différents n'est pas forcément gênante sur les deux.

Ce phénomène est très handicapant car les musiciens professionnels sont très souvent obligés d'arrêter de jouer ou de jouer avec bouchons. Et parfois, malgré les bouchons, certains patients restent gênés. Cette sensation peut être isolée ou associée à une hyperacousie. Ces symptômes s'atténuent la plupart du temps par le port de bruiteurs, mais pas toujours complètement.

6- Sensation de battements

Cette sensation, qui correspond à ce qu'on ressentirait si on nous soufflait dans l'oreille, apparaît à l'audition de sons graves (bus, camions, musique etc.). Elle est causée par des contractions et décontractions rapides du muscle du marteau. Un traitement médicamenteux permet de réduire le symptôme.

BILANS

1. La prise en charge audio prothétique fait suite au diagnostic d'hyperacousie et correspond de nouveau à la réalisation d'une anamnèse. L'audiométrie recherche le seuil auditif, le seuil de confort qui servira de référence « sans risque » à l'efficacité du traitement et est finalisée, quand c'est possible, par une recherche prudente des seuils d'inconfort.

2. La cause, périphérique ou centrale, est parfois connue à la suite du bilan.

Les causes périphériques peuvent être liées à l'exposition à de fortes intensités sonores. On retrouve également comme causes la paralysie faciale de Bell (1/3 patients), le Syndrome de Ramsay Hunt (virus qui touche les neurones du ganglion géniculé responsable des mouvements des muscles du visage (herpès auriculaire et paralysie faciale), une fistule labyrinthique etc…

Les causes centrales peuvent être liées à des causes accidentelles (traumatisme crânien,) ototoxiques, psychologiques (dépression, stress, angoisse) et à des désordres neurologiques.

3. L'anamnèse audioprothétique a pour but de comprendre dans quel contexte est apparu ce symptôme et de quantifier subjectivement son impact de 0 à 10. Les items suivants sont recherchés :

la localisation du symptôme, son ancienneté, le type de bruits gênants et la durée d'exposition nécessaire, l'existence de mauvais jours, la cause, l'activité professionnelle, l'état général, des éléments permettant une analyse du profil psychologique, la présence de stress, de nervosité et de fatigabilité, l'existence d'exposition aux bruits, l'impact sur la vie sociale, les activités arrêtées ou affectées, les éventuelles protections utilisées (coton, bouchon, casque, aucune), l'existence d'un changement du mode de vie (comportement d'évitement, autre) et les traitements passés ou présents.

Cette anamnèse sans être exhaustive permet un traitement statistique des informations. Une anamnèse plus complète pourra être réalisée.

4. Des questionnaires sont également utilisés pour quantifier l'hyperacousie :

4-1 Questionnaire de sensibilité auditive (Khalfa 1999)

Il permet de quantifier les différentes dimensions lors de la perception de l'intensité d'un signal sonore.

Cette mesure est révélatrice de l'hyperacousie car il a été montré que l'intensité d'un son est le paramètre prédominant intervenant dans la gêne que ce son est susceptible d'engendrer.

4-2 Test d'Hyper-sensibilité, THS

Il est disponible sous deux formes validées, 27 questions pour la plus complète et 15 questions pour la plus utilisée pratiquement. L'analyse se fait sur trois dimensions : réaction cognitive, comportement somatique et réaction émotionnelle. Les questions sont notées de 0 à 3 : 0 non, 1 parfois, 2 souvent, 3 toujours.

Le score total du THS est compris entre 0 et 45 pour la version courte.

La somme des réponses donne le degré d'hypersensibilité (ou d'incapacité) ; il pourra donc être utilisé dans le domaine de la médecine du travail ou de la médecine médico-légale pour le calcul d'indemnités.

4-3 Questionnaires M.A.S.H 7

Fondé sur l'évaluation de la gêne liée à l'hyperacousie dans 14 situations différentes de la vie quotidienne (concert, shopping, cinéma, travail…), il est simple d'utilisation et très représentatif car la plupart des situations de la vie quotidienne sont listées.

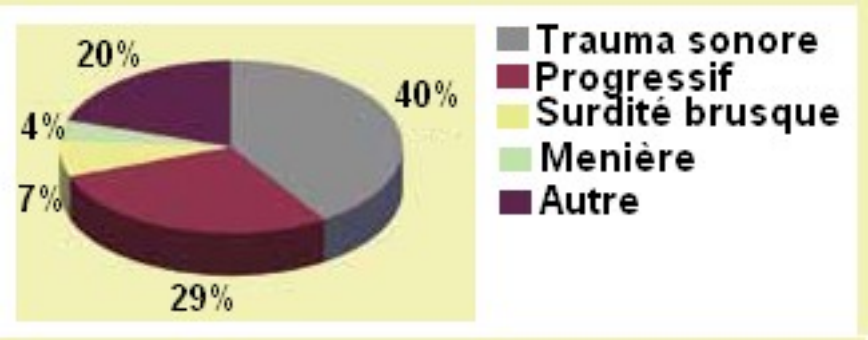
Une étude réalisée par les auteurs en 2005 sur 249 patients permet de montrer une très bonne corrélation entre le questionnaire et l'évaluation de la gêne subjective globale sur une échelle de 0 à 10.

4-4 Utilisation des Échelles Visuelles Analogiques

L'EVA est largement répandue pour l'évaluation du niveau de douleur. Elle est utilisée dans le cadre de la quantification de l'acouphène et peut être détournée pour l'évaluation de la gêne provoquée par l'hyperacousie. Le protocole est le suivant : une phrase d'introduction est lue au patient:

« Évaluez la gêne que vous occasionne votre hyperacousie dans votre vie quotidienne, entre pas de gêne du tout (en montrant le bas de l'échelle) et le maximum de gêne imaginable (en montrant le haut de l'échelle) pour une hyperacousie ».

Il est important que chaque professionnel s'astreigne à dire précisément cette phrase afin de pouvoir comparer les résultats entre les différentes équipes. L'ensemble de ces données permet de suivre le patient, de quantifier ses progrès et d'adapter progressivement le protocole.



PROTOCOLE HYPERACOUSIE

1- Généralités

1.1 La prise en charge d'un patient hyperacousique ou acouphénique est plus efficace si elle est faite dans le cadre d'une équipe. On peut identifier trois grandes voies :

L'ORL fait le bilan ORL, recherche des causes éventuellement objectives, propose un traitement médicamenteux si nécessaire. Puis le patient est orienté vers un traitement sonore et psychologique si nécessaire.

L'audioprothésiste vise la réorganisation des voies auditives de la manière décrite plus loin.

Les psychologues : relaxation sophrologique, TCC par exemple. Le but est de diminuer la charge émotionnelle, le stress et les comportements qui ancrent le symptôme ou bloquent l'habituation.

1.2 Une information adaptée est transmise à chaque patient.

Elle permet parfois de traiter le symptôme sans bruiteur. Cette information doit être cohérente entre les membres de l'équipe.

Les deux consignes essentielles étant d'informer sur les dangers du bruit et de ne pas se réfugier dans le silence. En effet, les milieux sonores trop élevés présentent un risque traumatique pour l'oreille tandis que le silence accentue et pérennise l'hyperacousie sur le moyen terme en accentuant le contraste des bruits d'impact.

2- En pratique

2.1 Hyperacousie seule

Il est important de bien distinguer les deux cas : uniquement périphérique ou à composante émotionnelle.

Une limite arbitraire de 6 mois permet de séparer les deux catégories, mais c'est surtout la présence des

comportements d'évitement qui représente le signe clair d'une composante émotionnelle.

Cas périphériques

L'hyperacousie apparaît souvent après un traumatisme sonore et peut être unilatérale. Il n'y a pas ou peu de comportements d'évitement.

Si l'hyperacousie est clairement signalée sur une seule oreille, sans comportement d'évitement et récente (moins de 6 mois), un seul bruiteur est adapté.

Si les deux oreilles sont touchées, deux bruiteurs sont adaptés.

Il faut en moyenne 2 à 3 mois pour revenir à un niveau de sensation normale et l'on demande au patient de porter les bruiteurs 2 à 3 mois supplémentaires pour stabiliser la situation et éviter les rechutes. Soit environ 6 mois au total.

Le port doit être régulier toute la journée. Si ce n'est pas possible, le port sera fait de manière séquentielle telle que décrit dans la TSS 8 (Thérapie Sonore Séquentielle).

Le bruit utilisé sera du bruit blanc 9 ou du bruit rose 10 . Le bruit blanc peut être perçu comme plus agressif, mais lorsqu'il est supporté, il est plus efficace. L'intensité est augmentée par l'audioprothésiste progressivement au cours du traitement toutes les trois semaines en fonction de l'évolution de l'hyperacousie et de l'habituation au bruit blanc du bruiteur. Plusieurs types de bruiteur existent, chacun présentant des avantages, des inconvénients ou des stratégies différentes, le choix final restant à l'audioprothésiste en fonction des caractéristiques du patient et de son hyperacousie. Le rôle de l'audioprothésiste est d'accompagner le patient dans la mise en place des bruits, de déterminer le type de bruiteur, de régler le spectre du bruit et de suivre l'évolution du volume en étroite collaboration avec le médecin ORL.

L'action du bruiteur à court terme est décrite par les patients comme un «matelas» sonore diminuant le contraste des bruits d'impact. L'action du bruiteur à moyen terme est la diminution de l'attention portée aux bruits et probablement la réorganisation des voies auditives.

L'arrêt du port se fait en général au bout de 6 mois avec une guérison totale. Des conseils de prévention du bruit seront donnés avant de se quitter.

Cas émotionnels

L'hyperacousie est présente en général depuis plus de 6 mois. Un comportement d'évitement représente un bon signe pour séparer les deux catégories (Protection auditive portée plus ou moins longtemps, modification du comportement etc.).

Il est en effet fréquent de constater le port de bouchons ou de casque avec une modification importante du comportement liée directement à l'hyperacousie.

Le protocole de port est le même que précédemment décrit, avec une guérison partielle (70 à 80 % de la gêne a disparu) au bout de 6 mois.

Certains bruits restent difficiles à supporter (cris d'enfants) mais la gêne principale a disparu.

La description des bruits gênants résiduels est en fait celle de bruits gênants pour tout le monde.

Il s'agit à notre avis d'un apprentissage de l'expérience douloureuse des bruits qui les rend plus présents, et non d'une hyperacousie résiduelle.

Il est important de prévenir le patient de ce résultat partiel en début de traitement. L'acceptation de la gêne sera meilleure. Sans quoi cela pourrait être interprété par le patient comme un échec.

Cette gêne disparaît progressivement avec le temps. Sophrologie ou Thérapie cognitive et comportementale (TCC) par exemple permettraient une complète guérison plus rapidement.

2.2 Hyperacousie associée à la misophonie

Il est très important de détecter la misophonie et de l'expliquer au patient sans quoi le résultat promis ne peut pas être atteint. La misophonie est plus longue à disparaître (12 à 18 mois).

L'hyperacousie sera traitée de la même manière que décrite ci-dessus.

Pour la misophonie, un exercice simple d'environ 10 minutes par jour peut être proposé ce qui permet de rééduquer le système auditif.

La sophrologie ou la TCC par exemple permettrait une complète guérison plus rapidement.

2.3 Acouphène associé à l'hyperacousie

20 à 40 % des patients acouphéniques se plaignent d'une hyperacousie selon les auteurs.

On s'occupe impérativement de l'hyperacousie en premier à l'aide de bruiteurs. Au bout de 6 mois, l'amélioration de l'hyperacousie permet la plupart du temps de rendre inoffensif l'acouphène. Si ce n'est pas le cas une prise en charge spécifique de l'acouphène est mise en place soit avec des bruiteurs, soit avec des appareils auditifs, soit les deux.

2.4 Acouphène + misophonie

Il est très important de détecter la misophonie et de ne pas la confondre avec une hyperacousie car le problème n'est pas réglé en 6 mois, mais peut prendre 12-18 mois comme pour l'acouphène.

Il est important de l'expliquer au patient sans quoi le résultat promis ne peut pas être atteint. De plus des exercices spécifiques pour la misophonie doivent être mis en place.

Comme dans le paragraphe précédent concernant l'hyperacousie, pour la misophonie un simple exercice d'environ 10 minutes par jour permet de rééduquer le système auditif (la sophrologie ou la TCC par exemple permettraient une complète guérison plus rapidement).

En ce qui concerne l'acouphène, une prise en charge spécifique est mise en place soit avec des bruiteurs, soit avec des appareils auditifs, soit les deux.

2.5 Cas des patients qui ont un long parcours ORL, audioprothétique, TCC, ou autre se soldant par un échec

Une part importante du traitement repose sur la cohérence de l'information donnée au patient par

l'équipe. Un patient qui reçoit une information contradictoire provenant de différentes sources (Internet, associations ou professionnels compétents ou non) entraîne un doute chronique.

Dès lors, la prise en charge de tels patients est rendue très difficile et la confiance minimale indispensable ne peut parfois pas être mise en place, ce qui conduit le patient à ne pas accepter de suivre le protocole proposé. La deuxième part importante pour la réussite du traitement est le patient lui-même. Les chances de succès sont très souvent impactées par la catégorie.

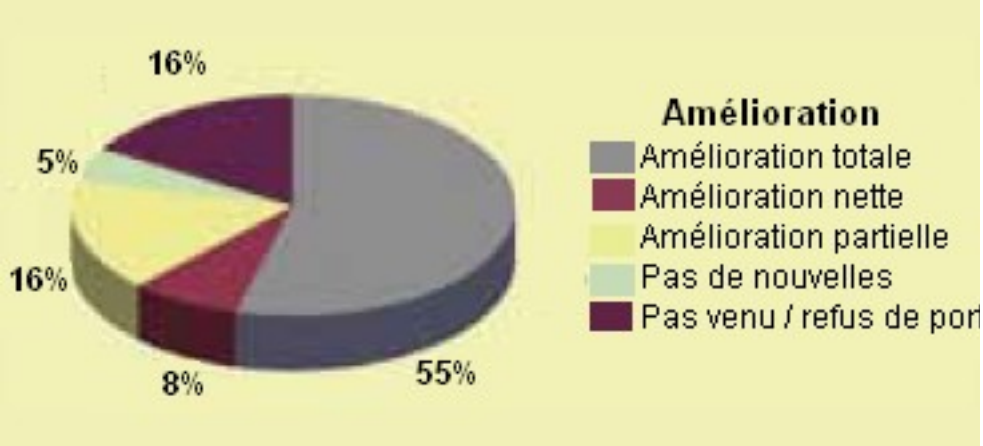
7 Multiple Activity Scale of Hyperacusis ; Dauman et Bouscau-Faure 2005

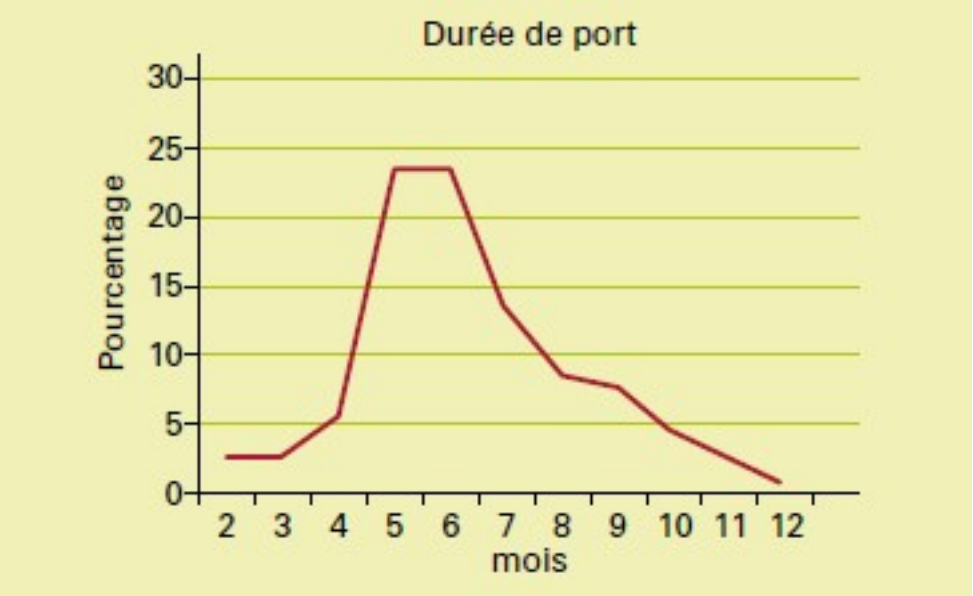
8 Thérapie sonore séquentielle : thérapie sonore consistant à faire écouter un bruit blanc à intensitémasquante puis à réduire progressivement on intensité dans le but d'aider à la mise à distance de l'acouphène.

9 Bruit blanc : bruit contenant toutes les fréquences audibles par l'oreille humaine à la même intensité.

10 Bruit rose : bruit à large spectre dont l'intensité diminue de 3 dB par octave

RÉSULTATS

Sur 155 patients traités depuis 2002 (ancienneté moyenne de l'hyperacousie de 9,3 mois), 79 % des patients ont été améliorés totalement ou partiellement, 5	

% n'ont pas donné de nouvelles et 16 % ne sont pas venus ou ont refusé le protocole proposé.	
La durée moyenne de port est de 6 à 7 mois, sachant que lorsqu'elle est supérieure le résultat décroît. Après 6 mois de port et en cas de gêne résiduelle, le résultat final sera sans doute partiel. Cependant, dans ce cas, la description des bruits gênants résiduels est en fait celle de bruits gênants pour tout le monde.	Image durée de port 
Parmi les patients pris en charge, l'ancienneté de l'apparition de l'hyperacousie a	Image corrélation

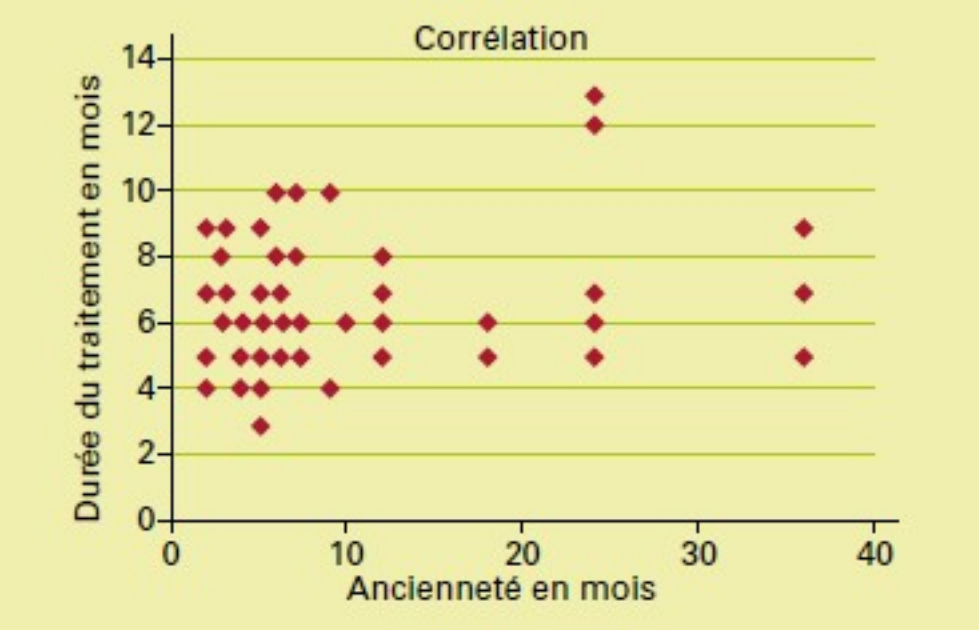
été une de nos craintes.

Nous pensions en effet qu'il fallait traiter l'hyperacousie le plus tôt possible pour obtenir une guérison.

Le schéma ci-contre montre qu'il n'en est rien. Il n'y

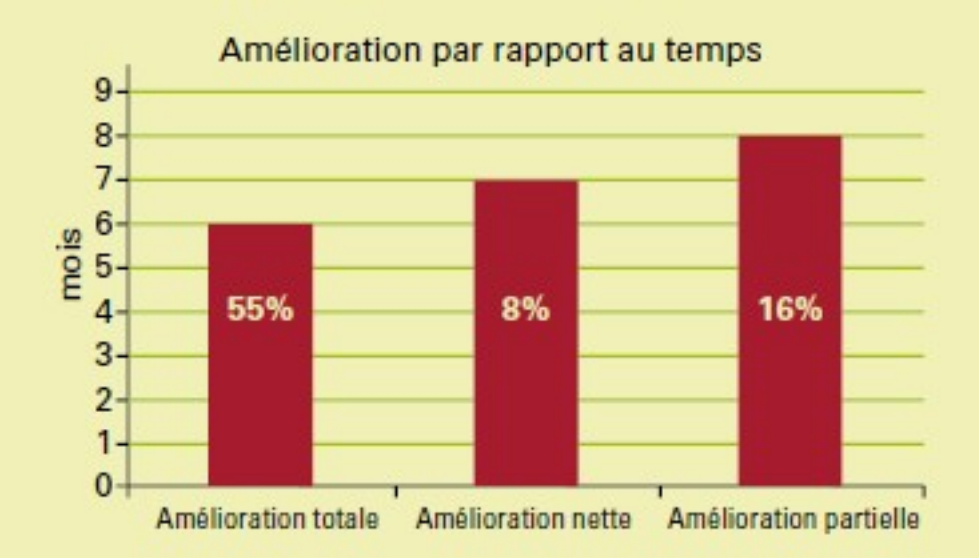
a pas de corrélation entre l'ancienneté d'apparition et la durée du traitement qui est en moyenne de 6 à

7 mois.



Ceci permet de donner espoir aux patients hyperacousiques de longue date car ils peuvent espérer être soulagés en 6 mois quelle que soit l'ancienneté de leur hyperacousie.

Amélioration temps



Il reste un point important à aborder, qui concerne les rechutes.

Sur 155 patients, nous avons noté 9 rechutes soit pendant le traitement soit après.

Pour 8 patients sur 9 elles sont dues à une nouvelle exposition sonore qui a réenclenché l'hyperacousie.

Pour limiter ces situations toujours très mal vécues par les patients, les conseils concernant la protection des bruits doivent être rappelés fréquemment et la protection mise en place lorsque cela est nécessaire.

Le 9e patient a arrêté le port des bruiteurs après trois mois alors que son hyperacousie avait disparu.

C'est pourquoi nous recommandons un port de minimum 6 mois afin d'éviter ce type de rechute.

CONCLUSION

L'hyperacousie est une douleur qui peut être traitée par une équipe formée en environ 6 mois.

La prise en charge des patients hyperacousiques est plus efficace si elle est faite dans le cadre d'une équipe.

Elle comporte : un bilan et une prise en charge ORL, une prise en charge audio prothétique, une prise en charge psychologique.