

→ Le traitement

Le soutien psychologique est également important pour la gestion de l'anxiété.

Traitement pressionnel par des drains trans-tympaniques, Meniett.

La labyrinthectomie chimique avec un antibiotique aminoside ototoxique (Gentamycine) injecté dans l'oreille interne, détruit l'appareil de l'équilibre et doit être suivie de rééducation vestibulaire pour une compensation vestibulaire par les autres canaux semi-circulaires. Le résultat est une suppression des vertiges, mais cette technique peut aggraver l'audition et augmenter les acouphènes.

Les traitements chirurgicaux

On les distingue des traitements non destructeurs. Il s'agit de chirurgies permettant la décompression du sac endolymphatique et donnant 70% de résultats positifs.

Les traitements destructeurs sont :

La labyrinthectomie chirurgicale qui permet de supprimer définitivement les informations vestibulaires en provenance du labyrinthe pathologique. La cochlée est sacrifiée.

La neurectomie vestibulaire consiste à sectionner le nerf vestibulaire (de l'équilibre) du côté de l'hydrops en laissant intact le nerf cochléaire et donc en préservant l'audition.

→ Comportement et hygiène de vie

Éviter le stress et la fatigue qui favorisent les crises et préférer la relaxation : sophrologie, exercices de respiration, massages divers...

Ne pas craindre la crise suivante, car la peur engendre le stress et la crise. Pour mieux la maîtriser avec le temps, en déceler les signes précurseurs : état nauséux, sensation de cerceau oppressant les tempes, augmentation des acouphènes.

Un traitement médicamenteux préventif adapté dès l'apparition de ces signes permet parfois d'éviter les grosses crises de vertige.

Cela reste une maladie chronique capricieuse, bénigne au début, qui peut s'aggraver par l'évolution des acouphènes.



Le numéro 73 de la Revue de France Acouphènes

présente un article très complet sur la maladie de Menière, sa prise en charge et sa thérapie. À commander aux coordonnées ci-dessous.

• Acouphènes • Hyperacousie • Syndrome de Menière • Neurinome de l'acoustique •

France Acouphènes,

Association Reconnue d'Utilité Publique régie par la loi 1901, Représentant les Usagers du Système de Santé, Membre d'Alliance maladies rares.



Contact administratif avec le secrétariat :

- Par mail : contact.administratif@france-acouphenes.fr
- Par courrier :

Association France Acouphènes
92, rue du Mont-Cenis - 75018 Paris

Aide et conseils sur les acouphènes, l'hyperacousie, le syndrome de Menière et le neurinome de l'acoustique

Site : www.france-acouphenes.fr

Mail : aide-conseils@france-acouphenes.org

La ligne de France Acouphènes

Horaires : du lundi au vendredi de 9h à 19h

01 42 05 01 46 Appel tarif local

© Reproduction interdite Ne pas jeter sur la voie publique

© iStock

Le syndrome de Menière qu'est-ce que c'est ?

Le syndrome de Menière est une affection de l'oreille interne définie par l'association de quatre symptômes : crises de vertige, acouphènes, sensation de plénitude de l'oreille et baisse de l'acuité auditive.

Association
Reconnue
d'Utilité
Publique



France
Acouphènes

Écouter | Informer | Aider | Prévenir



→ La maladie de Menière ou maladie chronique de l'oreille interne

Le Dr Prosper Menière (1799-1862) fut le premier à avoir décrit la maladie en 1861 dans la gazette médicale de Paris à propos d'une surdité grave dépendante de l'oreille interne. Le terme maladie de Menière sera ensuite utilisé pour décrire l'association de surdité, de vertiges et d'acouphènes. Les données de prévalence sont très variables : 7,5 cas/100 000 en France, contre 160/100 000 en Grande-Bretagne. L'âge moyen de survenue se situe entre 40 à 60 ans. Le stress jouerait un rôle dans le déclenchement des crises et la latéralisation à gauche serait prépondérante sur la droite.

→ Qu'est-ce que la maladie ou syndrome de Menière ?

Il s'agit de crises aiguës d'intensité variable en durée et fréquence associant des sensations d'oreille pleine, diminution de l'audition, acouphènes augmentés, vertiges en association avec des signes végétatifs : nausées ou vomissements. L'hypoacousie est fluctuante, avec atteinte des sons graves et des troubles de la discrimination fine. La surdité est rarement totale. Les vertiges présentent des signes prémonitoires : plénitude de l'oreille et acouphènes. La crise est constituée d'un grand vertige rotatoire associé à des signes neurovégétatifs (malaise vagal : nausées, vomissements) d'une longue durée jusqu'à 3 heures. La fréquence des crises est variable de plusieurs fois par semaine à une seule fois par an. Les acouphènes sont constants, de timbre variable avec une accentuation en début de crise. Ils évoluent vers la permanence et le caractère invalidant.

→ L'évolution

On décrit sur le début de la maladie une phase de surdité fluctuante où les crises peuvent être espacées dans le temps, puis une phase de déclin avec atteinte irréversible et une phase finale sans vertiges, mais avec une surdité et des acouphènes très importants. Cette évolution rend plus difficile le diagnostic de maladie de Menière. Certains antivergineux comme le Tanganil® sont actifs pendant la crise. Il y a nécessité d'appareiller le plus tôt possible.

→ Les examens

L'audiogramme permet d'évaluer le retentissement auditif avec l'atteinte des fréquences graves. Il doit être répété.

Les explorations vestibulaires comprennent : des épreuves caloriques avec instillation d'eau froide et chaude dans les oreilles, des épreuves nystagmographiques (épreuves pendulaires sur un fauteuil tournant, suivi de cibles visuelles). Le système vestibulaire étant asservi à la vision, on utilise une caméra infrarouge pour suivre les déplacements oculaires et on cherche à mettre en évidence un nystagmus. C'est la vidéo-nystagmographie.

L'étude des potentiels évoqués auditifs (PEA) est aussi indispensable.

L'imagerie (scanner, IRM) permet d'éliminer d'autres affections et de mettre en évidence des variations anatomiques. La biologie étudie la glycémie et la recherche d'anticorps spécifiques.

→ La physiopathologie

La pathogénie est constituée par un hydrops : gonflement liquidien endolymphatique qui provoque la crise aiguë. L'hydrops est une distension du labyrinthe membraneux qui débute au sommet de la cochlée et s'étend avec le temps à l'appareil vestibulaire (utricule et saccule).

Le sac endolymphatique aurait un rôle primordial dans la régulation des liquides de l'oreille interne. Un système immunologique compétent a pu y être mis en évidence, ainsi que la production d'une petite protéine, ayant une fonction dans la régulation des liquides.

→ Le traitement

Du fait de la méconnaissance des causes, le traitement n'est pas encore parfaitement codifié et il existe des différences entre praticiens.

Le traitement de la crise

C'est une mesure générale correspondant à l'arrêt de l'activité, le calme, le repos et rester allongé sans changement de position. Il vise à supprimer le vertige et les symptômes associés (anxiété, nausées et vomissements).

Les traitements médicamenteux

Certaines molécules sont actives sur les vertiges : antiémétiques, vasodilatateurs, anticalciques, glucocorticoïdes. Des benzodiazépines, des sédatifs comme le Valium®, des agents osmotiques. Le traitement de fond vise à améliorer la qualité de la vie en diminuant la fréquence des crises vertigineuses, en prévenant la détérioration de l'audition. On peut agir sur le métabolisme de l'eau : médicaments diurétiques, restriction de sel pour diminuer l'hydrops (Diamox®) acétazolamide... pour agir sur les capillaires du labyrinthe et l'épithélium neuro-sensoriel : vasodilatateur, Serc®.