

CONSENSUS EVALUATION CLINIQUE ET MESURE DES RESULTATS (TRI Workshop 2006)

Langguth et al. Consensus for Tinnitus Research

Dans chaque catégorie les recommandations sont listées selon leur degré de pertinence

A: Essentiel

B: Fortement recommandé

C: Éventuellement intéressant

EVALUATION CLINIQUE

Examen physique

A: Examen otologique par un spécialiste ORL

A: Examen du cou (mobilité, sensibilité, tensions musculaires...)

B: Examen de l'articulation temporo-mandibulaire

Évaluation audiologique

A: Audiométrie (seuils auditifs tonals jusqu'à 8 kHz)

B: Tympanométrie et réflexes stapédiens

B: Audiométrie hautes fréquences (au minimum jusqu'à 12 kHz)

B: Oto-émissions acoustiques (OEAP, DP)

B: Seuil d'inconfort (Loudness Discomfort Level)

C: Potentiels évoqués auditifs précoces (PEAP)

Mesure psychoacoustique de l'acouphène

B: Tonie (Loudness match)

B: Sonie (Pitch match)

B: Seuil de masquage (Minimum Masking Level)

B: Inhibition résiduelle

Interrogatoire : Histoire de la maladie

Une majorité des participants favorise les questionnaires préalablement renseignés par le patient (avec possibilité de clarification ultérieure) plutôt qu'un interrogatoire structuré. Mais cette position n'est consensuelle. Il a donc été convenu, comme première étape vers un futur consensus, d'extraire une liste d'items communs aux différents questionnaires actuellement employés. Une première tentative pour définir cette liste est en pièce jointe.

Questionnaires d'évaluation de l'acouphène

A: Emploi d'un questionnaire d'évaluation de la sévérité de l'acouphène validé en français

- STSS (Sévérité)
- THQ (Handicap)
- TRQ (Détresse)

B: Évaluation de la sévérité de l'acouphène par d'autres questionnaires en particulier le THI qui est plus fréquemment utilisé au plan international. Cependant ce questionnaire n'est pas actuellement validé en français. (Il a également été admis que pour le futur il serait indispensable de définir un questionnaire amélioré destiné à une plus large diffusion).

C: Evaluation des troubles dépressifs (Ex : BDI)

C: Evaluation des troubles anxieux (Ex : STAI)

C: Evaluation de la qualité de vie (Ex : WHODAS II)

C: Evaluation des troubles du sommeil (Ex : PSQI)

EVALUATION DES RESULTATS

A: Emploi d'un questionnaire d'évaluation de la sévérité de l'acouphène validé en français

- STSS (Sévérité)
- THQ (Handicap)
- TRQ (Déresse)

B: Évaluation de la sévérité de l'acouphène par d'autres questionnaires en particulier le THI qui est plus fréquemment utilisé au plan international. Cependant ce questionnaire n'est pas actuellement validé en français. (Il a également été admis que pour le futur il serait indispensable de définir un questionnaire amélioré destiné à une plus large diffusion).

C: Évaluation des symptômes dépressifs (Ex : BDI)

C: Évaluation des troubles anxieux (Ex : STAI)

C: Évaluation de la qualité de vie (Ex : WHODAS II)

C: Évaluation des troubles du sommeil (Ex : PSQI)

C: Tonie (Tinnitus Loudness Match)

C: Seuil de masquage (Minimum Masking Level)

C: Mesure objective de l'activité cérébrale (Imagerie fonctionnelle, électrophysiologie)

ABBREVIATIONS

- kHz kilohertz
- dB décibel
- SL sensation level
- MML minimal masking level
- THI Tinnitus Handicap Inventory (Newman et al, 1998)
- THQ Tinnitus Handicap Questionnaire (Kuk et al, 1990)
- TRQ Tinnitus Reaction Questionnaire (Wilson et al, 1991)
- TQ Tinnitus Questionnaire (Hallam et al. 1988)
- BDI Beck Depression Inventory (Beck and Steer, 1984)
- STAI State-Trait-Anxiety-Inventory (Spielberger et al, 1970)
- WHODAS WHO Disability Assessment Schedule (McArdle et al, 2005)
- PSQI Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al, 1989)

“Liste d’items” pour les questionnaires histoire de la maladie

Les items sont classés selon leur degré de pertinence, la catégorie “A” (= essentiel) est en caractère gras.

Données générales

1. Age
2. Genre
3. Latéralité
4. Antécédent familial d’acouphène (parents, fratrie, enfants)

L’acouphène et son évolution

5. Date de début
6. Mode d’installation : **Progressif ? Immédiat ?**
7. Événements associés :

- Baisse auditive
- Traumatisme sonore
- Otite moyenne
- Trauma crânien
- Trauma cervical
- Traitement dentaire
- Stress
- Autres.....

8. Type :

- **Stable**
- **Pulsatile**
- **Autre.....**

9. Latéralisation :

- **Oreille droite**
- **Oreille gauche**
- **Bilatéral (symétrique?)**
- **Dans la tête?**

10. Intermittent ou constant

11. Fluctuant ou non fluctuant

12. **Intensité. EVA 1-100. Au pire ? Au mieux?**

13. Comparaison à un son : description libre et/ou liste de choix

14. Contenu fréquentiel :

- Fréquence pure
- Bruit blanc
- Son complexe
- Autres.....

15. Fréquence :

- Très aigu
- Aigu
- Medium
- Grave

16. Pourcentage du temps d'éveil en étant conscient de la présence de l'acouphène?

17. Pourcentage du temps d'éveil en ressentant une gêne liée à l'acouphène?

18. Traitements préalables

- Aucun
- Quelques uns
- Nombreux
- Circonstances de modification

19. Masking naturel :

- **Musique**
- **Sons environnementaux usuels**
- **Autres sons**

20. Aggravation après exposition à des sons forts

21. Modulation par des mouvements ou pressions cutanées :

- **de la tête**
- **du cou**
- **des membres supérieurs (à décrire spécifiquement)**
-

22. Sieste :

- Aggravation
- Amélioration
- Sans effet

23. Effet de la qualité du sommeil sur la perception de l'acouphène

24. Effet du stress

25. Effet des médicaments"

- Le(s)quel(s)
- Signes cliniques associés

26. Hypoacousie?

27. Appareillage auditif :

- **Non**
- **Droit**
- **Gauche**
- **Bilatéral**
- **Effet sur l'acouphène**

28. Gêne dans le bruit ou intolérance au bruit

29. Douleur provoquée par le bruit

30. Céphalées

31. Vertiges, troubles de l'équilibre

32. Syndrome algo-dystrophique de l'articulé mandibulaire

33. Douleurs cervicales

34. Autres syndromes douloureux

35. Prise en charge psychiatrique en cours ?

QUESTIONNAIRE ACOUPHENE

NOM:

DATE:

DATE DE NAISSANCE:

GENRE:

3. Latéralité Droitier Gaucher Ambidextre

4. Antécédent familiaux d'acouphène

- OUI si OUI: parents - fratrie – enfants
- NON

5. Quand avez-vous perçu pour la première fois votre acouphène? _____

6. Le début de votre acouphène a-t-il été ?

- Progressif
- Brutal

7. Le début de votre acouphène était-il associé à :

- Une exposition sonore
- Une baisse auditive
- Un stress
- Un traumatisme cervical
- Un traumatisme crânien
- Autres _____

8. Votre acouphène est-il pulsatile ?

- OUI, avec le pouls (rythme cardiaque)
- OUI mais différent du pouls
- NON

9. Où percevez-vous votre acouphène ?

- Oreille droite
- Oreille gauche
- Bilatéral, plus à gauche
- Bilatéral, plus à droite
- Bilatéral égal
- Dans la tête
- Ailleurs _____

10. Votre acouphène est-il ?

- Intermittent
- (parfois complètement absent)
- Permanent

11. L'intensité de votre acouphène varie-t-elle selon les jours?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

12. Quelle est l'intensité de votre acouphène sur cette échelle de 1 à 100 ? (1 = TRES FAIBLE 100 = TRES FORT)

13. Pouvez-vous décrire à quel son usuel ressemble votre acouphène ?

- € Sifflement
- € Bourdonnement
- € Grésillement
- € Souffle
- € Craquement
- € Cliquetis
- € Pulsation
- € Cocotte minute
- € Ligne haute tension
- € Sirène
- € Moteur
- € Sifflet
- € Cigales
- € Grillons ...

14. Votre acouphène ressemble-il plus à un son pur ou à un bruit ?

- € Son
- € Bruit
- € Criquets
- € Autres

15. Pouvez-vous décrire la fréquence de votre acouphène ?

- € Très aigu
- € Aigu
- € Médium
- € Grave

16. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d'éveil avez-vous été conscient de votre acouphène ?

(Par exemple la réponse de 100% indiquerait que vous avez toujours été conscient de votre acouphène, celle de 25% indiquant que vous n'en avez été conscient que ¼ du temps) % (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)

17. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d'éveil avez-vous été gêné ou invalidé par la perception de votre acouphène ? % (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)

18. Combien de traitements différents avez-vous suivi pour votre acouphène ?

- € Aucun
- € Un
- € Plusieurs
- € De nombreux

19. Votre acouphène est-il réduit lorsque vous écoutez de la musique ou lorsque vous vous exposez à des sons ambiants comme par exemple ceux à type écoulement d'eau (sous la douche ou près d'une cascade) ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

20. Est-ce que la présence d'un son de forte intensité aggrave votre acouphène ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

21. Est-ce qu'un mouvement de la tête ou cou (comme serrer les dents ou bouger ma mâchoire) ou bien la pression de votre tête (ou de vos bras) modifie votre acouphène ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

22. Est-ce que le fait de faire une sieste modifie votre acouphène?

- € Aggrave mon acouphène
- € Améliore mon acouphène
- € Pas d'effet sur l'acouphène

23. Y a-t-il une relation entre la qualité de votre sommeil et l'intensité de l'acouphène ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

24. Est-ce que le stress influence votre acouphène ?

- € Aggrave mon acouphène
- € Améliore mon acouphène
- € Pas d'effet sur l'acouphène

25. Est-ce qu'un traitement médicamenteux modifie votre acouphène ?

- € Médicament
- € Effet : amélioration aggravation
- € Détails

26. Avez-vous un problème d'audition ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

27. Portez-vous des prothèses auditives ?

- € A droite
- € A Gauche
- € Des deux côtés
- € Non

28. Avez-vous un problème pour tolérer certains sons car vous les trouvez trop forts ? C'est à dire trouvez-vous désagréables ou agressifs des sons que les autres personnes autour de vous trouvent confortables ?

- € Jamais
- € Rarement
- € Parfois
- € Souvent
- € Toujours

29. Est-ce que les sons vous provoquent une sensation inconfortable ou douloureuse ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

30. Vous plaignez-vous de maux de tête ou céphalées ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

31. Vous plaignez-vous de vertiges ou d'instabilité ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

32. Vous plaignez-vous de problèmes d'articulation mandibulaire ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

33. Vous plaignez-vous de douleurs cervicales ?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

34. Présentez-vous d'autres syndromes douloureux?

- € OUI
- € NON
- € Je ne sais pas

35. Êtes-vous actuellement traité pour des troubles psychiatriques ?

- € **OUI**
- € **NON**
- € **Je ne sais pas**