

Chapitre 17

Acouphène exacerbé par le bruit

H. Bischoff

L'exacerbation de l'acouphène par le bruit, pendant l'exposition et/ou après l'exposition représente une difficulté supplémentaire à prendre en compte. Jastreboff [1] classe d'ailleurs ce type d'acouphène en catégorie 4, celle qui représente la plus grande difficulté de prise en charge.

L'exacerbation peut également apparaître lors de l'utilisation de générateurs de bruit ou d'un appareillage amplificateur. Il faut alors mettre en place une prise en charge particulière pour tenir compte de cette difficulté inattendue.

Définition et formes cliniques

L'exacerbation de l'acouphène par le bruit correspond soit à une sensation d'augmentation d'intensité, soit à une majoration de la gêne ou des symptômes générés par l'acouphène.

On peut considérer que l'exacerbation est une forme d'hyperacousie. C'est pourquoi il sera nécessaire de rechercher chez le patient :

- les signes d'une hypersensibilité au bruit ;
- les types de sons gênants (intensité, fréquence, lieux) ;
- les conséquences du bruit (douleur, gêne, contraction).

La gêne, ou douleur, peut être très variée, ressentie comme : une piqûre dans le tympan, une gêne plus diffuse dans le méat acoustique externe, une brûlure sur le visage. Elle peut aussi être exprimée comme une tension musculaire dans la mâchoire, le crâne ou le cou. La plupart du temps, les douleurs ou tensions musculaires sont décrites au niveau de la tête et autour de l'oreille.

Dans la population des patients ayant un acouphène, on retrouve très fréquemment une dégradation des seuils d'inconfort. Cette dégradation est exprimée par les patients dans 20 à 40 % du temps selon les études, mais il peut également y avoir une dégradation des seuils d'inconfort sans que le patient ne s'en plaigne, en tout cas spontanément.

L'étude menée par l'équipe de Gu [2] a permis de montrer que la tolérance au bruit est dégradée chez la plupart des patients signalant un acouphène.

Pourquoi l'acouphène peut être exacerbé par le bruit ?

Nous distinguerons le cas où l'acouphène est exacerbé par les bruits de l'environnement de celui où il est exacerbé par l'appareillage mis en place, même si certaines causes peuvent concerner les deux situations.

Dans le premier cas, l'exacerbation peut être due à une action sur le système sympathique, une augmentation du stress (le bruit étant un agent stressant) ou une action du système limbique (nous sommes davantage gênés par le bruit des autres personnes que par celui que nous faisons).

Dans le cas d'une exacerbation par l'appareillage, plusieurs causes sont à envisager :

- la stimulation produite peut entraîner des modifications dans les processus centraux ;
- dans le cas d'un acouphène somatosensoriel, la stimulation peut moduler la réaction physique ou le ressenti des symptômes ;
- lors de la pose de l'appareillage, l'attention portée sur l'acouphène peut augmenter à cause du début de la prise en charge, tout comme le stress initial ;

- la présence physique de l'embout ou de l'appareil peut moduler la perception de l'acouphène.

Rôle de l'audioprothésiste

Lorsque l'hypersensibilité au bruit est exprimée par le patient souffrant d'acouphène lors de l'anamnèse, elle sera prise en charge en priorité, puis une fois les seuils de confort et d'inconfort normalisés, la prise en charge de l'acouphène sera envisagée plus sereinement.

Lorsque la plainte est liée au port de l'appareil auditif ou du générateur de son, il est indispensable de renforcer l'accompagnement. De nombreux réglages sont à la disposition de l'audioprothésiste et permettent quasiment tout le temps de trouver une solution. Arrêter le port des appareils serait la pire des solutions, car cela remettrait en cause le discours précédent et la confiance du patient dans le protocole proposé.

La technique décrite par Jastreboff [1] a du reste prévu cette possibilité et l'a même magnifiée dans le discours en décrivant cela comme normal et comme un signe encourageant que la *tinnitus retraining therapy* (TRT) a une action au niveau central, même si dans un premier temps cela s'exprime par une augmentation de l'acouphène.

Nécessité d'un complément à la prise en charge technique

Dans le cas d'une hypersensibilité seule ou associée à un acouphène, l'équipe joue un rôle important en expliquant au patient qu'il existe des solutions prothétiques qui permettent de normaliser les seuils de confort et d'inconfort sur une période de 8 à 12 mois.

Qu'il s'agisse d'un acouphène augmenté par le bruit ou d'une exacerbation post-appareillage, la prise en charge est toujours plus difficile et le travail de l'audioprothésiste doit être épaulé par l'ORL s'il est seul ou par les différents soignants s'il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire. Seul un discours cohérent et confiant de l'ORL ou de

l'équipe permettra de soutenir le patient et de poursuivre la prise en charge dans les meilleures conditions. Le cas clinique ci-dessous décrit le début d'une prise en charge où il est primordial d'avoir le soutien de chacun des intervenants si des difficultés apparaissent.

Cas clinique

Extrait d'un mail d'une patiente à son ORL :

« Depuis la mise en place de l'appareil, j'ai le sentiment que les acouphènes s'installent plus rapidement à droite le matin, voire sont présents, et que le soir au coucher dans le calme absolu ils mettent beaucoup plus de temps à s'atténuer, surtout à gauche, d'autant plus si l'exposition au bruit a été importante.

Mon audioprothésiste a répondu à cela qu'il faut alors réduire la progression du protocole prévu initialement ; comme celui-ci s'étale déjà sur 9 mois à 1 an juste pour l'hyperacousie et que les acouphènes seront envisagés ensuite, j'ai les plus grandes craintes quant à ma capacité à résister autant de temps à l'agression que constituent de telles conditions de vie... »

Réponse de l'ORL à sa patiente :

« Quelque chose doit donc changer tant dans la prise en charge que dans votre façon d'aborder ce problème ! Cette rééducation auditive que l'on vous propose est une façon de le faire.

Bien sûr, ce changement entraîne (comme toute rééducation d'ailleurs) des variations de perception. Et ce n'est pas bien grave ! Que conseillerez-vous à un ami qui après une fracture, et un long alitement, rechignerait à faire sa rééducation kinésithérapique, car les mouvements, même prudents, que l'on lui fait faire augmentent sa douleur ?

La seule question profitable que vous devriez vous poser, c'est : pourquoi la moindre variation de mes acouphènes (en plus ou en moins d'ailleurs) est-elle automatiquement analysée par mon cerveau et vécue de façon aussi intensément émotionnelle ?

Je vous invite à suivre scrupuleusement les conseils de votre audioprothésiste (que je mets en copie de ce mail pour qu'il soit tenu informé comme cela est de règle dans une démarche multidisciplinaire). Considérez cependant les temps de durée de port comme des cibles à atteindre, le temps que vous mettrez à y arriver n'a que peu d'importance en vérité. »

À travers ce témoignage, nous pouvons mieux appréhender les difficultés qui peuvent apparaître lors de la mise en place du protocole et toute la complexité des phénomènes mis en jeu.

La patiente est revue quelques mois plus tard : les bruiteurs sont portés régulièrement tous les jours, le niveau des bruiteurs a été augmenté tel que proposé par notre protocole, les seuils de confort se sont régularisés et l'acouphène est beaucoup mieux toléré. Ceci nous encourage à persévérer dans notre action même si les débuts sont chaotiques ou difficiles.

Références

- [1] Jastreboff PJ, Hazell JWP. Tinnitus retraining therapy implementing the neurophysiological model. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 131-40.
- [2] Gu JW, Halpin CF, Nam EC, Levine RA, Melcher JR. Tinnitus, diminished sound-level tolerance, and elevated auditory activity in humans with clinically normal hearing sensitivity. *J Neurophysiol* 2010;104(6):3361-70.

