



---

# **Acouphènes subjectifs invalidants**

**Docteur Alain LONDERO**  
**O.R.L. Hôpital Européen G. Pompidou (Paris)**

# Acouphène subjectif invalidant : ... un symptôme déroutant

---

- Perception souvent gênante et parfois handicapante d'un son -non enregistrable- dans l'une ou l'autre des oreilles
- Pour le médecin :
  - peu d'alternatives thérapeutiques médicamenteuses efficaces
  - ... imposant un lapidaire « **il faudra apprendre à vivre avec** »
- Pour le patient :
  - notion d'invulnérabilité, sentiment d'échec et d'incompréhension
  - ... induisant demande de soins et nomadisme médical

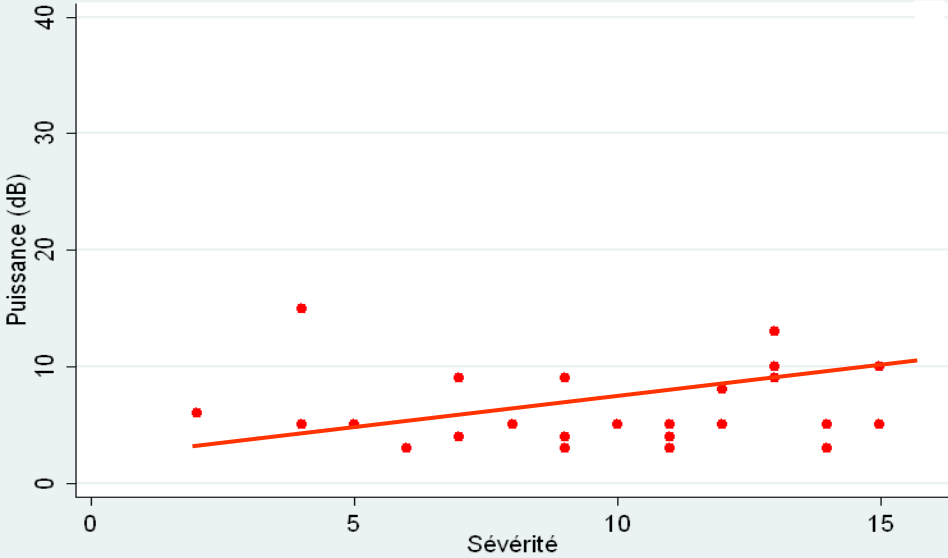
***L'acouphénique est... l'acouphène des ORL!***

# Epidémiologie

---

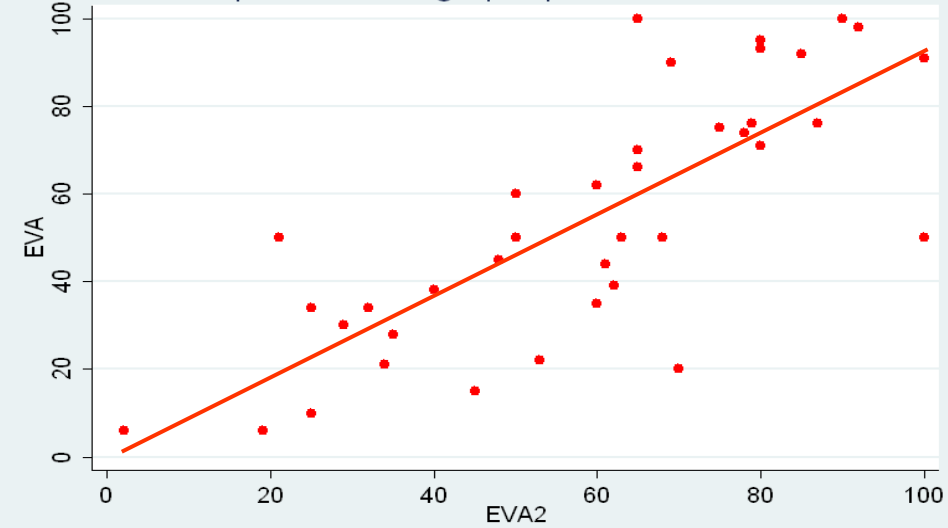
- L'acouphène est fréquent
  - 10% de la population générale
  - soit 6 millions de personnes en France
- L'acouphène est habituellement bien toléré
  - 80% des patients ne sont pas gênés
- L'acouphène n'est pas intense
  - L'acouphène excède le seuil auditif de moins de 15 dB
  - Aucune corrélation entre intensité et gêne induite

Représentation graphique Puissance / Sévérité



N. Naouri (Toulouse)

Représentation graphique de EVA / EVA2



● : Valeur d'un patient

# Les questions

---

Y a-t-il une explication rationnelle (c'est à dire sous-tendue par des modèles physio-pathologiques consistants) à ces constatations cliniques et épidémiologiques déroutantes?

Peut-on en déduire des prises en charge thérapeutiques utiles en pratique clinique ?

# Voies auditives

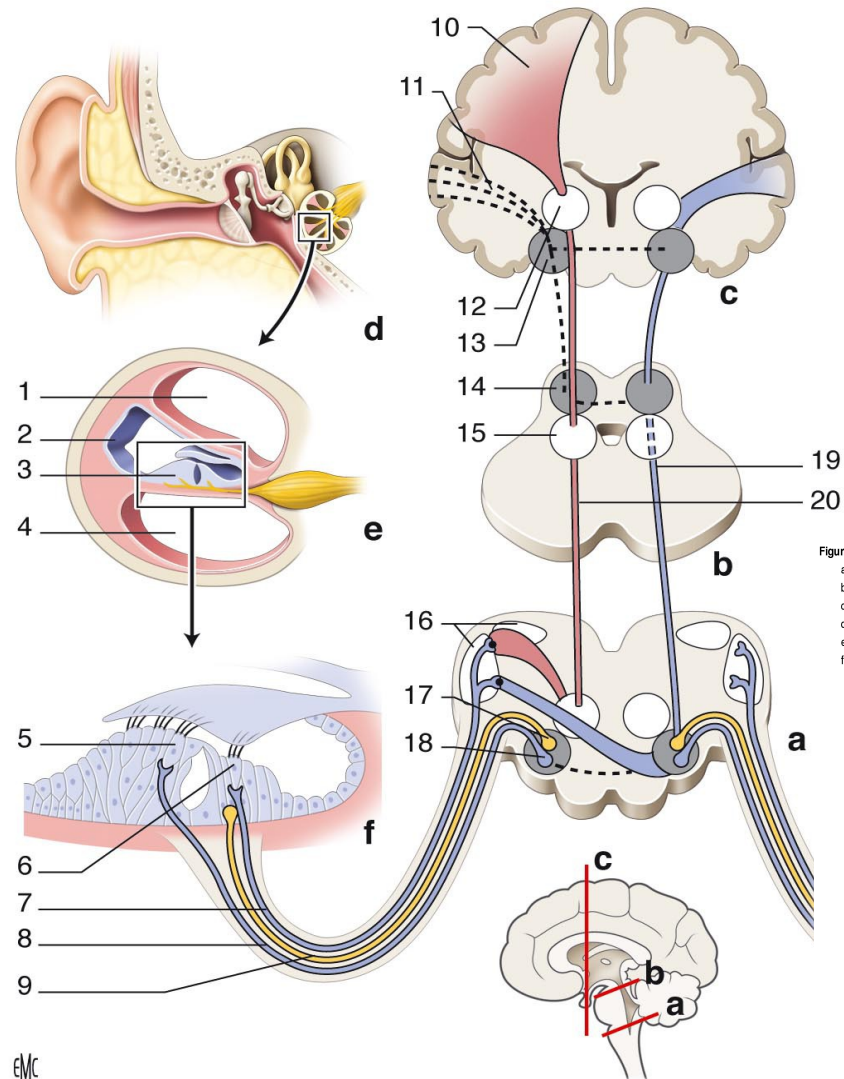
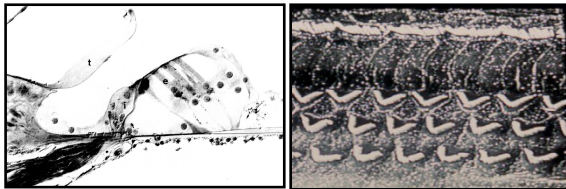
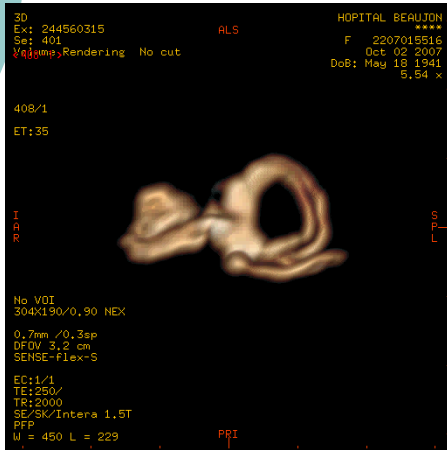


Figure 1 : Physiologie du système auditif (d'après [2]).

- a. Tronc cérébral
  - b. Mésencéphale
  - c. Cortex
  - d. Oreille (externe, moyenne et interne)
  - e. Cochlée
  - f. Organe de Corti
1. Rampe vestibulaire
  2. Strie vasculaire
  3. Organe de Corti
  4. Rampe tympanique
  5. Cellule ciliée externe
  6. Cellule ciliée interne
  7. Fibres afférentes
  8. Faisceau éfferent olivocochléaire médial
  9. Faisceau éfferent olivocochléaire latéral
  10. Cortex pariétal
  11. Gyrus de Heschl
  12. Thalamus non spécifique
  13. Corps géniculé médian
  14. Colliculus inférieur
  15. Formation réticulée
  16. Noyau cochléaire dorsal et ventral
  17. Noyau olivaire latéral
  18. Noyau olivaire médial
  19. Voie lemniscale
  20. Voie extralemniscale.

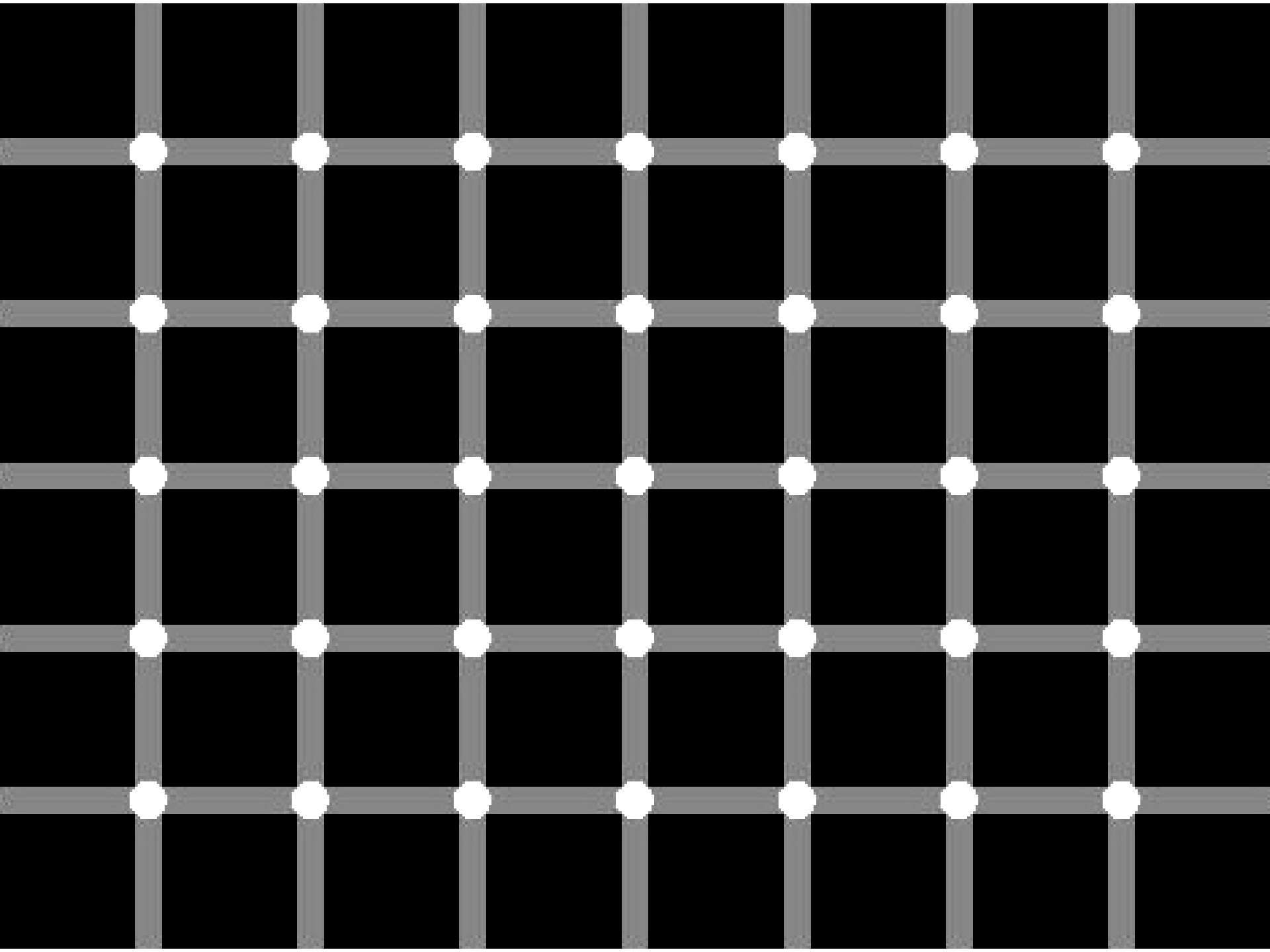
# Acouphène subjectif

---

- L'acouphène est une illusion sensorielle

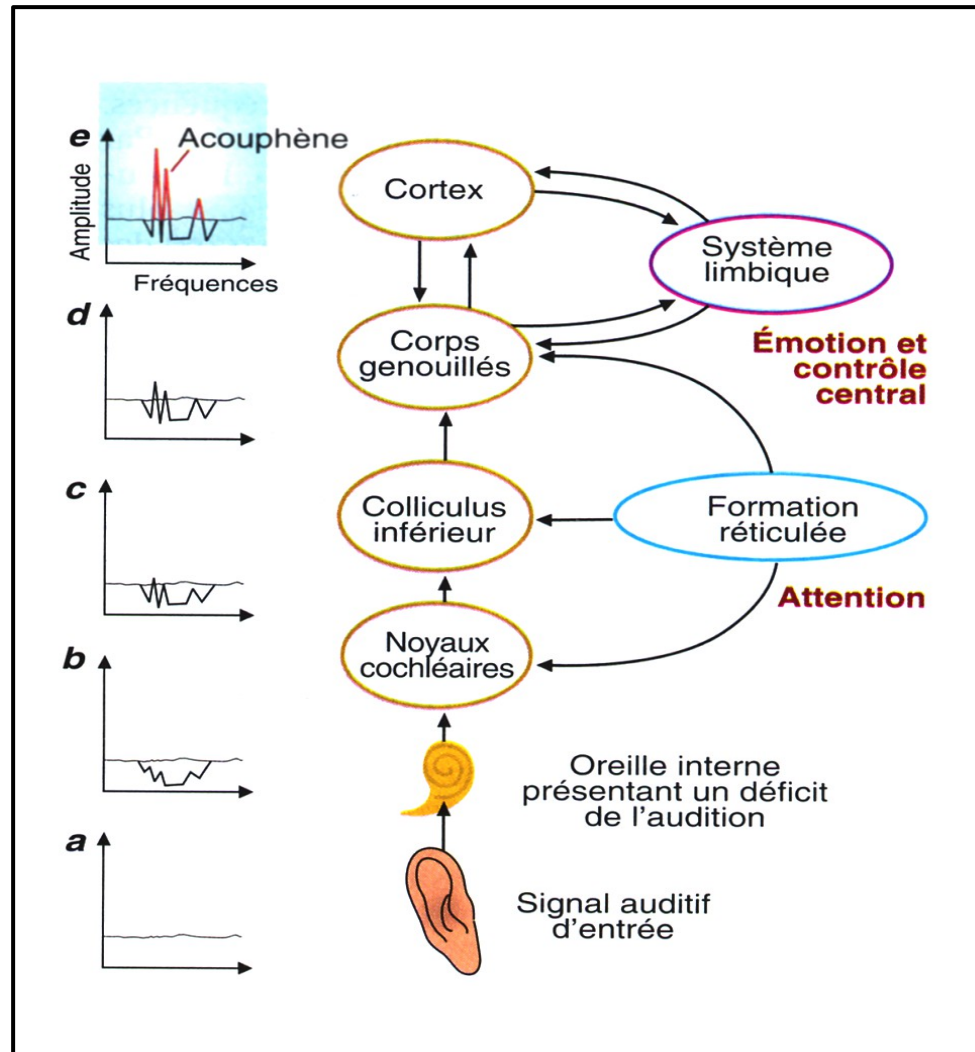
Illusion sensorielle : perception sensorielle, en l'occurrence auditive, reproductible induite par le fonctionnement d'un système sensoriel sans stimulation spécifique extérieure correspondant à cette perception

- Non objectif, non enregistrable ou mesurable (différents des acouphènes pulsatiles et des clonies musculaires)
- Différent d'une hallucination psychiatrique ou d'une aura de crise épileptique
- La cause la plus fréquente d'acouphène est une perte auditive qu'elle qu'en soit la cause
- Analogie avec les syndromes douloureux des amputés

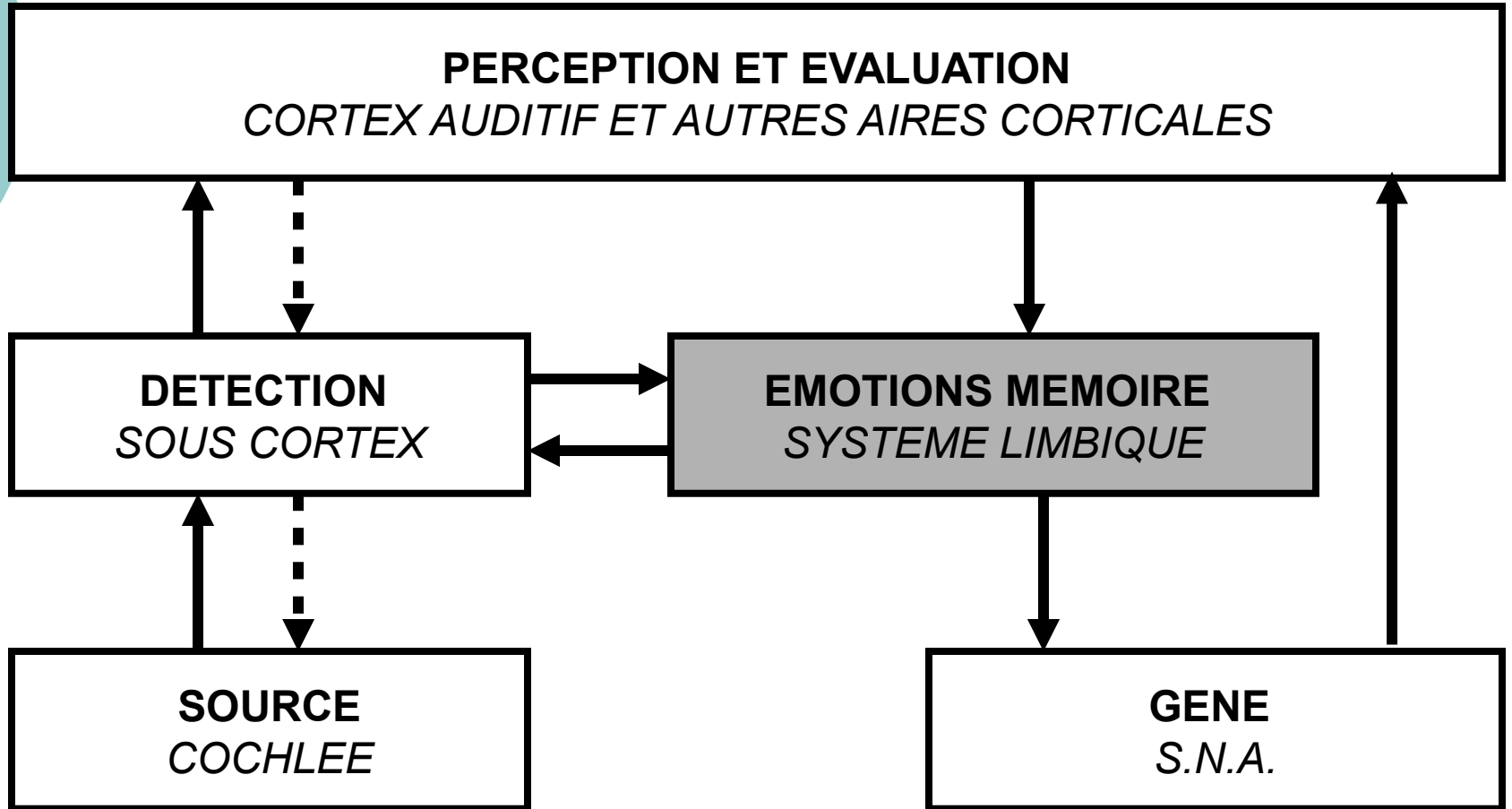




# Modèle central de génération



# Modèle neurophysiologique



Modèle neurophysiologique JASTREBOFF

# Prises en charge conventionnelles

---

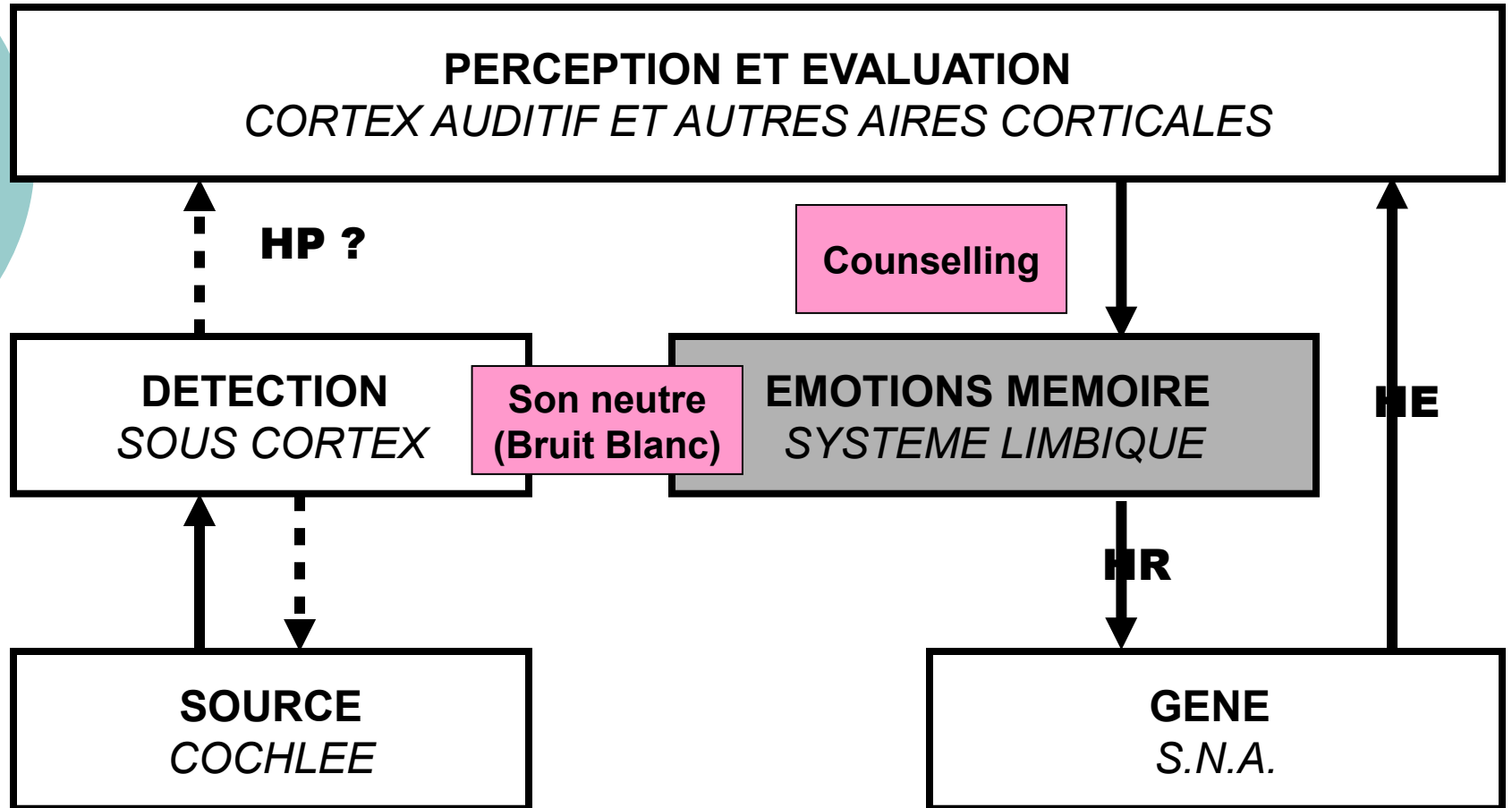
- Médicaments à action périphérique
  - Trimétazidine, extrait de gingko
- Médicaments à action centrale
  - Anxiolytiques
  - Antiépileptiques
  - Antidépresseurs
  - Stabilisants de membrane
- Prothèse auditive
  - Compensation du déficit auditif

# Les prises en charge alternatives

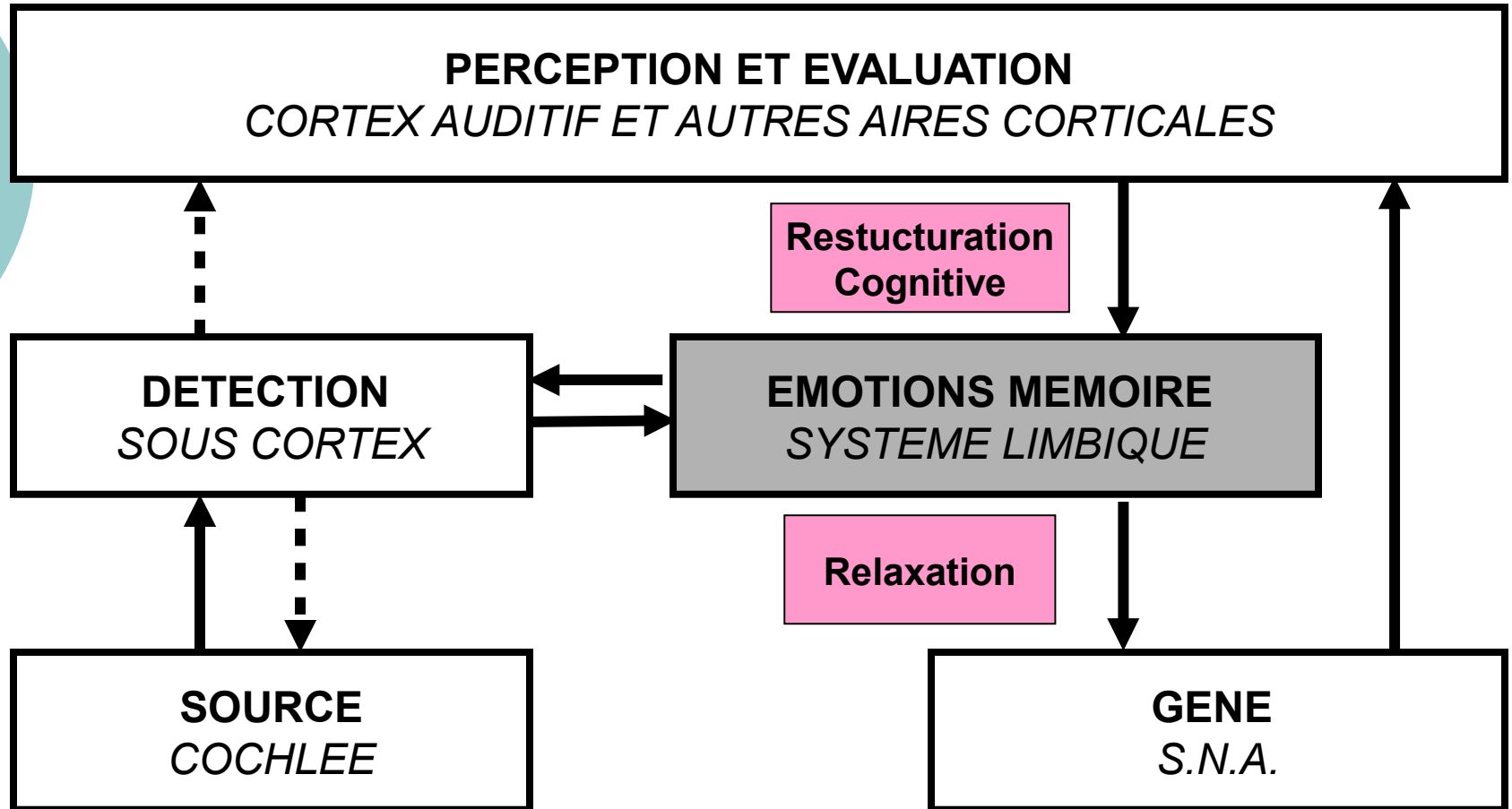
---

- Tinnitus Retraining Therapy
  - Modèle neurophysiologique
- Thérapies Cognitivo-Comportementales
  - Modèles psychocomportementaux
- Modèles théoriquement différents mais aboutissant à des prises en charge présentant des affinités très importantes

# Tinnitus Retraining Therapy (TRT)



# Thérapie Cognitivo-Comportementale



# Take-away messages

---

- Pas de message négatif, écoute empathique
- Faire ou faire réaliser un audiogramme rapidement +/- ex ORL
- Si acouphène unilatéral persistant : IRM
- Traiter la cause si possible
- Prendre en compte les facteurs aggravants secondaires : troubles du sommeil, anxiété, dépression
- Prendre en compte les pathologies associées, si besoin: dents, rachis, Chol-TG, diabète, HTA, thyroïde...
- Conseiller enrichissement sonore (éviter le silence)
- Eviter les traitements médicamenteux inutiles prolongés

# Conclusion

---

- L'acouphènes est une illusion auditive... pas une invention des patients
- Le primum movens est le plus souvent otologique
- L'acouphène peut être particulièrement déstabilisant du fait de l'activation de structures cérébrales extra-auditives
- Mais in fine c'est plus un problème de neurosciences qu'un problème d'ORL
- Il existe des prises en charge multidisciplinaires (ORL, psy, audioprothésiste...), si ce n'est curatrices, du moins efficaces