

Témoignages des professionnels

Traitement des acouphènes

Par Professeur Christian Dubreuil

Même en 2014, les acouphènes sont pour les médecins et a fortiori pour les patients un véritable « cancer » de l'oreille, dont on ne connaît pas l'origine et encore moins le traitement.

Combien de millier de fois ai-je entendu dire par les patients « on ne peut rien faire pour moi, il faut que je m'y habitue, il faut que je vive avec, j'ai essayé tous les médicaments sans succès et sans aucun espoir de guérison».

Cependant la prise en charge est beaucoup plus simple que, l'on pourrait le croire : il faut d'abord faire un diagnostic étiologique qui est la base du traitement de toute maladie, puis proposer un traitement.

Dans 20% des cas le diagnostic étiologique de l'acouphène est simple : il relève d'une maladie connue mais surtout que l'on peut objectiver : le médecin comme le malade ne croit que ce qu'il voit, basé sur l'évidence base médecine « ou médecine basée sur des faits tangibles analysables par les cerveaux cartésiens des médecins et des patients : on ne croit que ce que l'on voit ! »

Parmi les maladies de l'oreille responsables **d'acouphènes chroniques**, citons : l'otospongiose, l'otite chronique, dont le cholestéatome, les séquelles d'otites chroniques, le neurinome de l'acoustique, la maladie de Ménière (associée à une surdité, des vertiges), certaines surdités de perception d'origine génétique et certaines presbycusies, certaines séquelles de traumatisme sonore aigu ou chronique (chasse, travail sur machines, abus de musiques trop fortes...) ou blast (par explosions) ; médicaments oto toxiques.

Certains acouphènes d'origine auriculaires peuvent être moins durables : suites d'otite aiguë ou d'otite sero-muqueuse, suites de concerts trop bruyants (ou en raison d'oreilles plus fragiles), lendemain de chasse.

Les acouphènes plus rarement sont d'origine neurologique, et dans ce cas rarement isolés : malformation de la charnière occipitale (avec des vertiges), sclérose en plaque (avec une surdité et/ou d'autres signes neurologiques), exceptionnellement annonciateurs d'un accident vasculaire cérébral (présence de vertiges, céphalées ou de troubles visuels.)

Dans tous les cas l'examen clinique faisant appel à l'otoscopie ou endoscopie et caméra grossissante, à l'acoumétrie avec un diapason à 250Hz, l'audiométrie tonale, vocale, un examen vestibulaire voire neurologique plus complet, le cas échéant un scanner (pathologie de l'oreille moyenne), une IRM (pathologie de l'oreille interne et neurologique) permettent assez facilement de cerner le diagnostic d'une façon quasi-totale et peu invasive d'un acouphène et de le rapporter à son étiologie présumée.

Le traitement est selon les cas adapté à la cause

En cas d'otospongiose, l'intervention chirurgicale fait disparaître ou atténue 90 % des acouphènes de tonalité grave, 70 % des acouphènes aigus.

L'intervention chirurgicale sur les neurinomes de l'acoustique atténue ou fait disparaître 60 % des acouphènes.

En cas d'otite chronique simple ou de cholestéatome, les acouphènes s'atténuent ou disparaissent moins facilement après chirurgie : 50 à 60 % des cas.

Lorsqu'il s'agit d'une otite aiguë ou sero muqueuse l'acouphène disparaît après traitement médical ou pose d'aérateur dans presque tous les cas.

En cas de presbyacousie, (si acouphènes associés ce qui n'est pas obligatoire), dans les surdités post traumatiques (bruit, blast) la perte auditive est compensée par un appareillage auditif, qui de plus, masque très souvent l'acouphène, et à terme a une action sur les voies et centre auditifs pour traiter l'acouphène.

Plus récemment certaines cyphoses ou subi cyphoses unilatérales, avec acouphènes particulièrement invasifs peuvent relever de la mise en place d'un implant cochléaire, qui, en outre rétablira une certaine stéréophonie.

Dans plus de 70% des cas ce bilan ne retrouve rien, ou du moins on n'objective rien ou pas grand-chose par l'interrogatoire standard, et surtout par les examens paracliniques que l'on peut faire et refaire ou multiplier ad libitum sont soit normaux, soit avec des résultats fluctuants ou discordants dans le temps. C'est bien dans ces situations que se trouvent la grande majorité des patients.

Cependant un interrogatoire plus précis devrait a priori orienter sinon le patient, au moins le médecin :

Les circonstances de survenue : la labilité des acouphènes, survenant et disparaissant une heure, quelques heures, quelques jours ou quelques mois pour récidiver plus ou moins fortement, des acouphènes à bascule passant au cours de la journée d'une oreille à l'autre, des acouphènes d'apparition brutale et bilatérale en quelques minutes, et aussi l'association à : D'autres signes majeurs très souvent oubliés, soit non signalés par le patient ou non demandés par le médecin : l'impression d'oreille pleine, de pression dans la ou les deux oreilles, l'impression d'avoir de l'eau dans les oreilles, d'avoir un étouffement serrant la tête

Une surdité uni ou bilatérale récente souvent corollaire de la plénitude d'oreille signifiant l'existence d'un hydrope ou augmentation de pression des liquides de l'oreille interne, se matérialisant à l'audiogramme par une perte d'audition sur les fréquences graves ou toutes les fréquences, et surtout par un examen appelé Echodia qui donne une mesure objective de la pression des liquides de l'oreille interne.

Des vertiges, là encore qui n'ont ni la sémiologie, ni les caractéristiques des vertiges bien catalogués sauf ceux de la maladie de Ménière avec ses vertiges durant de 1 heure à 6 heures ; il s'agit d'une instabilité fluctuante dans le temps, de vertiges apparaissant et disparaissant spontanément, (le patient assis dans un fauteuil) de vertiges brefs de quelques secondes là encore apparaissant en dehors de tout mouvement du corps ou de la tête.

Une hyperacousie ou une sensibilité exagérée au bruit, tout à fait représentative d'une hyperréactivité du système auditif.

Toute cette symptomatologie relève d'une cause psychologique, ces acouphènes sont appelés psychosomatiques. Une discussion très empathique doit alors débiter avec le patient à la recherche de « drames » vécus par ce dernier, consciemment ou inconsciemment. La recherche n'est pas très difficile et on retrouve dans plus de 90% des cas la ou les causes responsables : un deuil non fait d'un parent ou d'un proche, les soucis de couples très souvent présents ou prédominants (divorce, mésentente, sexualité), ou dans le couple les soucis d'enfants (échecs scolaires, maladie, drogue, fugue...). Il ne faut pas oublier les querelles familiales qui altèrent parfois d'une façon durable les relations fraternelles, ni même les difficultés professionnelles qui concernent aussi bien l'employé (surmenage, cadences infernales, harcèlement) que l'employeur (impayés, harcèlement de l'Urssaf, menace de faillite...). **Il faut croire ce que dit le patient même si on ne le voit pas !**

Si l'on refait l'anamnèse, on s'aperçoit très rapidement que une ou plusieurs de ces causes peuvent isolément ou en association être responsables de l'apparition et /ou de la pérennisation des acouphènes.

Il ne faut pas rater la prise en charge des acouphènes dits psychosomatiques ; si quelquefois s'associe une dépression réactionnelle à l'apparition de ceux-ci, justifiant la prise d'un psychotrope, la plupart du temps ces patients ne relèvent **ni** d'une prise en charge médicamenteuse, **ni** psychiatrique. La seule prise en charge utile et nécessaire est une psychothérapie utilisant des techniques modernes et éprouvées comme l'hypnose ou l'EMDR, qui sont des thérapies brèves de quelques semaines. La maladie de Menière représente le type même de maladie psychosomatique qui associe aux acouphènes la surdité, les vertiges et troubles de l'équilibre, la sensation d'oreille pleine. La psychothérapie a pour but de faire disparaître les vertiges, la plénitude, et atténuer les acouphènes et la surdité, à condition que le patient veuille bien se soumettre à cette thérapie.

Il est enfin des cas qui ne relèvent pas des schémas précédents : pas de cause psychosomatique, pas de lésion curable chirurgicalement ou médicalement, en échec de toutes les thérapeutiques habituellement utilisables dans la pharmacopée (corticoïdes, vasodilatateurs, neuroleptiques...) ostéopathie, acupuncture..... Le médecin se doit non seulement de rassurer le patient mais aussi de lui apporter des éléments nouveaux dans cette prise en charge. Nous avons traité pour ce faire 15 patients, tous en échec thérapeutique et leur avons proposé de prendre « **SynerStem** », complément alimentaire à base de vitamine D3, d'extraits de thé vert, de myrtille, de L.carnosine et de micro algue Klamath (Aphanizomenon). Ces éléments ont pour but de favoriser la prolifération de cellules souches que chaque individu fabrique quotidiennement pour renouveler et réparer ses organes (peau, tube digestif, Globules rouges...). L'hypothèse, en utilisant « **SynerStem** » est de favoriser la réparation de certaines cellules de la cochlée lésée (cellules ciliées internes, ce qui est difficile à prouver avec certitude, mais ce qui compte n'est-il pas le résultat ?) Dans ce domaine aucun médicament, aucune drogue ou produit actif et inoffensif n'a prouvé son efficacité à ce jour.

Nous avons utilisé « **SynerStem** » pour traiter les séquelles auditives acouphéniques apparues après administration de médicaments ototoxiques, après blast ou traumatismes sonores, donc pour des situations où l'atteinte cochléaire est en relation directe et certaine avec des causes évidentes et connues. (15 cas traités). Onze patients ont vu d'une façon rapide en moins d'un mois leurs acouphènes invalidants disparaître et/ou devenir parfaitement tolérés. L'innocuité de ces compléments alimentaires, leurs effets bénéfiques étudiés sur une cohorte certes faible de patients, le vide thérapeutique total dans ce domaine, nous font conseiller aux patient l'utilisation de cette formule thérapeutique.

Le médecin ne doit pas être désarmé et ne doit pas baisser les bras devant un patient souffrant d'acouphènes. : Les causes sont multiples, il faut savoir les rechercher d'abord par l'interrogatoire puis affirmer le diagnostic par des examens pertinents. On a tendance à mésestimer les causes psychosomatiques qui représentent la majorité des patients acouphéniques : « on ne voit que ce que l'on croit... »

Cette brève synthèse peut également être lue par les patients acouphéniques qui se retrouveront probablement dans une de ces situations ; elle leur donne un regard et surtout un espoir nouveaux sur leur prise en charge thérapeutique.

Professeur Christian Dubreuil

Chef de Service d'oto neuro chirurgie

Centre hospitalier Lyon-sud- Pierre Bénite 69485 Cedex

Christian.dubreuil@chu-lyon.fr

Lyon le 19 Février 2014