

# ACOUPHENES : GUIDE CLINIQUE SIMPLIFIE POUR LE MEDECIN GENERALISTE



## AVOIR TOUJOURS A L'ESPRIT LES 4 CRITERES DE POTENTIELLE GRAVITE :

**Acouphène PULSATILE :** (semblable aux pulsations cardiaques) peut être révélateur d'une pathologie vasculaire. Discussion d'un bilan neurovasculaire rapide. Si brutal et récent : angioscanner des troncs supraaortiques (crainte dissection...), si chronique : examen selon l'orientation clinique.

**Acouphène UNILATERAL :** parfois évocateur d'une pathologie ORL, comme le schwannome du VIII. Discussion d'une imagerie après avis ORL et bilan audiométrique.

**Acouphène BRUTAL** avec hypoacousie (unilatérale) : penser à une surdité brusque : nécessité d'un traitement spécifique par corticothérapie et d'un avis ORL rapide. Conduite à tenir globalement similaire pour acouphène après traumatisme acoustique.

**Acouphène « DEPRESSIF » :** toujours rechercher le risque suicidaire et orienter en psychiatrie si nécessaire.

## DEMARCHE DIAGNOSTIQUE & THERAPEUTIQUE :

Interrogatoire - Examen clinique - Place des examens complémentaires - Connaître les phénomènes d'habituation et les différents axes thérapeutiques - Donner des explications sur les causes, traitements et l'évolution.

(les points-clés sont surlignés en jaune)

*Préambule: L'acouphène est la perception d'un ou plusieurs sons, sans source sonore extérieure, souvent liée à une hypoacousie mais fréquemment associée à d'autres causes. La physiopathologie est complexe, elle serait proche de celle des douleurs de membre fantôme.*

### 1) MENER UN INTERROGATOIRE PRECIS

- Evaluer le contexte et le **facteur déclenchant** éventuel
- Préciser le **timbre** : aigu (sifflement), grave (moteur), pulsatile (pouls, morse ?)
- Recherche de **signes associés** : surdité, vertiges, signes neurologiques, syndrome anxio-dépressif, douleurs cervico-encéphaliques (acouphènes somatosensoriels), troubles du sommeil, troubles de la concentration...
- Apprécier le degré de **gêne** en évaluant le retentissement psycho-socio-professionnel. (rechercher aussi des conduites d'évitements) +/- questionnaires, EVA...

## 2) REALISER UN EXAMEN CLINIQUE SIMPLE

- **Otoscopie** : cérumen, otite moyenne aigue ou séro-muqueuse ...
- **Appréciation de l'audition** : à la voix (\*) (dépistage d'une surdité) ou audiométrie tonale si disponible.
- Eventuel examen vestibulaire (nystagmus?) et neurologique, selon le contexte et l'orientation clinique.
- Examen de **l'appareil manducateur** : palpation des ATM et muscles, recherche de points douloureux qui peuvent moduler les acouphènes (somatosensoriels)
- Examen **cervical** : points douloureux, tuméfaction, auscultation des axes vasculaires et de la boîte crânienne à la recherche d'un souffle (quand acouphène pulsatile).
- Prise de la **tension artérielle**.

**(\*) Audition « normale » = 20 dB**

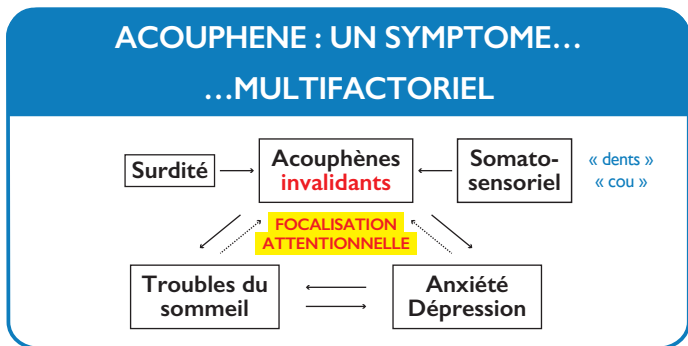
*Une voix chuchotée à 5 m ( $\approx 30$  dB) doit être perçue  
(boucher l'oreille controlatérale).*

*PS : L'intensité de la voix normale conversationnelle = 60 dB*

### 3) EVENTUELS EXAMENS PARACLINIQUES

- Selon le contexte : prescription éventuelle d'un bilan biologique de débrouillage : dysthyroïdie, anomalie lipidique, anomalie de la numération formule sanguine (anémie), syndrome inflammatoire...
- Adresser le patient à l'ORL, ou à un autre spécialiste (neurologue ...) plus ou moins rapidement selon les critères rappelés plus haut et selon l'orientation clinique. En cas de risque suicidaire : hospitalisation en milieu protégé.
- Les éventuels examens d'imagerie seront le plus souvent prescrits par l'ORL lui-même après avoir réalisé un examen et une audiométrie.

Exemple de schéma explicatif pour le patient :  
le cercle vicieux de l'acouphène invalidant



#### 4) CONNAITRE LES DIFFERENTS AXES DE LA PRISE EN CHARGE QUI PEUT ETRE PLURIDISCIPLINAIRE en raison des étiologies multiples et associées des acouphènes.

- Traitement d'une cause « simple » :  
bouchon cérumineux, otite ...

- Traitements médicamenteux

Aucun médicament ne peut à lui seul traiter l'ensemble des causes intriquées dans la production d'un acouphène. A ce jour, ils ont une place très restreinte et sont habituellement réservés aux traitements des comorbidités (dépression, anxiété, troubles du sommeil) ou à la phase précoce (ex: corticothérapie en cas de surdité brusque, hypnotique transitoirement).

Noter un effet placebo important. qui peut être intéressant. Etre également vigilant quant à l'ototoxicité des traitements.

- Education thérapeutique, « counselling »

Donner des informations et des conseils compris par le patient, concordants, répétés par les différents acteurs. (cf. dernière page).

Prendre le temps nécessaire pour répondre aux interrogations et craintes du patient.

Insister sur le caractère multifactoriel et l'intérêt de traiter tous les facteurs en cause.

- **Solutions audioprothétiques** : elles sont discutées selon le degré de surdité et de gêne liée à l'acouphène :

- Tinnitus Retraining Therapy (TRT) :  
éducation thérapeutique + thérapie sonore (enrichissement sonore par un générateur de bruit) destinées à favoriser l'habituation, réalisées par un audioprothésiste spécialisé.
- Prothèses auditives pour corriger une surdité, plus ou moins associées à la TRT.

- **Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)** : travail sur les distorsions cognitives et les réactions à l'égard de l'acouphène, par un psychologue spécialisé, préférentiellement en groupe.

- **Sophrologie, Hypnose...**

- D'autres prises en charge alternatives peuvent être utilisées mais leur efficacité reste à valider comme les traitements d'occlusodontie, l'ostéopathie, l'acupuncture. Elles seraient plutôt réservées à certaines catégories d'acouphènes (somatosensoriels notamment).

## 5) DONNER DES EXPLICATIONS SUR LES CAUSES, TRAITEMENTS ET L'EVOLUTION.

### A. Etre toujours vigilant sur les termes employés

Utiliser des phrases positives, éviter les classiques

« il faudra vivre avec », « on ne peut rien faire »,

« je n'ai aucune solution à vous apporter »

qui renforce la perception négative du trouble.

Encourager le patient à cheminer en se

donnant le temps et les moyens.

Insister sur la possibilité de guérison. Le patient

devient acteur de son « mieux être » (pouvoir d'agir).

### B. Rassurer le patient

Une amélioration est possible à tout moment,

le plus souvent progressive. Le retentissement peut être

majeur au début d'où le recours éventuel à un traitement médical initial (anxiolytique, hypnotique, voire antidépresseurs ).

Proposer systématiquement une consultation de suivi.

### C. Expliquer l'habituation

Au moyen d'images simples: le cerveau est capable de ne

plus être attentif progressivement à des informations

sonores sans intérêt.

Par ex : « on n'écoute plus son réfrigérateur », « on est

gêné au départ si on déménage près d'une voie ferrée

puis on oublie le bruit des trains en quelques semaines »...

expliquer aussi les traitements possibles

## D. Donner quelques recommandations - conseils essentiels, pour diminuer la focalisation sur l'acouphène.

- Les bruits ambiants d'intensité normale ne sont pas dangereux... mais se protéger des bruits forts (concerts, tronçonneuse...)
- Eviter le silence absolu ou la surprotection (bouchons antibruits à n'utiliser que si bruit intense).
- Enrichissement de l'environnement sonore par des bruits dits « blancs » ou neutres : musique douce, bruits de la nature... au moyen d'applications sur smartphone (tinnitus), de CD...
- Gestion du stress et relaxation : sophrologie, yoga, hypnose...
- Activité sportive régulière (à poursuivre ou à débiter : effet anxiolytique, antidépresseur et bénéfique sur le sommeil).
- Limiter les excitants : café, thé, alcool, tabac.
- Conseils d'hygiène de sommeil
- Expliquer que des traitements peuvent être proposés selon l'évolution, par exemple: insister sur l'effet positif possible d'une prothèse auditive en cas de surdité, même modérée après bilan ORL spécifique.

Un arbre diagnostique bien utile en anglais :

<http://www.tinnitusresearch.org/index.php/for-clinicians/diagnostic-flowchart>