

CONGRES FRANCE ACOUPHENES 2021

Questions du public aux intervenants

« Faut-il repenser l'exploration audiolgologique ? »

Fabrice Giraudet, Maître de Conférences - Université Clermont Auvergne

- **Qu'est-ce que l'audiologie ?**

Fabrice Giraudet : L'audiologie est une discipline qui est une branche entre l'ORL, l'audioprothèse, de l'orthophonie, les Neurosciences de l'Audition. C'est LA science de l'audition.

En France, il existe la société française d'Audiologie qui regroupe des professionnels qui s'intéressent à l'Audition.

<https://www.sfaudiologie.fr>

- **Que peut-on dire de la mise en œuvre de nouveaux examens audiolgologiques, notamment chez les audioprothésistes en « médecine de ville » ?**

Fabrice Giraudet : La difficulté actuellement en France est l'absence de la profession d'audiologiste. En effet, si l'audioprothésiste réalise la réhabilitation de l'audition (profession paramédicale), l'audiologiste réalise en amont les tests auditifs, et comme l'audioprothésiste, sous prescription médicale réalise l'adaptation des appareils auditifs. L'audiologiste a également la charge de l'évaluation et de la réhabilitation de l'équilibre.

- **Comment peut-on définir simplement la surdité cachée ?**

Fabrice Giraudet : Je n'aime pas trop le terme de « surdité cachée ». En effet le terme surdité est associé à la perte d'audition, caractérisé sur l'audiogramme par une élévation des seuils auditifs. Je préfère plus le terme de trouble supralimaire. En fait, cette nouvelle entité pathologique a été caractérisée chez l'animal à la suite d'un traumatisme sonore. Il n'y a aucune altération de l'audition mais il y a une perte d'une catégorie de fibres nerveuses qui est impliquée dans le codage des sons entre 50 et 100dB. Comme présenté dans mon intervention, nous avons développé un nouveau test électrophysiologique permettant de révéler l'absence de ces fibres nerveuses.

"Acouphènes et bruxisme : résultats d'une étude observationnelle et présentation de Siopi, nouvelle plateforme d'entraide pour les personnes ayant des acouphènes"

Robin Guillard, Président - ZETA Technologies

- **Qu'est ce que le bruxisme ?**

Robin Guillard : Le bruxisme peut être défini comme le fait de serrer les mâchoires, de mâchonner ou de grincer des dents durant son sommeil.

- **Relation entre bruxisme et acouphènes ?**

Robin Guillard : C'est le sujet qu'a investigué notre étude. Il s'agissait d'évaluer s'il existait une corrélation entre bruxisme et acouphènes. En effet, comme dans le cas des acouphènes somatosensoriels on observe que des activations musculaires volontaires des muscles masticateurs sont susceptibles de moduler les acouphènes, nous nous sommes légitimement demandés si le bruxisme, qui consiste en des activations musculaires nocturnes des muscles masticateurs seraient susceptibles eux aussi de provoquer des modulations des acouphènes au réveil.

Notre étude semble montrer qu'effectivement plus une personne a d'épisodes de bruxismes nocturnes plus le volume de masquage de ses acouphènes au réveil est élevé relativement à son coucher.

- **Je m'interroge sur le rapport de vos deux recherches SIOPI plateforme en développement UNITI Project UE (symptômes ≠ traitements)**

UNITI 01/2020 → 03/2023

Unification des traitements

Robin Guillard : Notre initiative du projet SIOPI ne fait pas partie intégrante du projet européen UNITI mais il s'inscrit dans la même volonté de travailler à percer les mystères de l'hétérogénéité des causes, manifestations et ressentis de l'acouphène pour en améliorer la prise en charge. Comme de plus nous connaissons et nous entendons bien avec les personnes en charge du projet

UNITI, il est bien possible que dans un proche futur nous lancions des choses en commun, du moins je l'espère !

Présentation de L'Institut Oto-neurochirurgicale de Reims

Arnaud Bazin, Directeur de l'Institut

- **Existe-t-il (ou en projet) une unité radiochirurgie GK à l'institut Oto neurochirurgical de Reims ?**

Arnaud Bazin : Non, la radiothérapie est effectuée sur des accélérateurs linéaires (LINAC), en plusieurs séances (souvent 25 fractions), sans cadre invasif. Pour les patients habitant à distance, on peut diminuer le nombre de séances à moins de dix.

Pour les projets, une machine ultra moderne dédiée à la radiothérapie du crâne sera installée à Reims à très court terme, mais ce ne sera pas un GK.

- **Comment est gérée la concurrence avec le GK. Arrive-t-il que l'équipe de neurochirurgiens recommande une prise en charge GK par un centre autre qu'à Reims ?**

Arnaud Bazin : Il arrive parfois que les patients souhaitent un traitement par GammaKnife. Dans ce cas, on les dirige vers les équipes du nord de la France, Paris ou Lille.

- **Je suis étonnée et contente pour le 3e intervenant que le mot pluridisciplinaire soit utilisé notamment la neurologie et ce qui est du domaine ORL... malheureusement mon ORL ne travaille pas avec un neurologue ou d'autres disciplines en particulier comme cela a été présenté. Pourquoi cette différence en France ??? Aujourd'hui, est-il possible pour les personnes concernées par la maladie de Menière de consulter un ORL "chercheur" ou spécialisé de cette maladie ?**

Arnaud Bazin : L'avis pluridisciplinaire nécessite une combinaison de plusieurs

éléments favorables : des collègues compétents, motivés, prêts à passer une matinée ensemble tous les 8 ou 15 jours, ce qui est très chronophage... et l'essentiel est une bonne entente entre tous... et un fort désir d'apprendre au contact des collègues qui ont un autre point de vue sur les patients et leur pathologie.

- **Peut-on traiter un Neurinome de l'acoustique par radiothérapie si échec de Gamma knife ?**

Arnaud Bazin : Un deuxième traitement est rarement nécessaire, mais dans ce cas, on le réalise avec le même mode de traitement. En pratique, on peut répondre non.

Jean Régis : Dans les très rares cas d'échec de la radiochirurgie (2%) en général un second Gamma Knife règle le problème. La radiothérapie n'est pas conseillée chez les patients porteurs de tumeurs bénignes comme les neurinomes en raison de ses risques de complications à long terme (tumeurs induites, radionécroses et dégradation cognitive).

- **Les interventions sur les acouphènes pulsatiles sont-ils dans votre compétence ?**

Arnaud Bazin : Les acouphènes unilatéraux pulsatiles nécessitent un avis ORL et un bilan à la recherche d'une cause locale. Dans le cas d'une pathologie précise identifiée, la prise en charge peut être chirurgicale (Fistule durale, tumeur du rocher, tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, etc...) mais dans la grande majorité des cas, les acouphènes sont liés au vieillissement de l'oreille, et malheureusement, nous n'avons pas plus de solution radicale qu'ailleurs...

Maladie de Ménière : Description, Thérapie, Recherche

Didier Bouccara, ORL - Centre Hospitalier Européen Georges Pompidou

- **Existe-t-il des IRM silencieux ?**

Didier Bouccara : A ma connaissance non. Mais il existe des possibilités de bien protéger les oreilles des niveaux sonores élevés lors des examens (bouchons atténuateurs...)

- **Quels sont les risques opératoires de la destruction du nerf vestibulaire (chimique, ou chirurgical) ?**

Didier Bouccara : Ce sont deux procédures différentes :

- **Chimique** : ce n'est pas une destruction du nerf vestibulaire mais une destruction ciblée des cellules sensorielles de l'oreille interne par des injections de gentamicine. Les risques sont principalement la diminution de l'audition parfois même complètement, la majoration des acouphènes, une instabilité prolongée pouvant nécessiter une rééducation vestibulaire (fréquemment), une perforation du tympan persistante après les injections et enfin un échec de la technique : chez certains patients malgré plusieurs injections on ne peut obtenir un effet satisfaisant car des vertiges persistent
- **Chirurgicale** : c'est la Neurotomie vestibulaire qui va consister à sectionner le nerf vestibulaire, par une approche chirurgicale nécessitant l'ouverture des méninges, qui sont les enveloppes autour du cerveau. Cette procédure comporte d'une part le risque de complications neurologiques, mais également de fuite postopératoire de liquide céphalo-rachidien avec méningite, et de paralysie faciale ainsi que la dégradation parfois totale de l'audition. Il faut noter que les équipes chirurgicales qui réalisent ces interventions ont des taux de complications faibles.
À mon avis pour chacune de ces deux techniques il faut que le patient soit bien informé des avantages et des inconvénients respectifs avant sa décision.

- **Est-ce que la maladie de Menière peut être provoquée par un traumatisme crânien ?**

Didier Bouccara : Cela est tout à fait possible mais à ma connaissance il n'y a pas de données publiées dans la littérature scientifique qui le montrent de façon très claire

- **Est-ce qu'une fistule péri lymphatique est-elle compatible avec la maladie de Menière ?**

Didier Bouccara : Non : ce sont vraiment deux pathologies différentes même si les symptômes sont proches avec dans les deux cas une atteinte auditive des vertiges et des acouphènes. Cependant dans le cas de la fistule Péri

lymphatique il y a habituellement la notion d'un traumatisme : traumatisme crânien ou traumatisme pressionnel (accident de plongée par exemple...)

- **Diagnostiqué Ménière depuis 5 ans environ, que sait-on des acouphènes lié à Ménière ? Aujourd'hui mes acouphènes évoluent par crises selon un cycle journalier presque très précis très forts le matin, diminution dans la matinée, 1 à 2 après prise de traitement glycérol plus Betaserc, puis reprise des acouphènes à la mi-journée, nouvelle baisse, puis hausse le soir. Et tout cela sans vertige et sans élément déclencheur. Comment l'expliquer ? Il m'arrive de temps en temps d'avoir des tangles. J'ai un terrain très anxigène, hypocondriaque perfectionniste, très stressé depuis l'enfance. Nombreux chocs psychologiques, énorme terrain allergique. Quelles sont leur place dans cette pathologie ?**

Chrystel Carillo : Les chocs psychologiques, le terrain anxieux, le stress sont des facteurs que l'on identifie dans le déclenchement de la maladie et des crises de Ménière. Par ailleurs l'anxiété peut conduire à une hypervigilance relative aux symptômes, qui peut renforcer les conduites anxieuses, avec en retour des conséquences sur la symptomatologie. En complément des traitements médicamenteux qui aident à traiter et/ou éviter les crises, je vous conseille de consulter une psychothérapeute, qui vous permettra de revenir sur les facteurs traumatiques de votre histoire pour les soulager et mieux les intégrer. Enfin vous pouvez traiter l'anxiété et les acouphènes par des techniques de relaxation, sophrologie, hypnose, qui peuvent apporter un soulagement. Toutes ces approches sont complémentaires.

Didier Bouccara À mon avis il faut revoir l'ensemble des examens qui ont été réalisés pour évaluer l'audition et peut-être compléter si cela n'a pas déjà été réalisé par une étude I.R.M. spécifique de l'hydrops et des tests pressionnels comme ceux réalisés par le docteur Fabrice GIRAUDET et son équipe. Le but est d'essayer de corrélérer l'évolution de vos symptômes avec des modifications de la pression des liquides de l'oreille interne pour éventuellement utiliser d'autres traitements : diurétique...

- **Dans la maladie de Ménière, est ce qu'une baisse d'audition depuis 8 mois peut s'améliorer ? (Diagnostic depuis 4 mois). L'ORL me dit qu'il n'y a aucun lien démontré entre les symptômes de Ménière et l'alimentation. Qu'en pensez-vous ?**

Didier Bouccara : Ceci concerne l'évolution dans une situation à moyen terme : quelques mois de recul et il est possible que l'audition fluctue et

récupère partiellement voire complètement : tout dépend du niveau de l'atteinte auditive. S'agissant de l'alimentation les facteurs favorisant les symptômes de la maladie de Ménière sont la consommation excessive en sel, alcool et café en particulier.

- **Pourquoi les orl de France ne pratiquent pas le blocage du sac endolymphatique ?**

(Il existe un article en anglais qui affirme que le blocage du sac est plus efficace que la décompression du sac et cela a l'avantage de ne pas détruire l'audition).

Didier Bouccara : Il est exact que ce type d'intervention est peu réalisé en France. À mon avis la raison est qu'elle est indiquée pour les cas de maladie de Ménière non contrôlé par le traitement médical et la rééducation vestibulaire : ce sont des situations relativement rares ; pour lesquelles on utilise plus fréquemment les traitements par voie locale : injection de corticoïdes ou labyrinthectomie chimique avec injections de gentamicine.

Arnaud Bazin : C'est une technique connue et appliquée par certains ORL en France. Mais sa fiabilité nous semble inférieure à la neurotomie vestibulaire. Pour l'audition, la neurotomie ne la dégrade pas non plus ; ce sont les raisons qui nous ont conduit à Reims à préférer la neurotomie.

- **Comment savoir si les chutes sont des pertes d'équilibre ou viennent du syndrome de Tumarkin ?**

Didier Bouccara : Les symptômes de type Tumarkin surviennent brutalement effectivement avec une chute possible. Ce qui permet le diagnostic c'est la présence des autres symptômes de la maladie de Ménière : acouphènes, fluctuations de l'audition, atteinte auditive sur les graves et les crises de vertiges prolongées plus de 20 minutes en cas de doute diagnostique il est maintenant possible d'utiliser l'I.R.M. avec le protocole hydrops

- **Quel rôle exact à l'aérateur Trans tympanique dans Ménière ?**

Didier Bouccara : Le rôle de l'aérateur trans tympanique au cours de la maladie de Ménière est de réguler la pression des liquides de l'oreille interne pour éviter les symptômes de celle-ci. Le mécanisme exact de l'action du drain est à ma connaissance non complètement identifié et pourrait faire intervenir des capteurs pressionnels de l'oreille moyenne en relation avec l'oreille

interne. Il est par ailleurs constaté qu'un certain nombre de patients souffrant de maladies de Ménière ont des symptômes qui sont modifiés en fonction des variations de la pression extérieure : déplacement en montagne, vol en avion...

Prise en charge psychologique de la maladie de Ménière

Christel Carillo, Psychologue clinicienne - Centre implants du service ORL de l'hôpital Pitié Salpêtrière

- **La prise en charge psychologique des patients de Ménière est-elle remboursée ? Je suis suivie par le Dr Piffaut psychothérapeute (ancienne phoniatre retraitée et reconvertie dans ce domaine), les frais ne sont pas remboursés....**

Christel Carillo : en effet les psychothérapies ne sont pas remboursées par la sécurité sociale pour le moment, sauf à l'hôpital et en Centre Médico-Psychologique (CMP) où les délais de rdv sont souvent très longs. Seules les consultations par les médecins (psychiatres par exemple) sont actuellement remboursées.

- **Comment apporter le savoir pluridisciplinaire nécessaire aux patients qui se replient sur eux-mêmes à la suite d'une errance thérapeutique négative ?**

Christel Carillo : avant tout il est important de pouvoir avoir confiance dans l'équipe qui vous prend en charge ; la pluridisciplinarité d'une équipe permet d'aborder la souffrance des personnes souffrant de maladie de Ménière sous plusieurs angles, ce qui a un effet rassurant, car les approches complémentaires aident à mieux comprendre les mécanismes de la maladie ; par ailleurs des thérapeutiques complémentaires sont souvent bénéfiques pour traiter la symptomatologie.

- **La prise en charge psychologique de la maladie de Ménière est elle généralisée sur tout le territoire ? Tous les ORL doivent ils orienter leurs patients vers un psychologue spécialisé sur le sujet ?**

Christel Carillo : la prise en charge psychologique de la maladie de Ménière peut être effectuée par des psychothérapeutes assermentés, mais pas obligatoirement spécialisés dans ce type de troubles. Les psychologues des services ORL sont généralement spécialisés car ils connaissent la maladie du fait de leur pratique et de la collaboration avec les médecins, ce qui n'est pas le

cas des psychologues en cabinet ou en CMP. Mais le plus important c'est de pouvoir bénéficier de l'écoute d'un professionnel qui pourra vous aider à comprendre votre maladie et à soulager votre souffrance.

- **Quelle est la place de l'appareillage auditif dans la maladie de Menière notamment pour les acouphènes ? Cela peut-il déclencher des vertiges ?**

Didier Bouccara : Au cours de la maladie de Menière l'appareillage auditif est intéressant pour améliorer l'audition et réduire les acouphènes. Effectivement il doit être réalisé si possible au moment où l'audition ne fluctue pas et en utilisant une amplification progressive afin d'éviter le risque de vertige. Si un vertige survient au moment de l'adaptation de l'appareillage il vaut mieux le suspendre pour un certain temps en attendant la stabilisation des symptômes

- **J'ai eu 3 injections de corticoïdes, cela m'a nettement espacé les crises cependant cela m'a augmenté considérablement mon acouphène et la pression, est-ce dû aux corticoïdes ?**

Didier Bouccara : Le but du traitement par corticoïde par voie locale est de réduire la fréquence et la sévérité des crises de vertiges ce qui semble avoir été le cas. La majoration des symptômes auditifs peut être due à l'évolution naturelle de la maladie de Menière. Le fait d'avoir injecté les corticoïdes au niveau Intra tympanique est rarement impliqué car d'ailleurs ce type de traitement est proposé dans certaines surdités brusques en dehors des cas de maladie de Menière.

- **Les consultations Afrépa sont elles réparties uniformément sur le sol national ?**

Didier Bouccara : à ma connaissance il s'agit d'un réseau de soins pluridisciplinaires national : le site de l'AFREPA sur Internet permet de localiser les différentes équipes impliquées

Le neurinome de l'acoustique

Jean Régis, Neurochirurgien - Hôpital de la Timone Marseille

- **Quelle est la taille maximale du neurinome pour traiter par Gamma knife ?**

Jean Régis : Il n'y a pas de chiffre magique de limite de taille devant un « gros neurinome »

Le choix entre Radiochirurgie ou chirurgie combinée se fait de façon multidisciplinaire en réunion collégiale et la décision tiendra compte de la présentation clinique, la qualité de l'audition restante, la présence d'une diminution de la sensibilité dans le visage, l'âge l'état général etc.

- **Oreille bouchée et Neurinome : Y a t'il un lien ?**

Jean Régis : Un neurinome peut être découvert au décours d'une surdité brutale donnant au patient une impression d'oreille bouchée

Acouphènes : « où en est-on en 2021 ? »

Alain Londero, ORL - Centre Hospitalier Européen Georges Pompidou

- **Le manque de notion de la plupart des ORL/médecins sur le sujet revient systématiquement. Dans quelle mesure les acouphènes sont-ils intégrés dans les formations des médecins ?**

Fabrice GIRAUDET : Pour répondre en partie sur la formation nous avons mis en place depuis 3 ans un DIU intitulé Audiologie et otologie médicale : prise en charge des pathologies audio-vestibulaires de l'enfant à l'adulte

Alain Londero : Oui, les médecins en particulier ORL sont formés. J'assure un cours auprès des internes de la région Ile de France car la prise en charge des acouphènes fait partie de la maquette du module « otologie » ainsi que des formations de développement professionnel continu (DPC) accessibles à tous les ORL français.

- **J'ai 71 ans depuis mes 20 ans je souffre d'acouphènes. Je faisais des sinusites à répétition on m'a percé le sinus maxillaire pour m'infiltrer l'aiguille d'une seringue avec un antibiotique. J'ai toujours pensé que le bruit de ce perçage et ma frayeur ont coïncidé avec l'arrivée de ce bruit dans mon oreille gauche qu'en pensez-vous ?**

Depuis peu arthrose survenue dans le genou gauche circulant entre hanche droite dos jusqu'à l'épaule gauche cou bec de perroquet depuis longtemps mâchoire carrée. Un ORL m'a proposé une gouttière pour la nuit. Mes acouphènes persistants et incessants pourraient-ils provenir d'une mauvaise

stature osseuse avec nerfs coincés un peu partout système électrique défectueux

Alain Londero : On peut anticiper, mais sans certitude absolue en l'absence d'éléments plus précis, que plusieurs causes peuvent avoir favorisé la survenue des acouphènes dans ce cas. Le stress de la procédure de ponction de sinus, le traumatisme sonore si la ponction à nécessité l'emploi de matériel bruyant, la présence d'une inflammation de l'oreille moyenne associée à la sinusite, la toxicité du produit antibiotique utilisé. Cette dernière explication étant la plus plausible.

- **Existe-t-il des séances d'hypnose réussies pour atténuer l'intensité des acouphènes ?**

Chrystel Carillo : l'hypnose peut permettre de soulager les acouphènes.

Alain Londero : on manque cependant de preuve scientifique « forte » pour dire que telle ou telle technique de relaxation (Hypnose, sophrologie, méditation, EMDR, Yoga...) est spécifiquement efficace sur l'acouphène (en dehors de la sensation de bien être apportée par la relaxation). Quelques protocoles recherche scientifiques sont en cours pour mieux évaluer l'effet de la Méditation en pleine conscience (MBSR) et de l'EMDR.

- **Existe-t-il une contre-indication de la vaccination du COVID 19 sur les acouphènes ?**

France Acouphènes : Nous avons interrogé notre comité scientifique qui nous indiqué qu'il n'y a aucune étude scientifique prouvant cela ou son contraire. Mais l'angoisse de la vaccination peut créer un stress pouvant être à l'origine de l'augmentation des acouphènes ou des vertiges.

- **La stimulation cérébrale est déjà pratiquée par les psychiatres il me semble contre la dépression ?**

Jean Régis : Il y a un protocole en cours évaluant le bénéfice de la stimulation cérébrale profonde dans les acouphènes mais les résultats ne sont pas encore connus

- **Existe-t-il des statistiques précises sur l'effet bénéfique ou non de la TRT sur les acouphènes ?**

Alain LONDERO : Oui il existe des résultats qui semblent montrer que les

stimulations sonores sont utiles. Le niveau de preuve n'est pas "fort" mais l'expérience clinique est favorable. Et il faut savoir qu'il existe de nombreuses formes de stimulation sonore (la TRT en est une parmi d'autres) et que le bénéfice de chacune par rapport aux autres n'est pas démontré.

- **L'EMDR pour lutter contre les acouphènes ?**

Alain Londero : Il y a peu de données sur l'efficacité de la technique EMDR pour la prise en charge des acouphènes (ex :

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03218046>). On peut néanmoins

anticiper qu'elle puisse être plus adaptées pour les patients chez qui

l'acouphène est survenu dans un contexte de traumatisme psychologique ou pour les patients chez qui l'installation de l'acouphène a constitué en soi un traumatisme psychologique.

- **Où s'adresser pour les stimulations cérébrales dont a parlé le Dr Londero ?**

Alain Londero : Différents centres disposent des outils de stimulation, en particulier magnétiques (Nantes, Marseille Paris...). Mais les stimulations

cérébrales doivent être intégrées dans une prise en charge du patient. Ce ne sont pas des thérapies de routine et leur indication doit être discutée au cas par cas dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires. Les résultats sont aléatoires et partiels.

- **Quels sont les projets Européens de recherche sur les acouphènes ?**

Alain Londero : Il existe différentes initiatives européennes dont la synthèse a été très bien faite par les équipes de France Acouphène (cf. présentation Power Point).

- **Y a-t-il des études sur les cellules souches ?**

Alain Londero : Oui, pour traiter des anomalies génétiques induisant des surdités (et donc des acouphènes), ou pour corriger la susceptibilité d'origine génétique à certaines chimiothérapies (sels de platine). Des techniques apparentées aux thérapies géniques (activation par un cocktail de molécules de cellules dites progénitrices) ont éveillé l'intérêt mais les premiers résultats cliniques semblent décevants.

- **Quelles sont les initiatives de l'UE (UNITI) en France ?**

AUTRES QUESTIONS / TEMOIGNAGES

Pathologie d'intérêt : Hyperacousie.

- **Pourquoi les équipes pluridisciplinaires compétentes laissent-elles les patients s'isoler du monde alors qu'un éclairage avisé de proximité permettrait de les rassurer quant à la meilleure stratégie de suivi voire thérapeutique adoptée ?**
Alain Londero : La prise en charge du patient hyperacousique sévère est complexe. Amener le patient à reconsidérer les stratégies de repli et de protection vis-à-vis des expositions sonores même mineures peut être une gageure. Certains sujets y sont très réticents et y voient même un risque vis-à-vis de leur santé auditive qu'il leur est impossible de prendre. Seule la relation de confiance entre patient et thérapeute peut permettre d'envisager un changement de paradigme avec réexposition progressive. Mais ceci ne peut se faire qu'en respectant à la fois la volonté et les possibilités du patient.
- **Impact des effets secondaires des médicaments prescrits sur la vision notamment Lyrica pris à forte dose pendant 3 ans par exemple ?**
Alain Londero : La balance bénéfice risque de tout traitement, médicamenteux ou chirurgical, doit être pesée avant prescription. Aucun traitement médicamenteux n'ayant fait la preuve de son efficacité spécifique en matière d'acouphène la surveillance des effets indésirables doit d'autant plus être scrupuleuse et active. Il faut cependant souligner que les pathologies perceptives comme l'acouphène ou la douleur sont très sensibles à l'effet placebo mais aussi à l'effet nocebo (aggravation des symptômes indépendante du médicament donné). Toute aggravation de l'acouphène après prise d'un traitement médicamenteux n'est pas obligatoirement le signe d'une toxicité auditive directe du médicament pris
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804316/article> en anglais).
- **Aide et argumentation efficace des équipes et associations pour faire valoir ses droits face à des tiers qui font la « sourde oreille » notamment les assurances ?**
France Acouphènes : Il existe un site spécifique pour les problèmes

- **J'aimerais savoir si le Bétaserc (à la dose de 24 mg x 4 /jour) a des effets secondaires en dehors des problèmes d'estomac ?**

Didier Bouccara : D'après mes connaissances ce traitement peut également s'accompagner de manifestations respiratoires : asthme, toux...

- **Il n'y en a aucun sur la notice et je me demande pourquoi jusqu'à il y a 2 ans, on ne dépassait pas 2 comprimés par jour ?**

Didier Bouccara : La posologie de 24 mg 2 fois par jour pour la bêtahistine à ma connaissance est celle qui figure dans la nomenclature et pour les praticiens dans le dictionnaire Vidal des médicaments.

- **Quand est indiquée la kiné vestibulaire pour une maladie de Menière ? Quel en est l'effet ?**

Didier Bouccara : À mon avis la rééducation vestibulaire est indiquée au cours de la maladie de Menière quand les crises de vertiges sont rapprochées et s'accompagnent d'une instabilité et également chez les personnes âgées pour développer des stratégies d'équilibre permettant de réduire le risque de chutes.

- **Après un grand choc, mes acouphènes ont doublé, vont-ils régresser avec le temps ?**

Chrystel Carillo : un choc psychologique peut être à l'origine d'un accroissement des acouphènes. En complément des traitements proposés par votre ORL, consulter une psychologue permettrait de mettre des mots sur ce que vous avez vécu et de mieux comprendre l'impact ressenti et son effet.

- **Pourquoi les orl de France ne pratiquent pas le blocage du sac endolymphatique ?**

Il existe un article en anglais qui affirme que le blocage du sac est plus efficace que la décompression du sac, et cela a l'avantage de ne pas détruire l'audition.

Didier Bouccara : La chirurgie du sac endolymphatique : décompression...Et effectivement moins réalisée en France que dans d'autres pays. Cependant certains Centre la réalisent régulièrement. Concernant l'efficacité de l'une ou l'autre des techniques À ma connaissance il n'y a pas de démonstration robuste qui permettent de faire le choix. Dans tous les cas il me semble très utile de discuter avec le praticien qui prend en charge la maladie de Ménière des différentes options de traitement : médicaments, rééducation vestibulaire éventuellement, injections Intra tympanique de corticoïdes ou de Gentamycine, ou traitement chirurgical

- **Il y a peu d'ORL en France qui incluent dans le traitement contre Ménière d'autres disciplines. Pourquoi ce décalage entre les ORL en France ? Est-ce un problème de formation dans la prise en charge de cette maladie ?**

Didier Bouccara : au cours de la maladie de Ménière la prise en charge en France est bien codifiée : la société française d'Orl a publié des recommandations pour la pratique clinique qui sont d'ailleurs accessible sur le site Internet de cette société

- **L'appareil auditif peut aider avec la sonnerie de départ l'acouphène... après perso, j'ai arrêté thé et sel... ça aide ! Sinon quand on a Ménière on a une baisse d'audition... le problème, c'est l'hyperacousie, quand on ne veut rien entendre.**

Didier Bouccara : Vous évoquez d'une part les symptômes auditifs de la maladie de Ménière et d'autres par l'intérêt de l'appareillage auditif. À mon avis quand il y a des symptômes associés : acouphènes et hyperacousie en particulier il est utile d'envisager un appareillage spécifique et éventuellement des traitements associés : médicaments sophrologie...

- **Je suis surprise de lire des messages sur les différentes postures des ORL face aux malades de Ménière : entre un ORL qui prévient le malade d'un effet secondaire d'un traitement et un ORL qui nie ce que le malade ressent comme effet secondaire. Est-ce que nous les malades devons signaler ces effets indésirables/secondaires pour qu'elles apparaissent sur la notice et que les ORL "sourds" arrêtent de nier ce que le malade ressent...**

Didier Bouccara : au cours de la maladie de Ménière la prise en charge en France est bien codifiée : la société française d'Orl a publié des recommandations pour la pratique clinique qui sont d'ailleurs accessible sur le site Internet de cette société. Normalement chaque praticien prend en compte les symptômes du patient pour décider avec lui du traitement le plus adapté à ses symptômes, en prenant en compte d'une part l'évolution naturelle de la maladie mais également des effets indésirables potentiel de chaque traitement.