

J.-P. Demanez, L. Demanez

Université de Liège

LA MALADIE DE MENIERE

Vertiges

Pertes d'audition

Bourdonnements d'oreille

Nausées

Vomissements



Entraide Ménière asbl

Sommaire

| | |
|------------------|----|
| Introduction | 5 |
| Symptômes | 7 |
| Diagnostic | 15 |
| Physiopathologie | 19 |
| Traitement | 21 |
| Conclusion | 29 |

| | |
|--------------------------|----|
| Le témoignage de Michèle | 30 |
| L'asbl Entraide Ménière | 33 |

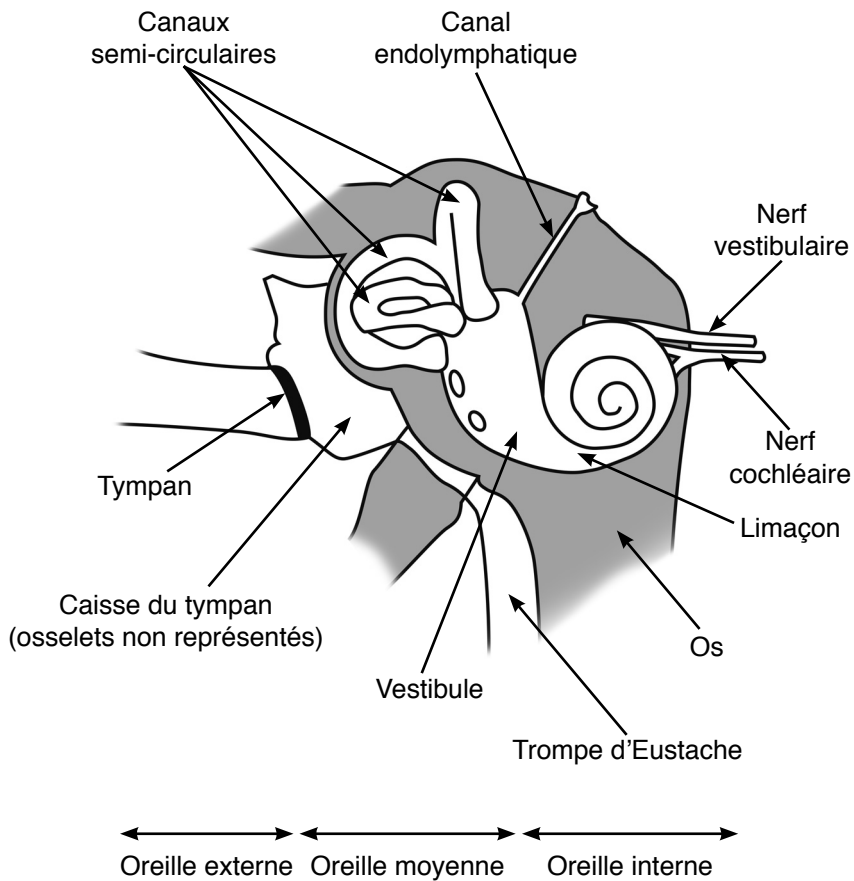
Introduction

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les manifestations vertigineuses étaient considérées comme d'origine cérébrale et donc de pronostic réservé. C'est le mérite de Prosper MENIERE (1799-1862) d'avoir été le premier à reconnaître l'origine otologique de certains vertiges. Au cours de sa lecture originale présentée le 8 janvier 1861 devant l'Académie Impériale de Médecine à Paris, Prosper Menière décrit comme d'origine otologique, sans cependant les distinguer, trois des tableaux vertigineux parmi les plus fréquents à savoir le vertige de position, le déficit labyrinthique unilatéral subit et définitif et enfin le déficit labyrinthique unilatéral partiel et récurrent. C'est à ce dernier tableau, caractérisé par des épisodes répétés de vertiges associés à des acouphènes et surdité, qu'en 1877, Jean-Martin CHARCOT attache le nom de maladie de Menière.

Ces épisodes répétés caractéristiques de la maladie de Menière sont la conséquence de l'hydrops labyrinthique, c'est-à-dire de la dilatation de l'espace endolymphatique dans le labyrinthe. Cet hydrops labyrinthique est dit idiopathique lorsqu'il reste sans cause bien déterminée. Le terme de maladie de Menière est réservé à cette forme la plus commune.

On parle de syndrome de Menière lorsque des manifestations pratiquement identiques sont reconnues comme secondaires à une cause bien déterminée telle qu'infectieuse, traumatique, endocrinienne, auto-immune etc...

Représentation schématique de l'oreille



Symptômes

La maladie de Ménière est donc une affection caractérisée par des épisodes spontanés et répétitifs de vertiges rotatoires, de perte auditive le plus généralement unilatérale, d'acouphènes et/ou de sensation de plénitude dans l'oreille déficiente.

C'est une affection rare dont la prévalence en Europe est estimée entre 20 et 200 cas par 100.000 habitants. Sa fréquence est souvent surestimée suite à un diagnostic posé trop rapidement et à tort. D'autres formes de vertiges d'origine également otologique sont plus fréquentes, notamment le vertige de position paroxystique bénin, la névrite vestibulaire, le vertige migraineux.



Le patient victime d'une maladie de Menière ne présente généralement aucun antécédent médical susceptible d'y être lié. Hommes et femmes sont affectés avec la même fréquence. L'âge du patient au moment du diagnostic est généralement compris entre 30 et 50 ans. Il est très rare d'observer la maladie avant l'âge de 20 ans ou après celui de 70 ans. De rares formes familiales ont été décrites.

Parfois sans aucun signe prémonitoire, la crise s'annonce généralement par des symptômes auditifs unilatéraux tels que acouphènes de tonalité variable, sensation de pression et de plénitude dans l'oreille, perte d'audition. Après quelques secondes ou minutes, un vertige rotatoire survient rapidement intense, persistant au moins une vingtaine de minutes mais



souvent durant 2 à 4 heures. Conséquence d'un mouvement rythmé et involontaire des yeux (nystagmus), le sujet perçoit une rotation rapide de tout son environnement. Il souffre de nausées et de transpiration profuse, est pris de vomissements voire parfois de diarrhée. Son déséquilibre est total et l'oblige à rester couché, strictement immobile car le moindre mouvement de tête accentue ses symptômes. Le sommeil peut survenir après 1 à 2 heures.

Au terme de la crise, le sujet peut éprouver une insécurité d'équilibre pendant un jour ou deux. Certains se sentent très fatigués. Beaucoup sont capables de reprendre rapidement leurs activités sociales et professionnelles. La perte auditive régresse, du moins en début d'évolution de l'affection.



Des crises similaires se reproduisent avec, selon les sujets, une fréquence très variable pouvant aller de plusieurs crises par semaine à une ou deux crises par mois. De manière typique propre à la maladie de Ménière, les épisodes de crises répétées sont séparés par des périodes asymptomatiques longues de plusieurs mois voire années.

Il est unanimement admis que des facteurs émotionnels créés par des circonstances d'ordre professionnel, familial ou autre peuvent intervenir sur la fréquence des crises. L'anxiété créée par l'imprévisibilité d'une crise peut suffire à déclencher une nouvelle crise. Un cercle vicieux s'enclenche. La crise et sa pénibilité entraînent l'anxiété et celle-ci favorise la répétition des crises.

Avec le temps, la déficience auditive, initialement transitoire, devient permanente et s'approfondit. Le plus souvent unilatérale, elle se marque par des difficultés d'orientation auditive et d'intelligibilité dans le bruit et les conversations multiples. Cette perte auditive s'accompagne de distorsions responsables d'une hypersensibilité aux sons et bruits plus intenses, accentuant encore la difficulté de perception de la parole. L'acouphène devient permanent mais son intensité peut encore varier à l'occasion des crises.

Au bout de 5 à 15 ans d'évolution, les crises vertigineuses s'estompent voire disparaissent. Le sujet conserve une perte auditive unilatérale profonde mais incomplète ainsi qu'un acouphène. Il peut éprouver une discrète insécurité d'équilibre.

Parfois dès les premières années d'évolution ou plusieurs années plus tard, la maladie de Menière peut devenir bilatérale. La fréquence de cette évolution est rapportée de façon très variable selon les auteurs, rare sinon exceptionnelle pour les uns, pouvant atteindre 40 % pour les autres.

La maladie de Menière peut affecter différentes formes ou s'associer à d'autres symptômes.

En début d'évolution, les troubles auditifs ou vertigineux peuvent rester isolés l'un de l'autre. On parle de maladie de Menière respectivement cochléaire ou labyrinthique. Après 1 ou 2 années, le tableau complet des symptômes se manifeste généralement et le diagnostic devient alors plus évident. Parfois plusieurs années, voire décennies, peuvent séparer une perte auditive unilatérale et la survenue de crises vertigineuses comparables à celles observées dans une maladie de Menière typique. La sensation de pression auriculaire évoque le mécanisme de l'hydrops endolymphatique.

Des vertiges de position typiques qui seront décrits ultérieurement peuvent compliquer une maladie de Menière.

Des chutes subites sans prodrome ni vertige ou perte de conscience associée peuvent survenir à tout stade de l'affection mais le plus souvent à un stade plus tardif. Le patient peut immédiatement se remettre sur pied et reprendre son activité. On considère ces chutes comme secondaires à une déstabilisation transitoire des otolithes de l'oreille interne par le fait de l'hydrops (crise de Tumarkin).

Certains tableaux vertigineux présentent des caractéristiques éventuellement évocatrices de la maladie de Menière mais relevant en fait d'entités pathologiques tout à fait distinctes de celle-ci. Les plus fréquents méritent une description succincte.

Le **vertige de position paroxystique bénin** (VPPB) se manifeste par un vertige rotatoire de courte durée (5 à 10 secondes) survenant essentiellement lors du coucher et du lever du lit, lors du passage d'un décubitus latéral à l'autre et, dans la journée, lors de l'extension cervicale par exemple pour atteindre une armoire surélevée, fermer les rideaux, pendre le linge..... Ce type de vertige résulte de la libération de petits cristaux calciques (otoconies) dans les liquides endolymphatiques et de leur migration dans les canaux semi-circulaires du labyrinthe, le plus souvent dans le canal semi-circulaire postérieur. Le vertige peut se répéter de multiples fois au cours de la journée en fonction des circonstances. Il ne se produit pas ou disparaît dans l'immobilité stricte. Il n'y a aucun trouble auditif. Le vertige de position paroxystique bénin est peut-être la forme la plus fréquente de syndrome vertigineux.

La **neuronite ou névrite vestibulaire** se manifeste par un grand vertige rotatoire d'apparition subite et accompagné de nausées et vomissements. Aucun symptôme auditif ne lui est associé. Le vertige reste permanent, même dans l'immobilité, et va régresser progressivement au fil de plusieurs jours. Le patient ne peut reprendre une activité plus ou moins normale qu'après 2 à 3 semaines au minimum. L'épisode reste unique dans la grande majorité des cas. On

considère qu'une infection virale, peut-être de type herpétique, affectant sélectivement le nerf vestibulaire serait la responsable du tableau.

Le **vertige migraineux** est beaucoup moins typique. Il peut se présenter comme un vertige rotatoire spontané, comme un vertige de position ou encore par une intolérance aux mouvements de la tête comparable à celle éprouvée dans le mal des transports. Ces différents types de malaise peuvent se présenter isolément, simultanément ou encore à la suite l'un de l'autre. La durée d'un accès peut varier entre quelques secondes jusqu'à environ 2 semaines. L'association du vertige et de la céphalée migraineuse est excessivement variable d'un sujet à l'autre. Seule une minorité de patients souffre des deux à la fois. D'autres ne les ont jamais éprouvés simultanément mais les antécédents personnels ou familiaux de migraine typique sont régulièrement présents. Les facteurs déclenchants du malaise sont volontiers communs avec ceux de la migraine typique : certains aliments, le manque de sommeil, des conditions de stress, le cycle hormonal féminin... Lorsqu'il existe des symptômes auditifs, c'est-à-dire dans 10 à 40 % des cas, ceux-ci ne sont pas exclusivement unilatéraux. Ils sont également généralement moins marqués et ne progressent pas au fil du temps comme dans la maladie de Menière. Une intolérance au bruit et à la lumière (phonophobie et photophobie) pendant la crise est volontiers rapportée.

Diagnostic

Le diagnostic de la maladie de Menière est essentiellement posé sur base d'une anamnèse complète et minutieuse : quels sont exactement les symptômes principaux et associés, y-a-t-il des circonstances de déclenchement, existe-t-il des signes annonciateurs de la crise, quelle est la durée des crises, leur fréquence et leur évolution au fil des mois, quels sont les symptômes persistant entre 2 crises ?

Les examens complémentaires permettent de juger du caractère plus ou moins plausible du diagnostic. Les résultats de certains peuvent par contre exclure le diagnostic de maladie de Menière.

L'**audiométrie tonale** permet la mesure du déficit auditif sur les différentes fréquences du spectre auditif. En début d'évolution, la maladie de Menière affecte le plus souvent les fréquences graves, rarement exclusivement les fréquences aiguës. En cours d'évolution, la surdité s'accroît et atteint toute la gamme des fréquences. La perte auditive est de type perception (oreille interne) et s'accompagne volontiers de distorsions (recrutement). Des fluctuations de cette perte au fil du temps sont très évocatrices de la maladie de Menière. La cophose (surdité totale) reste exceptionnelle.

L'**audiométrie vocale** permet d'objectiver les conséquences des distorsions de la perception auditive.

L'étude des **potentiels auditifs évoqués précoces** (BERA) est pratiquée afin de confirmer la localisation sensorielle périphérique du déficit auditif à l'exclusion d'une localisation neurale susceptible d'évoquer la présence d'une tumeur développée sur le nerf auditif, tel un neurinome.

Le **bilan vestibulaire** évalue la fonction de l'appareil labyrinthique. Il comporte l'étude de la précision des mouvements oculaires, la recherche de déséquilibre au repos et à la marche, de nystagmus (mouvement rythmé des yeux) présent au repos ou dans certaines positions. Des épreuves de rotation pendulaire et des épreuves d'irrigation calorique des conduits auditifs externes permettent d'évaluer la fonction des canaux semi-circulaires de l'oreille interne. Dans la maladie de Menière, en dehors d'une crise récente, un déficit labyrinthique ipsilatéral au trouble auditif n'est observé que dans approximativement 50 % des cas. Un déficit complet n'est observé que dans une minorité de cas et son observation en début d'évolution de l'affection doit remettre en question le diagnostic de la maladie de Menière.

L'**imagerie médicale** (CT Scan des rochers et résonance magnétique nucléaire centrée sur la fosse postérieure) n'apporte pas d'argument typique propre à la maladie de Menière. Il est cependant indispensable de la pratiquer systématiquement avant de retenir un diagnostic de maladie de Menière. Le but est d'exclure un certain nombre de pathologies dont la symptomatologie peut prêter à confusion tel que principalement le neurinome de l'acoustique, mais aussi d'autres tumeurs de la fosse postérieure, un conflit vasculo-nerveux dans l'angle

ponto-cérébelleux, une sclérose en plaque, une malformation congénitale de la charnière crânio-vertébrale, etc... .

L'histoire précise de l'affection et l'ensemble des examens complémentaires doivent également exclure un certain nombre d'autres affections évocatrices de la maladie de Ménière mais qui nécessitent une approche thérapeutique distincte et spécifique, notamment le vertige migraineux, une affection de nature infectieuse ou auto-immune, un trouble circulatoire.

Il n'existe pas de signe, d'épreuve clinique ou d'analyse de laboratoire susceptibles de constituer le témoin spécifique de la maladie de Ménière. C'est l'ensemble du tableau clinique, son évolution dans le temps et l'exclusion des autres pathologies possibles qui constituent un faisceau d'arguments décisionnels.

A condition qu'aucune autre étiologie ne soit mise en évidence, on considère le diagnostic de maladie de Ménière comme **possible** lors de la survenue d'épisodes vertigineux paroxystiques sans surdité ou d'une surdité de perception fluctuante ou stable avec état ébrié. Le diagnostic sera considéré comme **probable** lors de la survenue d'un épisode de vertige rotatoire vrai associé à des acouphènes ou une plénitude d'oreille et à une surdité de perception documentée par un audiogramme. Deux épisodes de crise de vertige rotatoire paroxystique spontané d'une durée égale ou supérieure à 20 minutes survenus dans ce même contexte permettent de retenir le diagnostic de maladie de Ménière comme **certain**.

Physiopathologie

De façon quasi unanime, l'hydrops endolymphatique est considéré à l'origine de la symptomatologie de la maladie de Menière. Elle est presque systématiquement observée en cas d'analyse anatomopathologique pratiquée chez des patients atteints de la maladie et décédés le plus souvent plusieurs années plus tard pour des causes diverses.

La cause de cet hydrops et le mécanisme par lequel ce dernier entraîne la crise de vertiges et la dysfonction des organes sensoriels de l'oreille interne restent cependant obscurs.

L'hydrops peut résulter de l'accroissement de production ou du manque de résorption de l'endolymphe. Le canal et le sac endolymphatique constituent sans doute la voie principale de résorption de l'endolymphe. Une obstruction de ces structures pourrait ainsi constituer un des mécanismes de production de l'hydrops. Le volume et la composition du liquide endolymphatique sont par ailleurs assurés par des mécanismes de transport actif d'ions (pompes à ions) au travers de la membrane limitant l'espace endolymphatique. Un dérèglement de ces pompes à ions pourrait aussi être à l'origine de l'hydrops. Enfin, de nombreuses observations suggèrent un mécanisme infectieux viral. Un ganglion accessoire du nerf facial situé dans le fond du conduit auditif interne pourrait constituer un réservoir à partir duquel des virus neurotropes latents (herpès simplex par exemple) sont libérés et entraînent

un épisode de labyrinthite virale responsable de la crise aiguë. Dans cette hypothèse, l'hydrops endolymphatique ne serait qu'un épiphénomène résultant de la répétition d'épisodes infectieux viraux de l'oreille interne.

Plusieurs hypothèses sont également proposées pour expliquer le déclenchement subit de la crise vertigineuse et l'installation progressive des symptômes plus durables de l'affection. Pour la principale, sous l'effet de l'hydrops, la rupture de la membrane endolymphatique pourrait libérer, dans la périlymphe, de l'endolymphe riche en potassium. L'intoxication du compartiment périlymphatique entrainerait le blocage des terminaisons nerveuses au niveau des organes neurosensoriels de l'audition et de l'appareil vestibulaire. La cicatrisation rapide de la brèche pourrait ensuite restaurer le niveau correct des concentrations ioniques de part et d'autre de la membrane. La séquence de ces mécanismes (rupture, intoxication potassique, cicatrisation) pourrait rendre compte du déroulement de la crise typique : sensation de pression, acouphène, diminution de l'audition et grand vertige, récupération voire disparition des symptômes après quelques 20 minutes ou quelques heures. Des déformations mécaniques des cellules sensorielles de l'oreille interne, de leur irrigation sanguine avec ses conséquences sur le fonctionnement des pompes ioniques constituent encore une autre hypothèse.

Traitement

Dans l'ignorance du mécanisme physiopathologique initial de la maladie de Ménière, et ils peuvent être multiples, nous ne disposons pas d'un traitement unique et efficace dans tous les cas. Il n'en demeure pas moins que le contrôle de la symptomatologie est régulièrement obtenu par des moyens psychologiques, médicamenteux et chirurgicaux. Il est impératif de rompre le cercle vicieux entretenu par l'appréhension permanente d'une crise imminente et de ses conséquences immédiates, appréhension elle-même susceptible de déclencher une crise réelle.

L'écoute patiente et empathique du patient, l'explication de la nature exacte de l'affection, de ce qu'elle n'est pas, de son évolution habituelle avec ses phases de rémission naturelle parfois prolongée voire définitive, des différentes possibilités de traitements médicaux éventuellement chirurgicaux si nécessaire, constituent la base d'une relation confiante entre le patient et son médecin. Cette relation est essentielle à la compliance du patient vis-à-vis de la prise en charge. Les craintes injustifiées de la pérennité des crises vertigineuses ou de l'éventualité d'une surdité complète doivent être rencontrées et éclaircies. Des situations d'anxiété majeure ou de dépression réactionnelle justifient un avis et un éventuel soutien de nature psychiatrique.

La place du traitement médicamenteux dans la prise en charge de la maladie de Ménière est difficile à déterminer

vu l'imprévisibilité des crises, la variabilité des réponses de chaque patient et l'effet placebo. Il est régulièrement souligné que la manière de présenter un traitement au patient peut-être aussi importante que la nature même de ce traitement !

Le symptôme le plus important à maîtriser est la crise aiguë de vertiges avec son cortège de symptômes neurovégétatifs. Le succès de ce contrôle peut rompre le cercle vicieux propre à l'affection et conduire à une rémission prolongée voire parfois définitive.

Cette crise aiguë peut être atténuée, écourtée, voire avortée par l'utilisation de substances sédatives de l'appareil vestibulaire et du système neurovégétatif. La prométhazine (antihistaminique) possède sans doute l'action à la fois anti-vertigineuse et anti-émétique la plus puissante. Ses effets secondaires que sont la somnolence, la sécheresse de bouche, l'hypotension orthostatique peuvent être contrôlés par l'addition d'amphétamine. Cette association découverte il y a plus de 40 ans dans le cadre de l'exploration spatiale fait encore actuellement partie de l'équipement des astronautes. Le patient exposé aux crises de la maladie de Ménière est encouragé à porter en permanence sur lui une ou deux doses de cette association à prendre dès les premiers symptômes annonciateurs d'une crise imminente. Son utilisation doit rester ponctuelle, " en cas d'urgence ". Lorsque le contrôle de la symptomatologie aiguë peut être constaté par le patient, la réassurance ainsi obtenue conduit à réduire le risque de déclenchement d'une nouvelle crise et contribue ainsi à la rupture du cercle vicieux déjà décrit.

En phase aiguë, d'autres sédatifs vestibulaires peuvent être utilisés, essentiellement d'autres antihistaminiques tels que le dimenhydrinate (Paranausine), la diphenhydramine, la méclozine. Peuvent y être associés des anti-émétiques comme la scopolamine, le dompéridone (Motilium) ou le métoclopramide (Primperan).

Par ailleurs, de nombreux schémas thérapeutiques ont été proposés avec visée prophylactique, comme " traitement de fond ".

La bétahistine proposée dans de nombreux pays et seul médicament enregistré en Belgique dans le traitement de la maladie de Ménière peut réduire la fréquence et la sévérité des crises. La bétahistine possède l'avantage de ne pas interférer avec les mécanismes de compensation vestibulaire centrale mis en œuvre dans le décours d'une crise et de l'affection. Elle est bien tolérée, les céphalées et intolérances gastriques étant les effets indésirables les plus fréquents.

Des médicaments tels que la cinnarizine (Stugeron), la flunarizine (Sibelium) et le piracétam (Nootropil), proposés dans d'autres formes de vertiges que la maladie de Ménière, sont également parfois utilisés dans cette dernière. Leur bénéfice incertain est à mettre en balance avec les effets indésirables potentiels comme par exemple l'apparition d'une dépression ou de parkinsonisme avec la cinnarizine et la flunarizine, ou d'une dépression avec le piracétam.

D'autres otologistes recommandent un régime hyposo-

dé, isolé ou en combinaison avec un diurétique tel que l'acétazolamide (Diamox). Ce type de traitement pourrait réduire le volume et la pression des liquides dans l'oreille interne. Un régime hyposodé implique une transformation des habitudes de vie avec élimination du sel dans la préparation des repas. La compliance de ce régime est ardue et les preuves d'efficacité sont limitées.

En cas d'échec de ces traitements, échecs constatés après un minimum de deux mois, l'administration de corticoïdes pendant 2 à 3 semaines peut stabiliser l'évolution.

La prescription d'un tranquillisant, voire d'un anti-dépresseur, permet de diminuer le stress occasionné. Les effets secondaires, l'assoupissement et dépendance, peuvent être importants. Le médecin et le patient doivent donc évaluer ensemble les avantages et inconvénients de ce type de traitement.

En cas de réponse toujours insuffisante, un certain nombre de traitements plus spécialisés peut être proposé.

Le plus simple et le moins invasif consiste à placer dans l'oreille malade un drain de ventilation transtympanique. Le mécanisme exact par lequel ce simple drain parvient à contrôler la séquence des crises reste quelque peu indéterminé. Le drain assure une égalisation stricte des pressions atmosphériques et de celles appliquées aux fenêtres rondes et ovales. L'hypothèse est qu'une faible variation de pression sur ces fenêtres serait parmi les facteurs susceptibles de dé-

clencher la crise aiguë. Il est en tout cas d'observation non exceptionnelle que certains patients victimes d'une maladie de Ménière constatent le déclenchement de leur crise à l'occasion d'une variation de la pression atmosphérique ambiante, en montagne ou en voyage aérien par exemple. Le dispositif Meniett ne semble pas avoir démontré un avantage significatif par rapport à la simple mise en place du drain.

La présence d'un drain transtympanique peut aussi être l'occasion de l'administration dans l'oreille moyenne de corticoïdes, d'agents anti-viraux ou d'aminoglycosides (Gentamycine). L'administration de ces mêmes substances peut par ailleurs être également réalisée par simple injection transtympanique. Les recherches récentes concernant l'utilisation d'un corticoïde ou d'un agent anti-viral n'ont pas démontré leur avantage par rapport à des groupes contrôles. La Gentamycine pénètre dans l'oreille interne par la voie de la fenêtre ronde. Le but de cette administration est d'entraîner une dégénérescence toxique de l'appareil sensoriel labyrinthique. Le dosage et le rythme de cette administration sont adaptés afin de limiter l'effet ototoxique au labyrinthe à l'exclusion de l'appareil auditif, ce qui hélas ne peut être totalement garanti.

Lorsque l'application successive de ces différentes modalités de traitement a échoué et que les crises vertigineuses se répètent au point d'affecter grandement la vie familiale et professionnelle, des thérapeutiques plus invasives peuvent être appliquées.

La chirurgie du sac endolymphatique a pour but de réduire l'excès de pression du liquide endolymphatique. Cette intervention qui ne détruit pas les structures sensorielles de l'oreille interne est l'objet d'un certain scepticisme depuis qu'une expérimentation n'a montré aucun bénéfice par rapport à un simulacre de l'intervention !

En dernier recours, la section du nerf vestibulaire (neurotomie vestibulaire) par une approche chirurgicale postérieure au labyrinthe qui préserve en principe l'audition permet de contrôler plus de 90 % des patients. Lorsque l'audition est déjà perdue, la résection totale du labyrinthe (labyrinthectomie) constitue un geste chirurgical plus léger. Le risque d'atteinte du nerf facial, moteur pour l'hémiface correspondante, est en principe très limité selon l'expérience du chirurgien. Les suites opératoires immédiates sont marquées par un vertige et déséquilibre semblables à ceux observés dans la neuronite vestibulaire décrite précédemment. Le délai de récupération varie généralement de 1 à 3 semaines. Des exercices de revalidation éventuellement dirigés par un kinésithérapeute peuvent écourter ce délai. Le patient doit être instruit de ce que ces interventions vont le libérer des crises aiguës et récurrentes de vertige au prix d'une éventuelle certaine insécurité d'équilibre plus prolongée.

Etant donné que les traitements conventionnels ne sont pas toujours satisfaisants, de nombreux patients se tournent vers les médecines parallèles, comme par exemple l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise. Dans le cadre d'une étude à double insu (ni le médecin prescripteur ni le

patient ne sont mis au courant du médicament administré), étude menée auprès de 105 personnes atteintes d'un vertige aigu ou chronique de cause variée incluant la maladie de Menière, un remède homéopathique s'est avéré aussi efficace que la bétahistine. En médecine traditionnelle chinoise, on traite la maladie de Menière par l'acupuncture, la pharmacopée chinoise ou l'association des deux. Par ailleurs, certains thérapeutes recommandent le tai-chi, un art martial d'origine chinoise pratiqué dans le but d'améliorer l'équilibre. Cet art mise sur la pratique de mouvements lents et précis en portant l'attention sur la respiration et la concentration. Cette évocation de pratique médicale parallèle n'est pas limitative !

Mises à part les techniques chirurgicales de neurectomie vestibulaire ou labyrinthectomie réservées aux patients incontrôlables par les modalités de traitement non invasives, on constate que 70 à 80 % des patients atteints de maladie de Menière évoluent favorablement quel que soit le traitement appliqué !

Conclusion

La maladie de Menière est une maladie très frustrante pour les patients mais aussi pour les personnes qui les traitent. Il est important de créer un climat de confiance et d'échange entre patient et thérapeute.

Il est impératif de ne pas se laisser contrôler par la maladie, de ne pas se laisser envahir. C'est l'occasion d'adopter un rythme de vie plus sain, de réorganiser sa vie dans le but d'éprouver moins de stress au quotidien, d'adopter un régime alimentaire équilibré pauvre en sel.

Le patient peut être découragé par les sautes d'humeur de cette maladie. La maladie de Menière peut rester tranquille durant des mois puis exploser durant des semaines avant de se calmer à nouveau. Les médecins ont donc tendance à être très patients avant de changer de traitement et de considérer la chirurgie. Confiance et dialogue sont fondamentaux (Docteur D. Dorion, Université de Sherbrooke).

Le témoignage de Michèle

« Entre vertiges et pertes d'audition, ma vie s'organise... »



À 35 ans, Michèle Quoidbach travaille comme assistante en pharmacie. En 2001, un souci de santé, suivi d'une crise. Et sa vie bascule. C'est à un certain Prosper Ménière qu'elle doit le nom de la maladie qui a changé sa vie. Vertiges, surdité et acouphènes (bourdonnements ou sifflements d'oreille) font aujourd'hui partie de son quotidien...

Au vu des premiers symptômes de la maladie, vous avez d'abord cru à un simple bouchon dans l'oreille...

Effectivement, il y a 6 ans, je me suis rendue à la consultation d'ORL convaincue d'avoir un bouchon dans l'oreille gauche. Là, les médecins ont contredit mon impression première. À cette époque, mon audition avait sensiblement chuté. Mais je ne présentais pas encore les autres symptômes de la maladie, tels les vertiges, nausées, bourdonnements d'oreilles, vomissements, pertes d'équilibre... On m'a fait passer une série d'examen, pour

finalement m'annoncer : *« Vous souffrez de la maladie de Ménière »*.

À quel moment avez-vous pleinement pris conscience de votre maladie?

Un jour, au travail, j'ai connu ma véritable première crise. Je ne savais plus ni marcher ni bouger... Pour tout dire, j'ai cru mourir. Tout tournait autour de moi. J'ai été mise en congé, pendant 3 mois. J'ai notamment dû réapprendre à marcher. Et tous les gestes qui font appel à l'équilibre sont aujourd'hui délicats à entreprendre.

Néanmoins, vous vous êtes battue pour continuer à travailler!

J'ai effectué toutes les démarches pour être reconnue par l'AWIPH (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées). Je suis assistée en pharmacie et je tenais en effet absolument à continuer à travailler. Tous mes supérieurs sont aujourd'hui au courant de ma situation. Cela permet plus de clarté dans mes relations professionnelles. Néanmoins, j'ai dû bannir de mon emploi du temps certaines tâches... Par exemple, effectuer des gardes, fermer des portes et des volets, grimper sur une échelle pour ranger des archives, ouvrir des colis... sont des gestes que j'essaie d'éviter. Je travaille donc essentiellement à un bureau...

Et dans votre quotidien, quels sont les changements significatifs?

Il existe beaucoup de choses que je n'ose plus faire, même en dehors des crises! J'ai dû engager une personne pour venir m'aider à nettoyer et frotter les vitres par exemple. J'ai toujours une voiture, mais je ne l'utilise presque plus. Je préfère prendre le bus. Et lorsque j'effectue des trajets en voiture, il vaut mieux que je ne regarde pas par la fenêtre!

Cette maladie affecte-t-elle également votre vie sociale?

Sans aucun doute! Je sortais beaucoup auparavant. Aujourd'hui, j'ai perdu beaucoup d'amis... Je ne peux en effet jamais affirmer à l'avance si je peux ou pas me rendre à un souper ou à une fête. En outre, sur le plan social, le fait de perdre l'audition est très difficile à vivre, a fortiori lorsque l'on sait d'emblée que cette perte va s'aggraver avec le temps... Même ma famille proche ne comprend pas toujours ma situation. «*C'est simplement un peu de fatigue*», me répètent-ils régulièrement! Ils ne réalisent pas que ce n'est pas que je ne veux pas faire quelque chose, c'est que je ne sais pas. Quelquefois, leur façon de réagir me culpabilise... Mais comme mes collègues sont au courant et que cela se passe bien au travail, j'apprends à relativiser.



Les médecins ont-ils une explication quant à l'apparition de la maladie ?

Il semblerait que le début de ma maladie coïncide avec un très gros stress. Je n'ai pas envie de m'étendre sur le sujet mais, après y avoir réfléchi, je me suis rendu compte que ma première crise a effectivement eu lieu peu après un gros choc émotionnel... Mis à part ce facteur déclenchant, aucune cause n'a été trouvée à ce jour.

Qu'en est-il au niveau du traitement de la maladie de Ménière ?

Il n'existe pas de traitement spécifique de la maladie. Pour ma part, je prends – probablement à vie – un médicament qui traite les vertiges. Pour combattre l'anxiété, je prends également un anxiolytique le soir. Et depuis deux ans, je suis sous antidépresseur. On m'a également posé un drain pour réguler la pression dans l'oreille interne et je porte un appareil auditif. Pour plus tard, quand mon audition aura vraiment baissé. Par ailleurs, même si moi je ne suis pas passée par là, certaines personnes recourent parfois à la chirurgie dans les cas

où les médicaments ne sont pas efficaces.

Aujourd'hui, vous êtes écoutante à l'asbl « Entraide Ménière ». Cette association constitue un baume précieux pour les malades...

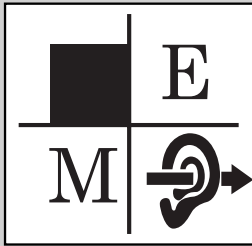
Effectivement ! J'ai découvert l'association « Entraide Ménière » en assistant un jour à une de leurs conférences. J'ai alors rapidement accepté de devenir écoutante pour ma région. J'apprécie particulièrement ce rôle !

Ce travail vous permet-il de mieux comprendre la maladie ?

Il m'amène en tout cas à prendre conscience qu'il s'agit là d'une maladie complexe ! Notamment dans ses conséquences psychologiques – comme nous l'avons déjà évoqué. Il y a pas mal de gens qui refusent d'accepter la maladie. D'autres sont obligés de stopper leur carrière. Si vous êtes indépendant, pompier ou ouvrier en toiture, l'impact peut en effet être grave... Dans mon cas, cette chance de pouvoir continuer à travailler constitue le moteur qui me donne envie de me lever chaque matin ! ■

Michèle QUOIBACH - 04/254 08 32 (20 h à 22 h)

Source : *Pharmagazine*, Septembre-Octobre 2007



Site Internet de
l'Entraide Mérière asbl

Entraide Mérière

Association sans but lucratif

Siège social

Rue des Floralies 87 bte 77

1200 BRUXELLES

Tél. 02-762 91 83

entraidemeniere@gmail.com

<http://www.entraide-meniere.be>

Brabant (Bruxelles)

Hainaut

Luxembourg

Liège

N.B.

Recommandation

Equipe d'écoutants

Mme V. Berckmans 02-762 91 83

Mr M. Zerck 065-62 10 55

ou 0486-48 78 79

Mme M.-F. Gillardin 063-57 19 35

Mme M. Quoidbach (20-22 h) 04-254 08 32

Tous les écoutants sont des personnes atteintes de la maladie.

Personne ne doit modifier un traitement, arrêter ou s'abstenir de prendre un médicament ou de suivre un traitement, ou amener quelqu'un à le faire suite aux informations données dans cette brochure. Pour toute autre question, adressez-vous **toujours** à votre médecin.



Editeur responsable / Adresse de contact:

Vinciane BERCKMANS

Rue des Floralies 87 bte 77

1200 BRUXELLES

Tél. 02-762 91 83

entraidemeniere@gmail.com

