



Reçu le :
3 octobre 2016
Accepté le :
17 octobre 2016
Disponible en ligne
9 novembre 2016



Acouphènes et articulation temporo-mandibulaire : état des connaissances

Tinnitus and temporomandibular joint: State of the art

G. Lina-Granade^{a,*}, E. Truy^{a,c,d}, E. Ionescu^b, P. Garnier^b, H. Thai Van^{b,c,d}

^a Service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie, hôpital Édouard-Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

^b Service d'audiologie et explorations otoneurologiques, hôpital Édouard-Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

^c Université de Lyon, université Claude-Bernard Lyon I, secteur santé, 8, avenue Rockefeller, 69008 Lyon, France

^d Centre de recherche en neurosciences de Lyon (CRNL), équipe dynamique cérébrale et cognition, Inserm U1028, CNRS UMR5292, centre hospitalier Le Vinatier, bâtiment 452, 95, boulevard Pinel, 69675 Bron, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Tinnitus has been described in temporomandibular joint dysfunction for a long time. Yet, other disorders, such as hearing loss, stress, anxiety and depression, play a major role in the pathophysiology of tinnitus. Temporomandibular joint dysfunctions seem to increase the risk of tinnitus in patients with other predisposing factors. Especially somatosensory tinnitus, which is characterized by sound modulations with neck or mandible movements, is frequently associated with temporomandibular joint dysfunction, but it is not pathognomonic of such a disorder. In such cases, functional therapy of the temporomandibular joint should be part of the multidisciplinary rehabilitation of patients with tinnitus.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Somatosensory tinnitus, Temporomandibular joint disorders, Costen syndrome

Résumé

Les signes otologiques, en particulier les acouphènes, sont nettement plus fréquents chez les patients souffrant des articulations temporo-mandibulaires (ATM) que dans la population générale. Toutefois, près de 90 % des acouphènes sont associés à un déficit auditif, souvent méconnu par le patient, et les facteurs somesthésiques et auditifs, mais aussi neurologiques et cognitivo-émotionnels, sont intriqués dans la genèse des acouphènes. Le clinicien doit donc évaluer le rôle de ces divers facteurs chez un patient donné. La présence de signes de dysfonction des ATM, et les modifications acoustiques de l'acouphène lors des mouvements des ATM ou du cou, orientent vers des mesures de soulagement des tensions musculaires. Mais comme aucun traitement n'apporte à lui seul de rémission complète et immédiate chez tous les patients, une prise en charge complémentaire, pluridisciplinaire, comportant thérapie sonore et thérapie cognitivo-comportementale, est impérative et constitue la base actuelle du traitement des acouphènes.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Acouphène somato-sensoriel, Syndrome de Costen, Dysfonction des articulations temporo-mandibulaires

Introduction

Les acouphènes sont des bruits perçus en dehors de toute stimulation sonore extérieure [1]. Avant de détailler comment ils peuvent être associés à une dysfonction temporo-mandibulaire, il convient de distinguer deux catégories bien diffé-

* Auteur correspondant.

e-mail : genevieve.lina-granade@chu-lyon.fr (G. Lina-Granade).

rentes: les acouphènes objectifs et subjectifs. Les acouphènes objectifs, assez rares, peuvent être entendus par une autre personne, éventuellement par un stéthoscope, comme ceux provoqués par une malformation vasculaire ou les cliquetis liés à des clonies musculaires. Les acouphènes subjectifs, les plus fréquents, ne sont ressentis que par le patient lui-même. Certaines causes otologiques doivent être recherchées car elles justifient un traitement spécifique: surdité brusque, otospongiose, schwannome vestibulaire, couramment appelé neurinome de l'acoustique, conflit vasculo-nerveux dans l'angle ponto-cérébelleux. Ainsi est-il recommandé de réaliser une IRM en cas d'acouphène unilatéral persistant associé à une perte auditive unilatérale sur la même oreille. Mais la plupart des patients présentent des acouphènes sans cause évidente, dont les mécanismes sont multiples.

Le rôle fondamental de la perte auditive, qui est retrouvée chez plus de 90 % des patients acouphéniques chroniques, même si elle est minime ou ancienne, a été largement confirmé et explicité par des études neurophysiologiques chez l'animal [2-4]. Le déficit auditif induit une hyperactivité compensatoire des neurones des voies auditives (augmentation de gain central) et une modification de l'activité oscillatoire auditive thalamo-corticale mise en évidence en magnéto-encéphalographie [4-6]. Le lien entre perte auditive et acouphène se traduit aussi par la concordance du spectre de l'acouphène (sa composition fréquentielle) avec les fréquences concernées par le déficit auditif chez environ 70 % des patients: les fréquences les moins bien perçues à cause de la perte auditive sont les plus représentées dans le spectre de l'acouphène [7,8].

D'autres phénomènes sont intriqués avec la perte auditive dans la physiopathologie des acouphènes. C'est le cas des états de stress, du terrain anxio-dépressif, intervenant dans les modifications des processus attentionnels, mnésiques et émotionnels, mises en évidence par imagerie fonctionnelle [5]. Les troubles du sommeil entretenant la déstabilisation psychique sont très fréquents à la phase aiguë et peuvent être favorisés par des apnées obstructives. Le bilan qui permet de caractériser un acouphène est donc pluridisciplinaire et comporte à la fois des examens audiologiques et la recherche de troubles associés (*encadré 1*).

Les dysfonctions temporo-mandibulaires font partie des pathologies associées aux acouphènes et la revue de littérature qui suit va explorer les interactions entre ces deux troubles.

Coexistence d'acouphènes et de dysfonction temporo-mandibulaire (DTM)

Même si l'existence de signes otologiques a souvent été rapportée en cas de DTM, peu d'études comportent un groupe témoin. Celles-ci indiquent une prévalence des acouphènes de 33 à 60 % chez les patients ayant une DTM, significativement

ENCADRÉ 1

Bilan clinique d'un acouphène.

- Anamnèse précisant la latéralité, la pulsatilité, et les circonstances de fluctuations, et les signes associés (hypersensibilité aux bruits)
- Examen oto-rhino-laryngologique, recherche d'une DTM
- Audiométrie tonale avec demi-octaves, hautes fréquences et seuil d'inconfort
- Acouphénométrie : ◦ Fréquence, intensité, masquage, spectre
- Échelles visuelles analogiques d'intensité et de tolérance
- Évaluation du retentissement : Tinnitus Handicap Inventory
- Questionnaires de dépression (Beck), d'apnées obstructives du sommeil (Epworth)

plus élevée (de 1,7 à 8 fois) que chez les patients ne présentant pas de DTM [9-12]. La variabilité des chiffres peut s'expliquer par les effectifs limités des groupes étudiés, par l'absence de précision sur le caractère permanent et invalidant des acouphènes et par le cadre dans lequel sont recrutés les sujets de l'étude: en général, parmi les consultants d'un service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, ou d'odontologie et non dans la population générale, ce qui constitue un biais. La proportion d'autres signes otologiques (otalgie, vertiges, instabilité) est tout aussi sujette à caution, puisque leur caractère permanent ou transitoire n'est pas non plus détaillé (*tableau 1*).

Quant à la prévalence des DTM chez les patients acouphéniques, une publication portant sur plus de 10 000 participants a montré que l'existence d'une DTM multiplie la prévalence des acouphènes de 1,7 à 1,9, et que les DTM sont la troisième comorbidité la plus fréquente des acouphènes, après les pertes auditives et les expositions extraprofessionnelles aux bruits, devant une dépression, un haut niveau de stress ou d'autres pathologies oto-rhinologiques [13].

Concernant la nature du lien entre DTM et acouphène, il semble que la DTM agisse comme un facteur prédisposant aux acouphènes, puisque parmi une cohorte de 3300 sujets, ceux présentant une DTM avaient un risque augmenté de 2 à 4 fois de survenue d'un acouphène dans les 5 ans, après ajustement du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et de l'existence des céphalées fréquentes [14]. Toutefois, ce travail n'écarte pas l'éventualité d'un facteur commun aux deux pathologies, qui provoque d'abord la DTM, puis les acouphènes. Parmi les divers types de DTM, il n'est pas clairement établi lesquels sont plus susceptibles de s'associer à des acouphènes. Certains auteurs observent plus d'acouphènes en cas de lésions intra-articulaires (déplacement du disque de l'ATM, identifié à l'arthrographie, uniquement du côté d'un acouphène unilatéral) avec douleur orofaciale peu intense et peu étendue [15]. Mais au contraire, dans d'autres travaux, les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708815>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708815>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)