

## CONSENSUS EVALUATION CLINIQUE ET MESURE DES RESULTATS (TRI Workshop 2006)

Dans chaque catégorie les recommandations sont listées selon leur degré de pertinence :

A: Essentiel

B: Fortement recommandé

C: Eventuellement intéressant

### **EVALUATION CLINIQUE**

#### **Examen physique**

A: Examen otologique par un spécialiste ORL

A: Examen du cou (mobilité, sensibilité, tensions musculaires...)

B: Examen de l'articulation temporo-mandibulaire

#### **Evaluation audiologique**

A: Audiométrie (seuils auditifs tonals jusqu'à 8 kHz)

B: Tympanométrie et réflexes stapédiens

B: Audiométrie hautes fréquences (au minimum jusqu'à 12 kHz)

B: Oto-émissions acoustiques (OEAP, DP)

B: Seuil d'inconfort (Loudness Discomfort Level)

C: Potentiels évoqués auditifs précoces (PEAP)

#### **Mesure psychoacoustique de l'acouphène**

B: Tonie (Loudness match)

B: Sonie (Pitch match)

B: Seuil de masquage (Minimum Masking Level)

B: Inhibition résiduelle

#### **Interrogatoire : Histoire de la maladie**

Une majorité des participants favorise les questionnaires préalablement renseignés par le patient (avec possibilité de clarification ultérieure) plutôt qu'un interrogatoire structuré. Mais cette position n'est consensuelle. Il a donc été convenu, comme première étape vers un futur consensus, d'extraire une liste d'items communs aux différents questionnaires actuellement employés. Une première tentative pour définir cette liste est en pièce jointe.

#### **Questionnaires d'évaluation de l'acouphène**

A: Emploi d'un questionnaire d'évaluation de la sévérité de l'acouphène validé en français  
STSS (Sévérité), THQ (Handicap), TRQ (Détresse)

B: Evaluation de la sévérité de l'acouphène par d'autres questionnaires en particulier le THI qui est plus fréquemment utilisé au plan international. Cependant ce questionnaire n'est pas actuellement validé en français. (Il a également été admis que pour le futur il serait indispensable de définir un questionnaire amélioré destiné à une plus large diffusion).

C: Evaluation des troubles dépressifs (Ex : BDI)

C: Evaluation des troubles anxieux (Ex : STAI)

C: Evaluation de la qualité de vie (Ex : WHODAS II)

C: Evaluation des troubles du sommeil (Ex : PSQI)

**EVALUATION DES RESULTATS**

A: Emploi d'un questionnaire d'évaluation de la sévérité de l'acouphène validé en français STSS (Sévérité), THQ (Handicap), TRQ (Détresse)

B: Evaluation de la sévérité de l'acouphène par d'autres questionnaires en particulier le THI qui est plus fréquemment utilisé au plan international. Cependant ce questionnaire n'est pas actuellement validé en français. (Il a également été admis que pour le futur il serait indispensable de définir un questionnaire amélioré destiné à une plus large diffusion).

C: Evaluation des symptômes dépressifs (Ex : BDI)

C: Evaluation des troubles anxieux (Ex : STAI)

C: Evaluation de la qualité de vie (Ex : WHODAS II)

C: Evaluation des troubles du sommeil (Ex : PSQI)

C: Tonie (Tinnitus Loudness Match)

C: Seuil de masquage (Minimum Masking Level)

C: Mesure objective de l'activité cérébrale (Imagerie fonctionnelle, électrophysiologie)

**ABBREVIATIONS**

kHz kilohertz

dB décibel

SL sensation level

MML minimal masking level

THI Tinnitus Handicap Inventory. (Newman et al, 1998)

THQ Tinnitus Handicap Questionnaire (Kuk et al, 1990)

TRQ Tinnitus Reaction Questionnaire (Wilson et al, 1991)

TQ Tinnitus Questionnaire (Hallam et al. 1988)

BDI Beck Depression Inventory (Beck and Steer, 1984)

STAI State-Trait-Anxiety-Inventory (Spielberger et al, 1970)

WHODAS WHO Disability Assessment Schedule (McArdle et al, 2005)

PSQI Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al, 1989)

**“Liste d’items” pour les questionnaires histoire de la maladie**

Les items sont classés selon leur degré de pertinence :

**La catégorie “A” (= essentiel) est en caractère gras.**

Données générales

1. **Age**
2. **Genre**
3. Latéralité
4. **Antécédent familial d’acouphène (parents, fratrie, enfants)**

L’acouphène et son évolution

5. **Date de début**
6. **Mode d’installation : Progressif ? Immédiat ?**
7. Événements associés : Baisse auditive, Traumatisme sonore, Otite moyenne, Trauma crânien, Trauma cervical, Traitement dentaire, Stress, Autres.
8. **Type : Stable? Pulsatile? Autre?**
9. **Latéralisation : Oreille droite? Oreille gauche? Bilatéral? (symétrique?) Dans la tête?**
10. Intermittent ou constant
11. Fluctuant ou non fluctuant
12. **Intensité. EVA 1-100. Au pire ? Au mieux?**
13. Comparaison à un son : description libre et/ou liste de choix
14. Fréquence pure, bruit blanc, son complexe, autres
15. Fréquence : Très aigu? Aigu? Medium? Grave?
16. **Pourcentage du temps d’éveil en étant conscient de la présence de l’acouphène?**
17. Pourcentage du temps d’éveil en ressentant une gêne liée à l’acouphène?
18. Traitements préalables : aucun ? quelques uns ? nombreux ?

Circonstances de modification

19. **Masking naturel : Musique, Sons environnementaux usuels, Autres sons?**
20. Aggravation après exposition à des sons forts
21. **Modulation par des mouvements ou pressions cutanées de la tête, du cou ou des membres supérieurs (à décrire spécifiquement)?**
22. Sieste. Aggravation? Amélioration? Sans effet?
23. Effet de la qualité du sommeil sur la perception de l’acouphène?
24. Effet du stress?
25. Effet des médicaments ? Le(s)quel(s)?

Signes cliniques associés

26. **Hypoacousie?**
27. **Appareillage auditif (Non, droit, gauche, bilatéral, effet sur l’acouphène) ?**
28. **Gêne dans le bruit ou intolérance au bruit ?**
29. Douleur provoquée par le bruit ?
30. Céphalées ?
31. Vertiges, troubles de l’équilibre ?
32. Syndrome algo-dystrophique de l’articulé mandibulaire ?
33. Douleurs cervicales ?
34. Autres syndromes douloureux ?
35. Prise en charge psychiatrique en cours ?

A titre d’exemple voici comment les items suscités peuvent être mis en forme à destination des patients.

QUESTIONNAIRE ACOUPHENE	
NOM:	DATE:
DATE DE NAISSANCE:	

1. Age	
2. Genre	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
3. Latéralité	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Ambidextre
4. Antécédent familiaux d'acouphène	
<input type="checkbox"/> OUI	si OUI: <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> fratrie <input type="checkbox"/> enfants <input type="checkbox"/> NON

5. Quand avez-vous perçu pour la première fois votre acouphène? _____	
6. Le début de votre acouphène a-t-il été ? <input type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> Brutal	
7. Le début de votre acouphène était-il associé à :	
<input type="checkbox"/> Une exposition sonore <input type="checkbox"/> Une baisse auditive <input type="checkbox"/> Un stress	
<input type="checkbox"/> Un traumatisme cervical <input type="checkbox"/> Un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Autres _____	
8. Votre acouphène est-il pulsatile ?	
<input type="checkbox"/> OUI, avec le pouls (rythme cardiaque) <input type="checkbox"/> OUI mais différent du pouls <input type="checkbox"/> NON	

**9. Où percevez-vous votre acouphène ?**

- Oreille droite  Oreille gauche  Bilatéral, plus à gauche  Bilatéral, plus à droite  
 Bilatéral égal  Dans la tête  Ailleurs \_\_\_\_\_

**10. Votre acouphène est-il ?**

- Intermittent (parfois complètement absent)  Permanent

**11. L'INTENSITE de votre acouphène varie-t-elle selon les jours?**

- OUI  NON  Je ne sais pas

**12. Quelle est l'intensité de votre acouphène sur cette échelle de 1 à 100 ?**

(1 = *TRES FAIBLE* 100 = *TRES FORT*)

\_\_\_\_\_ ( 1 – 100 )

**13. Pouvez-vous décrire à quel son usuel ressemble votre acouphène ?**

\_\_\_\_\_

Cette liste donne quelques exemples mais n'hésitez pas à utiliser toute comparaison qui vous semblerait plus pertinente : sifflement, bourdonnement, grésillement, souffle, craquement, cliquetis, pulsation, cocotte minute, ligne haute tension, sirène, moteur, sifflet, cigales, grillons ...

**14. Votre acouphène ressemble-il plus à un son pur ou à un bruit ?**

- Son  Bruit  Criquets  Autres

15. Pouvez-vous décrire la fréquence de votre acouphène ?

Très aigu

Aigu

Médium

Grave

16. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d'éveil avez-vous été conscient de votre acouphène ?

(Par exemple la réponse de 100% indiquerait que vous avez toujours été conscient de votre acouphène, celle de 25% indiquant que vous n'en avez été conscient que ¼ du temps)

\_\_\_\_\_ % (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)

17. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d'éveil avez-vous été gêné ou invalidé par la perception de votre acouphène ?

\_\_\_\_\_ % (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)

18. Combien de traitements différents avez-vous suivi pour votre acouphène ?

aucun

un

plusieurs

de nombreux

19. Votre acouphène est-il réduit lorsque vous écoutez de la musique ou lorsque vous vous exposez à des sons ambiants comme par exemple ceux à type écoulement d'eau (sous la douche ou près d'une cascade) ?

OUI

NON

Je ne sais pas

20. Est-ce que la présence d'un son de forte intensité aggrave votre acouphène ?

OUI

NON

Je ne sais pas

21. Est-ce qu'un mouvement de la tête ou cou (comme serrer les dents ou bouger ma mâchoire) ou bien la pression de votre tête (ou de vos bras) modifie votre acouphène ?

OUI

NON

Je ne sais pas

22. Est-ce que le fait de faire une sieste modifie votre acouphène?

Aggrave mon acouphène  Améliore mon acouphène  Pas d'effet sur l'acouphène

23. Y a-t-il une relation entre la qualité de votre sommeil et l'intensité de l'acouphène ?

OUI  NON  Je ne sais pas

24. Est-ce que le stress influence votre acouphène ?

Aggrave mon acouphène  Améliore mon acouphène  Pas d'effet sur l'acouphène

25. Est-ce qu'un traitement médicamenteux modifie votre acouphène ?

Médicament	Effet : amélioration aggravation / Détails

26. Avez-vous un problème d'audition ?

OUI  NON  Je ne sais pas

27. Portez-vous des prothèses auditives ?

A droite  A Gauche  Des deux côtés  Non

28. Avez-vous un problème pour tolérer certains sons car vous les trouvez trop forts ?  
C'est à dire trouvez-vous désagréables ou agressifs des sons que les autres personnes autour de vous trouvent confortables ?

Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

29. Est-ce que les sons vous provoquent une sensation inconfortable ou douloureuse ?

OUI       NON       Je ne sais pas

30. Vous plaignez-vous de maux de tête ou céphalées ?

OUI       NON       Je ne sais pas

31. Vous plaignez-vous de vertiges ou d'instabilité ?

OUI       NON       Je ne sais pas

32. Vous plaignez-vous de problèmes d'articulation mandibulaire ?

OUI       NON       Je ne sais pas

33. Vous plaignez-vous de douleurs cervicales ?

OUI       NON       Je ne sais pas

34. Présentez-vous d'autres syndromes douloureux ?

OUI       NON       Je ne sais pas

35. Êtes-vous actuellement traité pour des troubles psychiatriques ?

OUI       NON       Je ne sais pas