

BIAP Recommandation 29/1 :

Acouphène et hyperacousie - Démarche diagnostique

Avant-propos

Ce document représente une recommandation du Bureau International d'Audiophonologie, BIAP. Une Recommandation BIAP constitue une référence pour la mise en œuvre d'une intervention audiolinguistique ou phonologique; au meilleur de notre connaissance.

La recommandation se base sur le vécu et les bonnes pratiques en ce qui concerne la méthodologie et l'étendue du document, au moment de sa parution.

Malgré le grand soin apporté à la préparation des informations ici fournies, le BIAP n'est pas en mesure de garantir l'exactitude de leur interprétation et application. Le BIAP décline toute responsabilité pour les erreurs ou les omissions, ainsi que pour des pertes et préjudices quelconques. Ce document restera en vigueur jusqu'à ce que le BIAP le remplace ou l'annule.

Les remarques éventuelles à propos de ce document pourront être adressées au Secrétaire Général du Bureau International de l'Audiophonologie, dont les coordonnées sont disponibles sur le site BIAP au www.biap.org.

Introduction

Dans les pays européens industrialisés, près de 20% de la population rapportent la présence occasionnelle d'un acouphène. Près de 4% demandent un diagnostic plus approfondi et de 1 à 2% souffrent à tel point d'acouphène ou/et d'hyperacousie que leur qualité de vie est sévèrement affectée et qu'un traitement est requis.

L'origine de l'acouphène et de l'hyperacousie est variable et l'étiopathogénie réelle reste encore inconnue dans la plupart des cas. La démarche diagnostique, objet de la présente recommandation, doit donc être suffisamment complète pour envisager toutes les étiologies possibles et requiert bien souvent une approche multidisciplinaire. Les aspects thérapeutiques et leurs approches multidisciplinaires feront l'objet d'une seconde recommandation.

Recommandation

1. Définition et classification

Le terme « acouphène » recouvre tout son anormal ressenti dans l'oreille en l'absence de source sonore extérieure. Dans un petit nombre de cas seulement, ces sons sont également audibles pour le médecin.

L'acouphène peut être classé d'après son origine (a), sa progression temporelle (b) et ses répercussions sur le patient (c).

- a. L'acouphène objectif a une source sonore physique à l'intérieur du corps du patient (comme un vaisseau sanguin); l'acouphène subjectif trouve, lui, son origine dans le traitement erroné d'informations au sein des voies auditives, en dehors de toute source sonore physique.
- b. L'acouphène aigu est présent depuis moins de trois mois; l'acouphène subaigu, entre trois et douze mois; et l'acouphène chronique depuis plus de douze mois.

- c. L'acouphène compensé est perçu par le patient, mais n'entraîne aucun effet ou seuls quelques effets mineurs sur sa qualité de vie. Le patient peut faire face à cet acouphène. L'acouphène décompensé entraîne des effets majeurs sur la qualité de vie du patient. Le patient développe des symptômes secondaires principalement psychosomatiques. Le patient ne peut faire face à cet acouphène sans aide extérieure.

L'hyperacousie désigne ici, au sens large, toute hypersensibilité aux sons et aux bruits ayant des répercussions sur le bien-être du patient.

2. Démarche diagnostique

Acouphène et hyperacousie sont des symptômes présents dans diverses pathologies. L'acouphène d'origine otogénique est souvent amplifié par d'autres facteurs fonctionnels et/ou psychologiques. Toute étiologie possible doit être examinée séparément ou écartée, étant donné que les résultats des examens sont la base nécessaire à tout conseil ou traitement éventuel. Bien souvent, les explications du médecin et les résultats rassurants des tests permettront aux patients de surmonter leurs craintes. Cela pourrait permettre l'acceptation de l'acouphène sans thérapie ultérieure.

En fonction des impératifs médicaux financièrement réalisables, la démarche diagnostique ne devra pas suivre de schéma strict pour chaque patient. Elle sera, au contraire, adaptée à chaque cas individuel.

Le diagnostic mènera souvent à l'identification d'une perte auditive.

3. Histoire clinique

C'est sur base d'une histoire clinique approfondie qu'une série de démarches diagnostiques nécessaires seront identifiées. Cette histoire clinique permettra également d'évaluer le niveau de gravité et d'inconfort, de même que les symptômes secondaires. Il est important que le médecin consacre assez de temps à l'anamnèse (pour la plupart des patients acouphéniques ou hyperacousiques, 30 minutes semblent être un minimum). L'usage d'un questionnaire avant ou après l'entretien, ou comme support pour le médecin pendant l'entretien, peut s'avérer utile, mais ne peut jamais remplacer ou réduire le temps consacré à l'échange personnalisé.

Pendant l'entretien, les thèmes suivants sont particulièrement importants :

- Persistance de l'acouphène/hyperacousie (évolution dans le temps).
- Facteurs extérieurs influençant l'acouphène /hyperacousie.
- Pathologies associées/problèmes médicaux en rapport avec l'acouphène/hyperacousie ou non.
- Conséquences physiques et psychologiques sur le bien-être du patient.

4. Démarche diagnostique nécessaire (à réaliser une fois au minimum)

- Examen ORL comprenant une tympanoscopie, une endoscopie nasale.
- Evaluation de la fonction tubaire.
- Auscultation des carotides, des artères vertébrales et de l'entrée du conduit auditif lorsque l'acouphène est pulsatile.

- Audiométrie tonale (AC et BC), audiométrie vocale.
- Seuil d'inconfort (LDL).
- Evaluation de la sonie de l'acouphène avec un bruit en bande étroite et évaluation de sa fréquence avec des sons purs.
- Evaluation du seuil minimal de « masking » avec un son en bande large et en bande étroite.
- Tympanométrie et recherche des réflexes stapédiens avec enregistrement d'éventuelles modifications dans la respiration et les pulsations.
- OAE (otoémissions).
- BERA (potentiels évoqués).
- Evaluation de la fonction vestibulaire, épreuves caloriques y compris.
- Examen manuel du cou, recherche de troubles fonctionnels.
- Examen de la dentition et de la mâchoire.
- Evaluation de la sévérité de l'acouphène/hyperacousie, ainsi que des symptômes secondaires éventuels, par une quantification du niveau d'inconfort grâce à un questionnaire standardisé ou un entretien structuré, combinée si nécessaire à une balance visuelle numérique ou analogique. (Elle peut aussi être utilisée pour contrôler les progrès du traitement).
- Tous les tests qui requièrent des sons forts (impédance audiometrie, BERA, audiométrie vocale) devront être utilisés avec précaution, au risque d'endommager davantage l'oreille interne.

5. Utile dans certains cas

Après analyse des résultats de l'histoire clinique et des examens de base, une évaluation supplémentaire et/ou un examen psychologique pourront être nécessaires :

1. Examens médicaux tels que :

Un examen orthodontique (s'il existe une atteinte de la mâchoire), une échographie des vaisseaux du cou, une angiographie du système vasculaire cérébral, un scanner des rochers, une IRM du cerveau et de la fosse postérieure, un check-up global; de même qu'une biologie avec recherche de bactéries ou virus neurotropes, désordres du système immunitaire, désordres métaboliques, désordres hématologiques.

2. Examen psychologique :

Un examen psychologique devrait être envisagé lorsque les réponses aux questions suivantes sont positives : « L'acouphène est-il dérangerant? » ou « L'acouphène vous incommode-t-il pendant la journée et est-il présent en permanence? ». (Il n'est pas recommandé lorsque le patient n'est que peu dérangé par l'acouphène au cours de la journée ou qu'il s'en aperçoit uniquement dans le silence et lorsque le niveau d'inconfort est faible). Le bilan psychologique est crucial pour diagnostiquer les pathologies associées à l'acouphène chronique décompensé. Ce bilan devrait particulièrement tenir compte des pathologies actuelles du patient directement liées à son acouphène, ce qui aboutira rarement sur une psychanalyse. L'évaluation psychologique sera réservée à un psychologue

entraîné au diagnostic de l'acouphène et à sa prise en charge. Dans certains cas individuels, ce diagnostic pourra entraîner une psychothérapie.

Références

Lenarz T.: Leitlinie Tinnitus der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie; Konsensuspapier im Auftrag des Präsidiums. HNO Informationen 2, 40-45, (1999)

Pilgramm M., Rychalik R. et al.: Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland – Eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO-Aktuell 7, 261-265 (1999)

Royal National Institute for Deaf People (RNID) factsheet, Statistics on deafness; RNID Helpline, PO Box 16464, London EC1Y 8TT

Cette recommandation a été créée et approuvée dans le cadre d'une coopération multidisciplinaire entre les professionnels de toutes les disciplines audiophonologiques - la médecine, la pédagogie, l'orthophonie, la psychologie et l'audiologie.

La langue originale de ce document est l'anglais.

Le BIAP autorise la diffusion des documents disponibles sur son site Web, mais interdit toute modification de leur contenu.

Corfou (Grèce), mai 2003