



SURDIFICHE

N° 7

LE SYNDROME DE MÉNIÈRE

UNE ORIGINE MÉCONNUE

L'origine et le mécanisme de cette affection chronique de l'oreille interne ne sont pas connus.

Il est observé une augmentation de la pression à l'intérieur du labyrinthe (hydrops endolymphatique), accompagnée d'une distension de celui-ci. Quand cette pression augmente, les cellules neurosensorielles de la cochlée (son) et de l'appareil vestibulaire (mouvement de la tête) ne parviennent plus à interpréter correctement les signaux reçus.

Il y aurait aussi rupture d'une membrane labyrinthique et/ou une infiltration des liquides endolymphatique (potassium) et périlymphatique qui se traduit par une intense sensation de vertiges disparaissant quand la pression dans l'oreille interne baisse ou redevient normale.

Il semblerait aussi que cela soit dû à un virus latent dans le ganglion méatal du nerf facial.

Cette atteinte de l'oreille interne (une seule oreille dans 80% des cas) se caractérise par trois symptômes concomitants ou étalés :

- bourdonnements d'oreille (acouphènes) invalidants;
- vertiges de nature rotatoire : la crise vertigineuse violente et persistante, dure quelques heures à parfois quelques jours. Le sujet essaye de trouver et de rester dans une position dans laquelle il ressent le moins ces vertiges, en évitant de bouger la tête. La crise peut s'accompagner d'une diminution importante des forces musculaires avec un abattement profond et de nausées pouvant aller jusqu'aux vomissements;
- fluctuations de l'audition durant quelques secondes jusqu'à quelques jours surtout dans les sons graves. Avec des atteintes permanentes (surdité de perception sur les basses fréquences - mais parfois aussi surdité mixte (due au blocage des étriers). La surdité se stabiliserait à 60 ou 80 décibels. Il y a également une hyperacousie à certains bruits.

2-AS
Association pour
l'Accessibilité
du cadre de vie aux
personnes Sourdes,
devenues sourdes
ou malentendantes
12, rue d'Auffargis
78690 Les Essarts-le-Roi
www.2-As.org
Fax 01 30 41 55 17

Prosper Ménière

Médecin chef des sourds- muets de Paris au 19^e siècle, il a été le premier à établir le lien entre vertige et oreille interne et à signaler que « son » syndrome était précédé d'acouphènes.

LE DIAGNOSTIC

Avant la pose du diagnostic, des examens poussés doivent être réalisés :

- ophtalmologiques (électro-nystagmographie) qui permettent d'évaluer les fonctions vestibulaires;
- ORL pour éliminer toutes autres causes possibles des vertiges (tumeurs, labyrinthites, malformations, ostéospongiose, traumatismes, lésions cholestérotomateuses ou post-opératoires);
- examen tomo-densitométrique (structures osseuses). - l'imagerie par résonance magnétique (IRM) analyse en détail le nerf cochléo-vestibulaire et les cavités labyrinthiques et permet d'éliminer d'autres causes sans identifier ce syndrome.;
- des tests osmotiques tels que le « test au glycérol », lorsqu'ils apportent une amélioration, confirme l'hypothèse de l'hydrops endolymphatique.

TRAITEMENT MÉDICAL

Traitements préventifs (et non curatifs) en cure médicamenteuse de longue durée, ils soulagent 80 % des patients.

Ce sont le traitement des vertiges et le traitement de fond pour lutter contre l'hydrops.

- Repos absolu (avec sédatifs) et présence d'une personne près de soi.
- Éviter stress et fatigue et supprimer les excitants alimentaires.
- Régime sans sel et/ou diurétique (déshydratation du labyrinthe membraneux et freinage de l'accumulation d'endolympe).
- Anti-vertigineux : Bétahistime (Serc); acétylleucine (Tanganil - en

comprimés ou par piqûres); flunarizine (Sibélium - mais il peut avoir des effets secondaires sur de longues périodes) : prévention des crises de vertiges.

- Anti-nausées, Anxiolytiques, ou Antihistaminiques sont prescrits selon les symptômes.

LA CHIRURGIE

Elle a pour but de supprimer les vertiges (les thérapies relatives aux acouphènes ne seraient pas efficaces) mais elle peut avoir des effets secondaires sur l'audition et la stabilité (instabilité chronique). Trois méthodes existent :

- décompression du sac endolymphatique par l'établissement de zone de « trop plein » dans le canal cochléaire. L'opération est réalisée derrière le pavillon de l'oreille en ouvrant l'os mastoïde. L'efficacité à long terme n'a pas été mise en évidence;

- neurectomie vestibulaire : intervention sur le crâne pour récliner le cervelet et sectionner les nerfs vestibulaires supérieurs et inférieurs entre le cerveau et le conduit auditif interne. Le contrôle des vertiges est excellent mais il y a des risques : atteinte du nerf fascial et fistule de liquide cephalo-rachidien;

- antibiotique vestibulotoxique: injection (avec anesthésie locale) d'un médicament ototoxique (Gentamycine) à travers le tympan. L'accumulation du médicament entraîne une intoxication des cellules vestibulaires, mais aussi des cellules cochléaires, ce qui entraîne une surdité aux sons aigus. Pour les vertiges, les résultats sont similaires à ceux de la neurectomie vestibulaire. La recherche tente de maîtriser le dosage afin de ne pas engendrer une aggravation de la perte d'audition;

- labyrinthectomie chirurgicale: en dernier recours, consiste à détruire totalement les cellules de l'appareil vestibulaire. Les vertiges

sont supprimés mais la surdité est totale à l'oreille opérée.

GÉRER AU QUOTIDIEN

Le plus pénible de ce syndrome ce sont les crises de vertiges. Il faut donc arriver à les anticiper et les stopper à temps avec les médicaments. Il faut donc « écouter les signes » que nous envoie notre corps : les signes avant-coureurs sont nombreux et faciles à repérer si on y fait attention.

La variation de l'audition pendant la crise peut nécessiter de faire réadapter le réglage de l'appareil auditif pendant cette période de crise, quitte à le faire remodifier après.

De plus, c'est à nous d'identifier jusqu'à quelle limite on peut attendre avant d'avaler les miraculeux comprimés ou de passer aux piqûres :

- marche non rectiligne : on ne marche plus droit, on marche comme quand on est dans le noir (ou comme une personne ivre). On en prend conscience en regardant les lignes du carrelage en avançant ;
- maladdresses : on se cogne aux murs et aux objets lorsque l'on se déplace comme si notre perception de l'espace était faussée ;
- bouffées de chaleur, on se sent mal dans sa peau, sans arriver à définir pourquoi;
- on a l'impression d'avoir envie plus souvent d'aller aux toilettes;
- on a la bouche sèche : alors là, il faut se forcer à boire même sans

Le recrutement

Ce terme qualifie le comportement de l'oreille qui ne perçoit plus les sons faibles tout en étant extrêmement sensible et intolérante aux bruits forts.

Hyperacousie

Il s'agit d'un problème de réduction de la gamme dynamique de la sonie « par le haut » : les sons tolérables deviennent de moins en moins élevés (c'est-à-dire que les sons forts sont de moins en moins tolérés).

c'est la détérioration de la tolérance aux sons normaux de l'environnement.

Les gens souffrant d'hyperacousie n'ont pas une meilleure acuité auditive que la moyenne : les tests audiologiques révèlent une audition normale.

soif : cela favorise l'élimination de l'hydrops ;

- pression dans la tête, à l'intérieur du crâne sans douleurs : ce n'est pas des maux de tête ;

- bourdonnements d'oreille (ils sont différents des habituels...) ;

- la sensation d'une pression qui « pousse le tympan vers l'extérieur (les docteurs parlent de plénitude ?)

- mais surtout une gêne visuelle, un voile, qui peut être léger, mais qui peut évoluer jusqu'à la surve-

nue de strass devant un ou les deux yeux (comme quant, à la télévision, ils masquent le visage d'une personne).

Ce phénomène, pour moi, c'est le signe flagrant de la survenue imminente d'une crise - c'est un phénomène oculaire qui n'affecte pas les fonctions visuelles. Ce sont des Nystagmus (mouvements saccadés du globe oculaire, de faible amplitude, le plus souvent horizontaux, plus rarement verticaux ou circulaires).

COMPRIMÉS OU PIQÛRE ?

Il est recommandé d'avoir en permanence sur soi (même si ça va bien on n'est pas à l'abri d'une crise imprévue !) des comprimés de Tanganil et en prendre immédiatement deux (on peut aller jusqu'à six-huit par jour.) : pour ma part, cela évite généralement la crise.

En fait c'est un peu comme le mal de tête : si on prend les comprimés de suite on a toutes les chan-

Quand les crises vertiges ne se manifestent plus, cela ne veut pas forcément dire que l'on est guéri mais que l'on a une « Ménière vieillie »....

ces de stopper la crise, si on attend trop longtemps c'est plus difficile à faire passer et on a la certitude qu'on aura, au final, la crise de vertige.

Si au bout de trois jours, les sensations n'ont pas disparues ou diminuées, alors il faut demander une piqûre intraveineuse de Tanganil (avoir sur soi en permanence une prescription médicale de moins de trois mois, précisant la prescription en urgence de celles-ci) cette prescription permet parfois d'éviter l'attente de la venue d'un docteur.

Si l'état vertigineux perdure, alors le docteur me prescrit une séance de piqûres pour trois ou cinq jours : après je suis tranquille pendant des mois.

Cette gestion permet de n'avoir plus que rarement (une fois par an) des crises violentes.