

# L'Acouphène, une cause parfois organique... mais pas toujours !

Les acouphènes concernent 10 à 15 % de la population, beaucoup de patients pensent qu'il n'y a rien à faire. C'est FAUX.

## Docteur, j'ai les oreilles qui sifflent

Tout le monde a déjà expérimenté un **acouphène même transitoire**, après une exposition sonore, un bouchon de cérumen, un atterrissage, ... parfois spontanément. L'acouphène est défini comme une perception sonore en dehors de toute stimulation extérieure. Il peut se ressentir dans une ou deux oreilles, voire dans la tête. Le patient lui-même ne sait pas toujours si ce qu'il entend s'appelle acouphène, il va le décrire avec ses propres mots, sous la forme, d'un sifflement, un bourdonnement, un bruit d'alarme, un radiateur, un marteau-piqueur, le chant des cigales, ...L'acouphène peut être pulsatile, en cas d'origine vasculaire, mais la plupart du temps, il est continu.

Les **acouphènes pulsatiles** sont objectivables par le médecin. La cause la plus fréquente est la hausse de tension, mais peut être également lié à une pathologie vasculaire superficielle ou profonde, à savoir les carotides ou artères cérébrales. Elles sont alors explorées par des techniques d'imagerie. (Echographie doppler, et/ou AngioIRM et/ou artériographie).

Il est fréquent de voir apparaître des acouphènes pulsatiles en cas de pathologie ostéomusculaire, quelques séances de kinésithérapie cervicale peuvent se révéler extrêmement efficaces.

L'**acouphène continu** prend son origine dans le cortex auditif. Le patient peut le décrire lors d'une acouphénométrie réalisée en consultation, on précise alors sa fréquence et son intensité. Il est très important de définir son moment d'apparition. C'est cela qui va définir le **degré d'urgence**.

L'**acouphène aigu** est une **URGENCE s'il concerne l'oreille interne**. (Ex : trauma acoustique de plus de 48 h, barotraumatisme ou traumatisme direct, surdité brusque, labyrinthite, maladie de Ménière, ...).

La mise au point de l'acouphène comprend des tests afin de préciser une éventuelle lésion cochléaire. Des questionnaires permettent d'évaluer le degré de gêne.



## L'acouphène apparait par manque d'inhibition corticale

L'acouphène apparait lors d'une lésion auditive, le stress, au sens large, est un facteur favorisant. Prenons l'exemple du traumatisme sonore.

La toxicité sonore aboutit, par des mécanismes de toxicité cellulaire, à la destruction des cellules ciliées neurosensorielles.

Ces cellules sont disposées au sein de la cochlée comme une rampe de piano.

Lorsqu'une partie de celles-ci est abîmée, l'activation du nerf auditif ne peut se faire normalement et la stimulation des neurones du cortex auditif non plus. Or, en situation physiologique normale, l'activation d'une fréquence inhibe les zones voisines, ce qui lui permet d'augmenter sa sélectivité. Si cette fréquence n'est plus du tout, ou moins sollicitée, la région corticale correspondante perd sa capacité inhibitrice. Et vous l'avez compris les régions adjacentes peuvent « s'exprimer » progressivement, ce sont elles qui génèrent l'acouphène.

Cela fonctionne également à l'envers, dès que l'audition est rétablie et que le cortex auditif primaire est restimulé, il active à son tour les interneurons inhibiteurs, et réduisent l'activité des zones acouphéniques.

## Le stress aggrave l'acouphène

Les hormones de stress stimulent les zones acouphéniques, c'est pour cela que les patients décrivent une aggravation lors des périodes de fatigue, d'épuisement ou lors de perturbations émotionnelles.

Le cerveau est composé (entre autres) du **système limbique**, siège véritable de nos émotions, apprentissages, mémorisation des expériences, attachement affectif. Il a été récemment identifié par des techniques d'imagerie comme anormalement actif chez les patients acouphéniques (...).

Le système limbique nous donne la possibilité d'apprendre de nos expériences, d'anticiper une situation, de réagir face au danger, on dit que c'est le développement de cette partie du cerveau qui nous a donné notre instinct de survie et de protection. Chaque expérience, agréable ou désagréable, reste mémorisée sous la forme d'un circuit neuronal. Face au danger, le système limbique déclenche, après

comparaison à des expériences passées, la réponse adéquate. Ce réseau est directement connecté au Thalamus (siège du **Système Nerveux Autonome**) qui produit les hormones de stress. Celles-ci préparent notre corps à l'affrontement du danger ou à sa fuite.

Lorsque l'acouphène reste trop longtemps activé, le système limbique interprète que l'oreille est devenue sourde et déclenche la cascade orthosympatique (de stress). Les hormones de stress continueront à activer les zones corticales auditives générant l'acouphène. Celui-ci étant une expérience émotionnelle à connotation négative, le cercle vicieux est ainsi déclenché et perpétué.

## Peut-on guérir d'un acouphène ?

La réponse est oui. Le problème est que le patient pense que s'il a un acouphène, c'est qu'il est malade, il vient donc voir le médecin qui va lui prescrire une pilule et il va guérir. Ce n'est pas aussi simple.

**Le premier traitement sera de restaurer l'audition** ou de restimuler le cortex auditif par thérapie sonore et musicothérapie. Il est indispensable de **réduire les hormones de stress** au sein du système nerveux autonome et enfin, de **refocaliser le cerveau** vers de nouveaux acquis dans le système limbique.

La défocalisation profite de la plasticité cérébrale, pour réorganiser le cortex en développant d'autres zones de stimulation, cette défocalisation sera évidemment choisie afin de stimuler le versant parasympathique du système nerveux autonome. (Relaxation, sophrologie, hypnose, pleine conscience, arts, sport, ...). C'est là que le patient devient acteur et non objet de l'acouphène.

« **Le patient EST le traitement...** »

**Docteur Gersende De Bie**  
Otorhinolaryngologue