

Quels sont les traitements de la maladie de Ménière ?

■ Le traitement est essentiellement médical

Le traitement se divise en deux parties: le traitement de la crise de vertige et le traitement de fond, pour prévenir leur récurrence.

- **Au cours de la crise** il faut enrayer le plus vite possible celle-ci pour soulager le patient en stoppant les vertiges, calmant les nausées et vomissements et en rééquilibrant la pression de l'oreille interne. Les médicaments utilisés associent les anti-vertigineux, les anti-nauséeux, les médicaments de soutien vasculaire (vasodilatateurs) et les médicaments antiosmotiques permettant de diminuer la pression dans l'oreille interne tels que le mannitol, les corticoïdes et les diurétiques.

- **En dehors des crises** un traitement dit «de fond» est institué pour tenter d'éviter la récurrence des crises et la progression de la maladie. Les médicaments anti-vertigineux sont prescrits au long cours, souvent associés aux antiosmotiques sauf les corticoïdes qui ne peuvent être prescrits sur une période longue. La prise en charge doit être globale et il faut également associer des conseils sur la gestion du stress, l'hygiène alimentaire (café, alcool, tabac...) et parfois une rééducation vestibulaire en cas de troubles de l'équilibre résiduels.

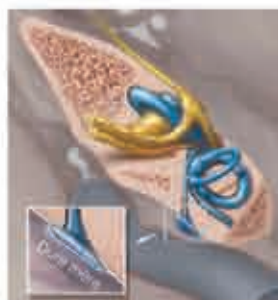
Le patient doit être suivi régulièrement par un spécialiste tout au long du traitement, même en l'absence de crise, afin de s'assurer de son efficacité et de l'absence d'effets indésirables. Dans la majorité des cas le traitement médical est efficace et l'échec de ce dernier est souvent lié à une prise irrégulière ou un arrêt trop précoce par le patient.

■ Le traitement peut être chirurgical

Le traitement chirurgical de la maladie de Ménière n'est indiqué qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit. Il existe plusieurs types de techniques. Certaines sont conservatrices de l'audition et certaines peuvent nécessiter son sacrifice.

- **La chirurgie de décompression:** La décompression du sac endolymphatique vise à baisser la pression dans l'oreille interne. L'abord s'effectue en arrière de l'oreille malade et la mastoïde

est progressivement fraisée afin d'avoir accès au sac endolymphatique qui est ensuite ouvert. Un drain peut être mis en place. Le risque d'atteinte de l'audition étant très faible c'est la technique de choix chez les patients présentant une bonne audition.



Décompression du sac endolymphatique
Desin, Tampa Bay Hearing & Balance
Center (Tampa, USA)

- La labyrinthectomie chimique à la gentamycine:

Il s'agit de la destruction du labyrinthe, c'est-à-dire de l'oreille interne malade, par l'instillation de gentamycine dans l'oreille interne. La gentamycine est un antibiotique connue pour son ototoxicité (toxicité pour l'oreille). L'instillation de gentamycine va détruire spécifiquement l'organe de l'équilibre mais présente le risque d'affecter l'organe de l'audition.



L'instillation peut se faire par injection à-travers le tympan, (mais cette voie est peu précise et nécessite plusieurs injections) ou par voie chirurgicale. L'intervention, qui s'effectue par le conduit auditif externe, consiste à remplir la fenêtre ronde de gentamycine qui va progressivement diffuser à-travers la membrane de la fenêtre qui est poreuse.

- La labyrinthectomie chirurgicale:

Elle consiste en l'ablation de l'organe de l'équilibre. Cette opération est très efficace mais ne respecte pas l'audition. Qu'elle soit chimique ou chirurgicale, la labyrinthectomie s'adresse principalement aux patients présentant une surdité sévère.

- La neurectomie vestibulaire:

Cette intervention consiste à sectionner le nerf vestibulaire (nerf de l'équilibre) qui transmet les informations de l'organe de l'équilibre malade au cerveau. Dans la mesure où typiquement seul le nerf de l'équilibre est sectionné (et non le nerf cochléaire, nerf de l'audition) l'audition est en général conservée. L'efficacité de cette intervention est très importante sur les vertiges. Elle nécessite une rééducation vestibulaire après l'intervention.

Qu'est-ce que l'Otologie et la Neuro-Otologie ?

L'Otologie est l'étude de l'oreille et de ses maladies: surdité, vertiges, troubles de l'équilibre et acouphènes. Il s'agit d'une hyperspécialisation de l'ORL.

La Neuro-Otologie est une partie de l'Otologie qui traite plus précisément de l'oreille interne en relation avec les voies nerveuses associées et de ses pathologies (neurinome, méningiome, spasme de l'hémiface etc..).

La Clinique du Dr Causse

La clinique Causse est spécialisée dans le diagnostic et le traitement des affections de la tête et du cou, plus particulièrement en Otologie où elle a acquis une renommée internationale. La clinique traite les pathologies dans les domaines de l'Otologie, la Neuro-Otologie, l'ORL, l'Ophtalmologie, l'Orthopédie et la Chirurgie Plastique.

Du fait de sa spécialisation dans ses différentes activités, la clinique Causse a un important recrutement extra-régional. En effet, 60% des patients hospitalisés viennent d'autres régions, pourcentage qui passe à 78% ramené à l'échelle du département.



© 2010. Clinique Causse
Traverse de Béziers, 34440 Colombiers
rdv@clinique-causse.com
Pour plus d'informations visitez notre site
internet : www.clinique-causse.com
10/11Oto



Clinique du Dr Causse
Département d'Otologie
Traverse de Béziers
34440 Colombiers
www.clinique-causse.com

La Maladie de Ménière

Diagnostic et traitements de la Maladie de Ménière

- Qu'est-ce que la Maladie de Ménière ?
- Quels en sont les symptômes ?
- Comment évolue-t-elle ?
- et davantage...



La Maladie de Ménière

De 1 sur 600 à 1 sur 10 000 personnes

souffrent de maladie de Ménière selon les études et les pays. Toutefois ces chiffres dépendent d'un certain nombre de facteurs notamment les critères retenus pour définir cette maladie. Elle affecte aussi bien les femmes que les hommes, principalement entre 40 et 50 ans, bien qu'elle puisse survenir à tout âge. Elle touche très rarement l'enfant.

Cette maladie dont les causes demeurent obscures, a été décrite pour la première fois en 1861 par un médecin ORL français, Prosper Ménière. Son diagnostic repose sur un examen clinique complet effectué par un médecin ORL et certains examens complémentaires.

Qu'est-ce que la Maladie de Ménière ?

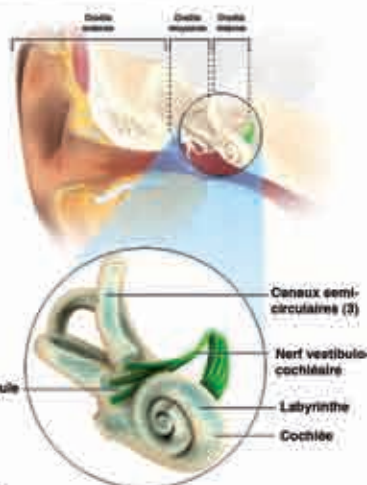
C'est une affection chronique de l'oreille interne, évoluant par crises, associant dans sa forme typique, **vertiges**, **surdité** et **acouphènes**. Mais il existe des formes incomplètes dans lesquelles l'un ou l'autre de ces trois symptômes peuvent manquer.

La crise se manifeste par un grand vertige rotatoire intense qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, accompagné de nausées et/ou de vomissements pouvant être intenses.

Chaque crise est souvent précédée ou accompagnée d'une perte auditive unilatérale avec plus ou moins une sensation de plénitude de la même oreille (oreille bouchée). En fin de crise persistent des sensations de malaise intense ou de grande fatigue pouvant se prolonger plusieurs jours.

Entre les crises les symptômes disparaissent en totalité ou partiellement selon l'ancienneté et le stade évolutif de la maladie. La répétition des crises est totalement aléatoire.

Le mécanisme physiopathologique retenu est un trouble des liquides contenus dans le labyrinthe (oreille interne): la périlymphe et l'endolymphe. Il se produit une modification qualitative de la composition en électrolytes des deux liquides, notamment en potassium, induisant une régulation anormale de la pression osmotique dans le labyrinthe. Il en résulte un **hydrops endolymphatique**. Ce phénomène peut durer de quelques minutes à plusieurs heures; il est réversible dans les stades initiaux de la maladie, expliquant ainsi les récupérations fonctionnelles cliniques, notamment la surdité fluctuante. **Habituellement l'atteinte est unilatérale.**



Quelles sont les causes de la maladie ?

Les signes cliniques de la maladie s'expliquent par une augmentation de la pression des liquides de l'oreille interne, qui comprime les organes neurosensoriels de l'équilibre et de l'audition. Ces troubles de pression sont fluctuants dans le temps et expliquent les moments d'amélioration ou de rémission de la maladie.

Les causes déclenchant ces troubles demeurent inconnues mais de nombreux auteurs ont souligné le rôle indiscutable du stress, de la fatigue, des soucis personnels ou professionnels ou encore des chocs affectifs dans la survenue des crises.

Comment en fait-on le diagnostic ?

Le diagnostic est clinique et repose essentiellement sur l'histoire de la maladie, les symptômes décrits et le type d'évolution sous forme de crises. Les examens complémentaires audiométriques et vestibulaires permettent d'évaluer et de confirmer l'état d'irritation ou d'atteinte de l'oreille interne sur le plan de l'équilibre et de l'audition.

Un bilan radiologique et notamment une IRM est souvent important pour éliminer d'autres pathologies.

Comment évolue la maladie ?

La maladie de Ménière est une maladie chronique dont l'évolution s'étale sur plusieurs années. Au début, les crises sont entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues, pendant lesquelles les vertiges disparaissent, les acouphènes s'atténuent ou disparaissent et ou l'audition récupère. Puis, en fin d'évolution, les grandes crises sont progressivement remplacées par une instabilité ou un état ébrioux. Par contre l'évolution se traduit souvent par une perte définitive de l'audition plus ou moins sévère, souvent accompagnée d'acouphènes permanents.

L'évolution de la maladie de Ménière en l'absence de traitement se fait donc vers une disparition des vertiges et une aggravation de la surdité.

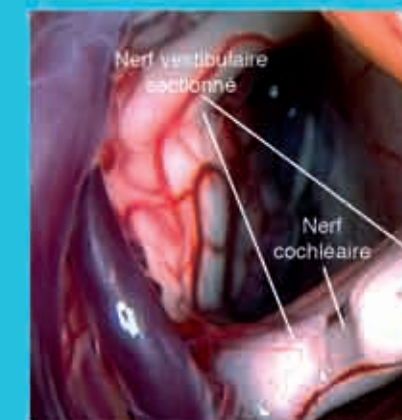
La neurotomie vestibulaire sous endoscopie: une chirurgie minimale invasive

Suggérée dès 1874 par le célèbre neurologue français Jean-Martin Charcot, la section du nerf vestibulaire (neurectomie ou neurotomie vestibulaire), qui est le nerf de l'équilibre, est indiquée en cas de vertiges rebelles aux thérapeutiques habituelles et permet en général la conservation de l'audition puisque le nerf cochléaire, qui est le nerf de l'audition est conservé.

Les bases de cette chirurgie sont nées de la conjonction des progrès technologiques qui couvrent ensemble: la chirurgie sous microscope opératoire qui permet des abords plus limités et des gestes atraumatiques et l'anesthésie sous ventilation assistée qui assure le "calme cérébral" au patient et transforme radicalement le risque opératoire.

L'utilisation du microscope opératoire et de l'endoscopie permet une identification sûre de chacun des éléments nerveux et ainsi d'agir sélectivement sur le nerf vestibulaire tout en respectant les structures vasculo-nerveuses de voisinage et notamment le nerf cochléaire et le nerf facial.

L'intervention pratiquée sous anesthésie générale nécessite une craniotomie limitée (ouverture de la boîte crânienne). Le nerf vestibulaire est délicatement disséqué et séparé du nerf cochléaire puis est ensuite sectionné de façon sélective. Le nerf cochléaire est préservé. L'intervention est efficace dans plus de 95% des cas avec disparition des vertiges.



La rééducation vestibulaire permet une compensation vestibulaire (compensation par l'oreille interne du côté opposé) d'autant plus rapide que la rééducation est précoce.