

Les acouphènes : que proposer aux patients ?

Mots clés :
Acouphènes –
Traitement –
Qualité de vie
[Tinnitus –
Treatment –
Quality of
life].

Les acouphènes sont des perceptions auditives simples (sifflement, bourdonnement, chuintement...), non facilement objectivables, en l'absence de toute source sonore externe. Leur prévalence est estimée entre 10 et 15% dans la population adulte. Généralement bien tolérés, ils peuvent, chez certains patients, se chroniciser au delà de 6 mois et devenir invalidants, affectant gravement la qualité de vie. Aucun traitement spécifique n'a jusqu'à présent fait la preuve de son efficacité chez tous les patients. Une recommandation, plusieurs revues systématiques et un essai récent apportent quelques éléments de réflexion.

Quel bilan ?

La démarche diagnostique repose sur l'interrogatoire et un examen clinique général et ORL¹. Le diagnostic différentiel avec des hallucinations ou les manifestations d'une épilepsie focale ne pose pas le plus souvent de difficultés. On éliminera une exposition sonore traumatique, une origine médicamenteuse (salicylés, AINS, diurétiques, aminosides, certains antitumoraux). Une otoscopie vérifiera l'absence de cérumen et d'infection de l'oreille moyenne. Un bilan ORL complet est recommandé en cas d'acouphène unilatéral, d'hypoacousie, de chronicité, pour éliminer un dysfonctionnement tubaire, une otospongiose, une anomalie cochléaire, un schwannome du nerf auditif (Grade C). Les examens d'imagerie ne sont pas recommandés en routine (Grade C).

Quels traitements ?

La mise en route d'un traitement dépend de la sévérité du retentissement sur la qualité de vie et du bénéfice escompté. Éducation et conseils s'adressent à tous les patients souffrant d'acouphènes gênants et/ou persistants. On ne traite que les patients gênés par leurs acouphènes (Grade B).

Traitements non médicamenteux

Si le patient l'accepte une *aide auditive* sera évaluée (recommandation de grade C). Une étude randomisée² portant sur 91 patients comparant l'effet d'une aide auditive vs générateur sonore pour les acouphènes associés à un déficit auditif a montré une amélioration significative identique dans les 2 groupes. Il n'existe pas d'étude vs placebo. Les preuves de l'efficacité de ces

traitements sont de qualité limitée.

La *thérapie sonore* (recommandation de grade B) consiste en un masquage de l'acouphène la plupart du temps par un bruit blanc. Les différents essais n'ont pas montré d'amélioration. Un seul essai de qualité insuffisante a montré une amélioration dans le cadre d'une Tinnitus Retraining Therapy (TRT) associant conseils éducatifs et thérapie sonore pour développer une accoutumance à l'acouphène³.

La *thérapie cognitivo-comportementale* (TCC) est le seul traitement ayant un niveau de preuve fort (recommandation de grade A). Un essai randomisé contrôlé⁴ a montré, sur un suivi de 12 mois, un bénéfice significatif sur la qualité de la vie, le handicap et l'intensité de l'acouphène ($p < 0,0001$) quelle qu'en soit l'intensité. Dans une revue de 8 essais randomisés et 468 participants comparant les TCC au yoga et à un programme éducatif ou à l'absence de traitement il n'y avait pas de différence en ce qui concerne l'intensité subjective des acouphènes mais une amélioration évidente de la qualité de vie. Il y avait par ailleurs une amélioration nette des scores de dépression avec les TCC mais pas avec les autres traitements⁵. Il n'existe pas d'essai permettant de recommander l'*acupuncture* ainsi que la *stimulation magnétique trans-crânienne*.

Traitements médicamenteux. Divers essais portant sur les antidépresseurs, les anticonvulsivants, le ginkgo biloba, ne sont pas concluants. Ils ne sont donc pas recommandés (Grade B). Les suppléments diététiques ne sont pas recommandés (Grade C)¹.

Que conclure pour notre pratique ?

Les acouphènes qui touchent 1 adulte sur 5 au cours de la vie sont un des troubles audiolinguistiques les plus pénibles affectant gravement la vie quotidienne. Aucun traitement spécifique n'a fait la preuve de son efficacité. En dehors de rares cas de symptôme secondaire d'une affection grave, la prise en charge sera basée sur l'intensité du symptôme et les demandes du patient, avec une information objective sur les difficultés du traitement.

Un patient sourd pourra bénéficier d'une prothèse auditive.

Une TCC semble la meilleure prise en charge possible, mais elle est loin d'être accessible à tous les patients pour lesquels les acouphènes sont invalidants.

Références

- 1- Tunkel DE et al. Clinical Practice Guideline : Tinnitus. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2014 ;151(2S) S1-40.
- 2- Hoare DJ et al. Amplification with hearing aids for patients with tinnitus and co-existing hearing loss (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2014;1
- 3- Phillips JS et al. Tinnitus Retraining Therapy (TRT) for tinnitus (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2010 ;3.
- 4- Cima RFF et al. Specialised treatment based on cognitive behavioural therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. Lancet 2012; 379: 1951-9.
- 5- Martinez-Devesa P et al. Cognitive behavioural therapy for tinnitus (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2010;9.