

# ACOUPHÈNES : du généraliste au spécialiste

N. OTMANI (1), Z. SERHIER (1), A. OUDIDI (1), M. BENNANI OTHMANI (1)

**RÉSUMÉ :** Les acouphènes représentent un motif fréquent de consultation en ORL. Les patients qui en souffrent sont de plus en plus exigeants et posent des questions sur la cause et les mécanismes d'apparition ainsi que sur le traitement curatif de leur affection. Souvent, ils se sentent mal pris en charge, voire incompris et, ce, d'autant plus que, malgré les traitements proposés, les acouphènes persistent et entraînent des retentissements sur leur vie quotidienne. Le médecin généraliste, par sa proximité, doit s'impliquer dans la prévention, le diagnostic et l'information des individus atteints d'acouphènes et remplir ainsi, pleinement, son rôle d'acteur de la santé publique. Pour approcher cette affection, nous tracerons les grandes lignes du diagnostic clinique en précisant les éventuelles répercussions psychologiques; ensuite, nous exposerons les différentes possibilités thérapeutiques actuellement disponibles tout en évoquant les perspectives d'avenir dans ce domaine.

**MOTS-CLÉS :** *Acouphène - Diagnostic - Retentissement - Traitement*

**TINNITUS : FROM THE GENERAL PRACTITIONER TO THE SPECIALIST**  
**SUMMARY :** Tinnitus is a common reason for ENT consultation. Patients who suffer from tinnitus are becoming more demanding and frequently ask questions about the cause, the mechanisms of onset, and the cure of their pathology. Quite often, they feel poorly managed or misunderstood, all the more so that, despite the proposed treatments, tinnitus persists and leads to adverse effects on the patients' daily life. The general practitioner, because of his proximity, must be involved in the prevention, diagnosis and information of individuals with tinnitus and, thus, fully fulfill his acting public health role. To approach this condition, we will outline the clinical diagnosis and discuss the possible psychological repercussions; then, we will envisage the various treatment options that are currently available and evoke the future prospects in this area.

**KEYWORDS :** *Tinnitus - Diagnosis - Impact - Treatment*

## INTRODUCTION

Les acouphènes sont des perceptions sonores en l'absence de tout stimulus extérieur (1, 2). Il s'agit d'un symptôme fréquent émaillant l'évolution de nombreuses pathologies auditives, neurologiques ou générales. Ils constituent un motif fréquent de consultation.

On estime environ à 280 millions le nombre de personnes atteintes, soit environ 10 à 15 % de la population mondiale (3). Au moins 8 % de ces sujets sont gênés dans leur vie quotidienne avec, dans plus de 50 % des cas, des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes) (3).

## SYMPTOMATOLOGIE

Les acouphènes sont perçus par 25 % des patients comme des bruits graves (bourdonnements) et dans 75 % des cas comme des bruits aigus (sifflements, grésillements, tintements) (3).

Ces sensations sonores peuvent être uni- ou bilatérales, le plus souvent continues et, parfois, intermittentes. Elles sont parfois synchronisées avec le rythme cardiaque ou respiratoire. Elles peuvent être audibles par l'entourage et/ou enregistrables (acouphènes objectifs) ou bien perçues par le seul patient (acouphènes subjectifs) (1, 2, 4). Leur intensité est souvent faible (inférieure à 6 décibels) et varie au cours de la journée avec, le plus souvent, une période d'accalmie le matin et une augmentation le soir ou la nuit (rythme nyctéméral) (3, 5).

Par ailleurs, d'autres facteurs influencent l'intensité des acouphènes, à savoir : l'environnement sonore, le niveau de vigilance, la fatigue, le stress... Les sons perçus lors des acouphènes varient selon leur mode d'apparition (soudaine, graduelle), leur type (pulsatile, intermittent, constant, fluctuant), leur emplacement (uni- ou bilatéral, dans le crâne), leur qualité (son pur, bruit, polyphonique), leur fréquence (très aigu, aigu, médium, grave) (4, 6).

## CONSÉQUENCES CLINIQUES

Certains patients parviennent à supporter le bruit et continuent à vivre normalement. D'autres, en revanche, souffrent tellement que leur vie quotidienne devient très difficile (7, 8). Les acouphènes sont, de plus, associés à des problèmes psychologiques variés qui

(1) Faculté de Médecine de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.

rendent les sons encore plus audibles. Paradoxalement, certains patients pensent que l'acouphène constitue la cause de la péjoration de leur état anxio-dépressif alors qu'ils souffraient de dépression avant l'apparition de l'acouphène (3, 7, 8).

Ceci suppose, dans un premier temps, qu'il convient d'identifier le niveau de détresse et de sévérité de l'acouphène, ensuite de bien évaluer les éventuelles comorbidités psychiatriques, ce qui permet de mieux identifier les répercussions psychosociales du symptôme et d'évaluer les motivations thérapeutiques.

Les troubles du sommeil sont, par ailleurs, communs chez les patients souffrant d'acouphènes dont le temps d'endormissement peut, notamment, être prolongé. L'insomnie et la détresse associées aux acouphènes peuvent entraîner un cercle vicieux qui aggrave les symptômes et affecte grandement le bien-être psychologique du patient (1, 3, 8). Les performances cognitives peuvent être plus mauvaises par rapport aux personnes ne souffrant pas de dépression, ni d'anxiété (1, 8).

## RECHERCHE ÉTIOLOGIQUE

Bien que diverses théories aient été émises, la cause des acouphènes n'est pas tout à fait bien élucidée.

Certains facteurs peuvent être impliqués dans le développement ou la persistance des phénomènes à savoir : le vieillissement, le sexe (masculin), la perte auditive, une ototoxicité ou atteinte du nerf auditif, l'exposition au bruit et les traumatismes sonores (2, 5, 6, 7).

La plupart du temps, les acouphènes sont l'expression d'une maladie organique qu'il convient de rechercher par des explorations ORL et s'accompagnent d'autres symptômes otologiques comme surdité ou vertiges (4, 5). Les surdités sont d'étiologies diverses et, en tout cas, justiciables d'explorations oto-neurologiques ou d'imagerie (1, 2, 5).

Les acouphènes pulsatiles peuvent orienter vers une pathologie vasculaire. Ainsi, une exploration par doppler des vaisseaux du cou, voire même une angiographie numérisée cérébrale peuvent orienter le diagnostic (1, 2, 5).

***Parmi les causes otologiques les plus fréquentes, on reconnaît :***

- le bouchon de cérumen ou un corps étranger intra-auriculaire;

- les otites moyennes chroniques;
- l'otospongiose : surdité de transmission par ankylose stapédo-vestibulaire;
- la maladie de Ménière : hydrops labyrinthique dû à une augmentation de la pression dans le labyrinthe d'origine inconnue;
- l'atteinte du nerf auditif (presbyacousie, tumeur) ou de l'oreille interne (vasculaire, toxique).

***Parmi les causes organiques non otologiques, il faut envisager les pathologies suivantes :***

- hypertension ou poussées d'hypertension artérielle;
- maladies neurologiques dont une maladie myélo-dégénérative (sclérose en plaques);
- malformation artério-veineuse cérébrale ou fistule artério-veineuse;
- tumeur vasculaire cérébrale;
- sténose carotidienne ou de l'artère vertébrale;
- dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
- contraction musculaire anormale : muscles de l'oreille moyenne, du voile.

## APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Bien qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement efficace, l'acouphène nécessite une prise en charge adaptée et spécifique fondée sur des modèles physiopathologiques et sur des méthodes thérapeutiques validées (2, 8, 9). Une large gamme de traitements a été proposée, mais aucun ne s'est avéré efficace pour tous les patients.

Certains acouphènes otologiques sont facilement jugulés par un traitement causal :

- bouchon de cérumen;
- corps étranger auriculaire;
- otite moyenne chronique;
- otospongiose;
- schwannome vestibulaire...

Quant aux acouphènes idiopathiques, sans cause apparente, ils impliquent d'orienter la démarche thérapeutique par la prescription d'examen complémentaires adaptés (8, 10).

La littérature scientifique révèle que la prise en charge des acouphéniques doit se faire selon une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et la mise en œuvre

de traitements spécifiques de qualité selon le trident thérapeutique médical, instrumental et psychologique (3, 5, 9, 11).

#### A) APPROCHE MÉDICALE

Seuls la trimétazidine et l'extrait de ginkgobiloba ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des acouphènes, mais ils ne sont plus remboursés du fait des effets indésirables qu'ils provoquent et de l'efficacité insuffisante dans cette indication (3, 7, 10, 11).

Par ailleurs, d'autres molécules sont encore utilisées hors AMM. C'est le cas de certains antiépileptiques, visant à réguler l'activité du cerveau; ils ne peuvent toutefois pas être utilisés sur une trop longue période à cause de leurs effets secondaires (sommolence, pertes de mémoire, dépendance); les anxiolytiques sont souvent prescrits, mais ils risquent d'entraîner une accoutumance; les antidépresseurs favorisent une adaptation artificielle du patient à son acouphène, phénomène adaptatif qui disparaîtra à l'arrêt du traitement.

Même si ces agents psychopharmacologiques sont parfois indispensables pour passer une période difficile, ils ne sont donc pas la solution idéale à long terme (3, 7, 10). Les essais sur un nouveau médicament longtemps considéré comme prometteur, le néramexane, ont finalement été abandonnés faute de résultats concluants (13).

#### B) APPROCHE INSTRUMENTALE

L'approche instrumentale consiste en la restauration partielle de l'audition, ce qui réduit le gain central de perception auditive qui est l'une des caractéristiques des acouphènes. Ainsi, 65,5 % des patients souffrant d'acouphènes fréquents ont noté des améliorations avec les aides auditives et 41,4 % d'entre eux affirment que les symptômes ont disparu (7, 8, 12).

#### C) APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Le recours aux thérapies cognitives et comportementales peut s'avérer très efficace dans certains cas (7-9).

Des médecines non conventionnelles, de type sophrologie, hypnose, acupuncture, et la neuromodulation peuvent aussi constituer

une aide efficace pour permettre aux patients de se dissocier de la perception consciente de leurs acouphènes et arriver à un lâcher-prise du symptôme (8).

Bien que, le plus souvent, l'hypnothérapie n'ait pas d'effet direct sur les pathologies sous-jacentes de l'acouphène, elle aide un grand nombre de patients à retrouver une meilleure qualité de vie (10). L'hypnose, en effet, accroît les capacités à gérer les acouphènes et les symptômes associés : le stress, la dépression et les troubles du sommeil. Selon les études, 36 % des personnes résistantes à toutes les autres formes de thérapie retrouveraient un mieux-être général grâce à cette dernière (10).

La «Tinnitus Retraining Therapy» est une méthode d'habituation consistant en une diminution de l'importance des acouphènes après une exposition répétée à un bruit blanc. Elle est renforcée par un coaching afin d'aider le patient, dans un premier temps, à exprimer l'irritation acoustique et affective ainsi que la tension interne liée à l'acouphène (verbalisation des émotions) et, ensuite, à l'informer, le rassurer et l'accompagner dans la compréhension du symptôme (psychoéducation) (9, 10).

#### D) PRÉVENTION

La prévention consiste à éviter, dès le plus jeune âge, l'exposition aux bruits soutenus qui sont de véritables traumatismes sonores. La législation impose déjà le port de protecteurs auditifs dans les milieux professionnels bruyants (3, 6).

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Roberts LE, Bosnyak DJ, Bruce IC, et al.— Evidence for differential modulation of primary and nonprimary auditory cortex by forward masking in tinnitus. *Hear Res*, 2015, **327**, 9-27.
2. Axelsson A, Ringdahl A.— Tinnitus : a study of its prevalence and characteristics. *Br J Audiol*, 1989, **23**, 53-62.
3. Andersson G.— Clinician-supported internet-delivered psychological treatment of Tinnitus. *Am J Audiol*, 2015, **24**, 299-301.
4. Belli H, Belli S, Oktay MF, et al.— Psychopathological dimensions of tinnitus and psychopharmacologic approaches in its treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 2012, **34**, 282-289.
5. Hébert S, Fournier P, Noreña A.— The auditory sensitivity is increased in tinnitus ears. *J Neurosci*, 2013, **33**, 2356-2364.

6. Chery-Croze S.— Les acouphènes : données récentes. In : *Hallucinations auditives*, perspectives actuelles. JP. Luauté éd. *Neuropsych News*, 2003, **2**, 120-130.
7. Archinard M.— Approche psychosociale en ORL. *Otorhinolaryngol Nova*, 2000, **10**, 7-10.
8. Holgers KM, Erlandsson SI, Barrenäs M-L.— Predictive factors for auditory, somatic and depression/ anxiety related tinnitus. *Audiology*, 2000, **39**, 284-291.
9. Dauman N.— Habituation à l'acouphène : les fondements épistémologiques de l'approche cognitivo-comportementale en question. *Evol Psychiatr*, 2014, **79**, 469-477.
10. Ohresser M.— *Du symptôme à la prescription en médecine générale. Acouphènes*. Elsevier Ed., 2009, chapitre 11, 356-359.
11. Van Rillaer J.— Revue de Livre : «Bien vivre avec des acouphènes». P. Peignard. Éditions Odile-Jacob, Paris (2008). 156 pp. *J Ther Comport Cogn*, 2008, **18**, 166-167.
12. Wang J, Guitton MJ, Ruel J, et al.— Surdités, acouphènes : les thérapies pharmacologiques de demain. *Arch Pediatr*, 2003, **10**, s154-s156.
13. Suckfuell M, Jastreboff P, Wirth Y, et al.— Neramexane in subjective tinnitus. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009, **141**, 87.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Docteur N. Otmani, Faculté de Médecine, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.  
Email : nada.oudidi@gmail.com