
LA MALADIE DE MÉNIÈRE

MISE À JOUR SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT



La maladie de Ménière constitue bien souvent un diagnostic d'élimination et il est assez facile de poser celui-ci lorsque les quatre critères classiques sont présents. Malheureusement, il ne s'agit pas toujours de symptômes liés à la maladie de Ménière; d'autres affections peuvent produire des signes cliniques semblables à ceux de la maladie de Ménière. Le but de cet article est de permettre aux médecins de bien diagnostiquer cette maladie invalidante.

par **Jamie M. Rappaport, M.D., FRCSC, et Samer Fakhri, M.D.**

La maladie de Ménière est un syndrome clinique caractérisé par une surdité de perception, des crises itératives de vertiges et des acouphènes. Elle s'accompagne d'autres caractéristiques, notamment

d'une diplacousie (perception anormale des sons) et d'une sensation d'oreille bouchée. Même si la cause précise de cette maladie demeure inconnue, on croit qu'elle est causée par un déséquilibre de la



Le **Dr Rappaport** est professeur adjoint, Département d'oto-laryngologie, Université McGill, et directeur du département d'otologie et d'otoneurologie, Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis, Montréal. Il s'intéresse particulièrement au traitement des troubles de l'ouïe et de l'équilibre.



Le **Dr Fakhri** termine sa troisième année de résidence en oto-laryngologie, Université McGill, Montréal.

En bref :

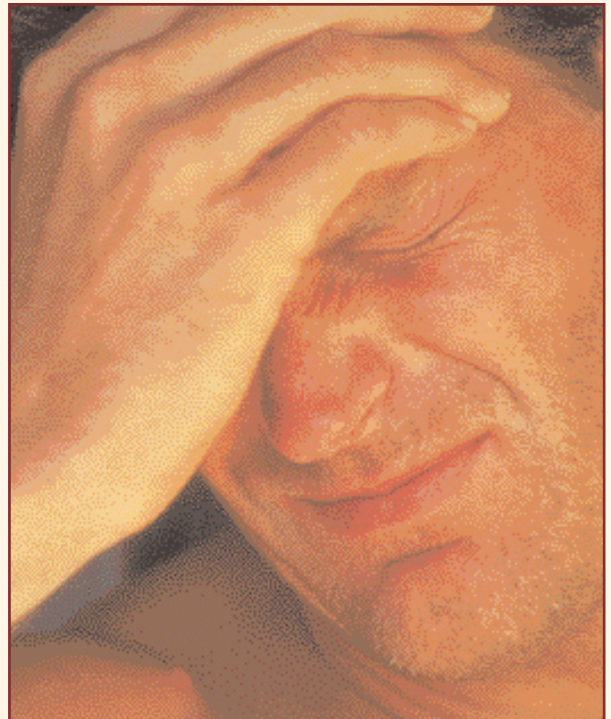
La maladie de Ménière : mise à jour sur le diagnostic et le traitement

Quel est le tableau clinique?

Le tableau clinique classique de la maladie de Ménière est caractérisé par des crises itératives de vertiges (d'une durée de quelques heures), s'accompagnant d'une hypo-acousie unilatérale variable (sons graves), d'acouphènes et d'une sensation d'oreille bouchée. Avec les années, la surdité et les acouphènes deviennent parfois permanents. Le trouble d'équilibre attribuable à la faiblesse unilatérale de l'appareil vestibulaire et à une sensation constante d'oreille bouchée peut devenir manifeste.

Quel est le diagnostic différentiel de la maladie de Ménière?

La maladie de Ménière constitue bien souvent un diagnostic d'élimination. Il est assez facile de poser celui-ci lorsque les quatre critères classiques sont présents (surdité de perception intermittente, acouphènes, vertiges, sensation d'oreille bouchée). Malheureusement, il ne s'agit pas toujours de symptômes liés à la maladie de Ménière; d'autres affections peuvent produire des signes cliniques semblables à ceux de cette maladie invalidante. Ces autres troubles peuvent avoir une origine nerveuse centrale, périphérique ou métabolique, et il faut éliminer ces possibilités avant de poser un diagnostic de maladie de Ménière.



Existe-t-il un traitement pour la maladie de Ménière?

Il n'existe pas encore de traitement curatif éprouvé pour la maladie de Ménière. À l'heure actuelle, le traitement a pour but de soulager les symptômes de ce trouble. Le traitement optimal doit mettre fin aux vertiges, abolir les acouphènes et rétablir la fonction auditive. Malheureusement, les modalités de traitement actuelles permettent rarement de prévenir la surdité à longue échéance. Presque tous les traitements éprouvés sont donc axés sur le soulagement des vertiges qui constituent le symptôme le plus invalidant. La thérapeutique de la maladie de Ménière fait appel à des modalités médicales et chirurgicales.

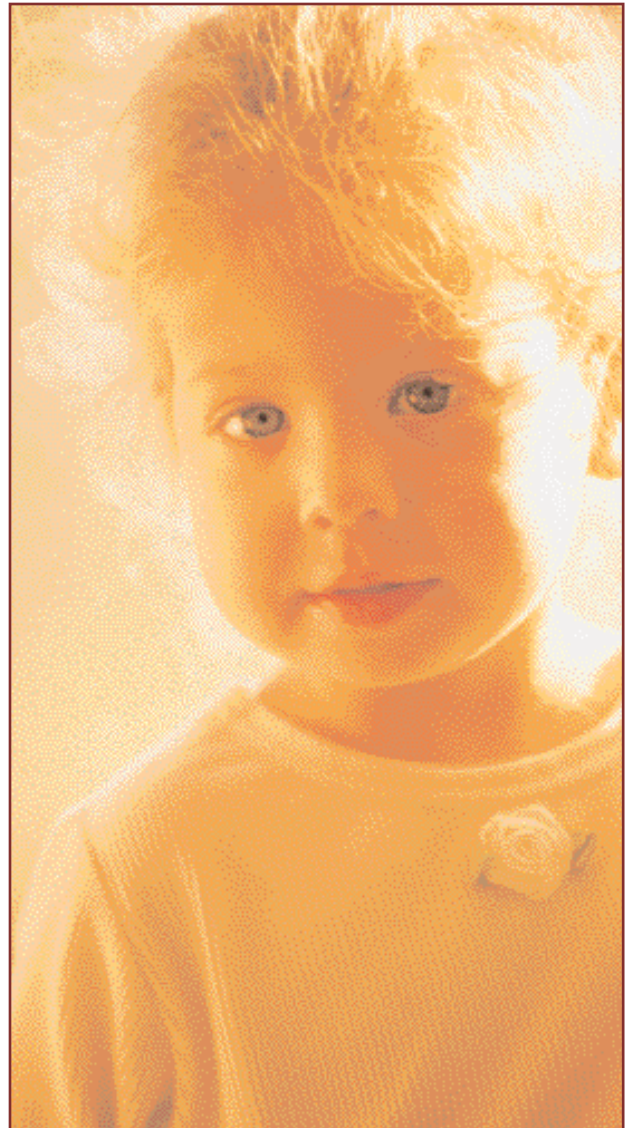
production du liquide dans l'oreille interne, un trouble appelé hydropisie.

L'HISTORIQUE

Jusqu'au 19^e siècle, tous les troubles labyrinthiques étaient presque toujours reliés au cervelet et au système nerveux central. Toutes ces affections, caractérisées par des vertiges, des nausées et des vomissements, étaient regroupées sous l'appellation « congestion cérébrale apoplectiforme » ou « surdité nerveuse » dans les ouvrages d'otologie de l'époque. Il a fallu les études historiques menées par Prosper Ménière, en 1861, pour que le corps médical reconnaisse enfin que les patients souffrant de vertiges, de nausées et d'acouphènes étaient atteints d'un trouble clinique distinct, dont la maladie sous-jacente intéressait le labyrinthe. Ce nouveau concept proposé par Ménière n'a pas été accepté d'emblée, et ce n'est que 70 ans plus tard que ce débat scientifique a été réglé lorsque Hallpike et Cairns ont démontré que l'hydropisie était le signe histopathologique qui caractérisait la maladie de Ménière.¹

L'ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence de la maladie de Ménière est variable. En Angleterre, par exemple, elle est de 157 cas sur 100 000, alors qu'en France, cette incidence est de seulement de 7,5 sur 100 000 personnes. Soixante-quinze pour cent de tous les cas surviennent dans le groupe d'âge des 30 à 60 ans. Toutefois, la maladie a été décrite chez des enfants âgés de 4 ans seulement et chez des personnes âgées de plus de 90 ans. Cette maladie touche surtout les personnes de race blanche, et elle semble frapper indifféremment les hommes et les femmes. De 20 % à 40 % des patients présentent une atteinte bilatérale et 78 % présentent un degré de surdité dans l'oreille con-



La maladie de Ménière a été décrite chez des enfants âgés de 4 ans seulement et des personnes âgées de plus de 90 ans. Cette maladie touche surtout les personnes de race blanche, et elle semble frapper indifféremment les hommes et les femmes.

Tableau 1

La fréquence des symptômes de la maladie de Ménière

Symptômes	Fréquence
Vertiges	96 %
Acouphènes	91 %
Surdité	88 %
Sensation d'oreille bouchée	74 %
Intolérance au bruit	56 %
Diplacousie	44 %

trolatérale. Vingt pour cent des patients ont des antécédents familiaux de maladie de Ménière.

LES HYPOTHÈSES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les connaissances de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille interne ont progressé remarquablement pendant les dernières décennies. Nous savons maintenant qu'il existe un équilibre délicat entre la production d'endolymphe dans la strie vasculaire et la réabsorption dans le sac et le canal endolymphatique. Le mécanisme pathologique de la maladie de Ménière semble être relié à une augmentation du volume de l'endolymphe, entraînant la distension excessive de l'appareil endolymphatique, désigné par le terme hydropisie. Ce mécanisme a été confirmé par des études de l'os temporal chez des patients atteints de la maladie de Ménière. Celles-ci ont démontré la présence systématique de l'hydropisie. Des facteurs vasculaires, allergiques, auto-immunitaires, infectieux, traumatiques, nutritionnels et génétiques ont tous été proposés comme des facteurs extrinsèques possibles de la constitution d'une hydropisie.

LE TABLEAU CLINIQUE

La maladie de Ménière classique

Le tableau clinique classique de la maladie de Ménière est caractérisé par des crises itératives de vertiges (d'une durée de quelques heures) s'accompagnant d'une hypo-acousie unilatérale variable (sons graves), d'acouphènes et d'une sensation d'oreille bouchée. Avec les années, la surdité et les acouphènes deviennent parfois permanents. Le trouble d'équilibre attribuable à la faiblesse unilatérale de l'appareil vestibulaire et à une sensation constante d'oreille bouchée peut devenir manifeste. La fréquence de ces symptômes est décrite au tableau 1.

L'évolution clinique de la maladie de Ménière varie beaucoup. Souvent, les patients subissent des poussées de crises suivies de longues rémissions. Dans une étude, les vertiges ont disparu spontanément chez 57 % des patients après 2 ans, et chez 71 %, après 8,3 ans.² Outre les effets invalidants des symptômes physiques, la maladie de Ménière a des effets néfastes sur la santé psychologique, et les patients qui en sont atteints ont besoin d'un soutien psychosocial constant.

La maladie de Ménière atypique

Tous les patients ne présentent pas ce tableau classique, surtout au premier stade de la maladie. En rétrospective, la maladie semble souvent se manifester d'abord principalement par des symptômes vestibulaires ou auditifs. Ces tableaux initiaux variables ont donné naissance aux termes de « maladie de Ménière cochléaire » (combinaison d'une surdité variable, d'acouphènes et d'une sensation d'oreille bouchée en l'absence de symptômes vestibulaires) ou de « maladie de Ménière

vestibulaire » (vertiges en l'absence d'acouphènes ou de surdité). Une proportion importante des patients ayant reçu un diagnostic de maladie de Ménière vestibulaire (80 %) ou cochléaire (20 %) ne verront pas leur maladie évoluer vers la maladie de Ménière classique. C'est pourquoi le comité sur l'ouïe et l'équilibre de l'*American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery* a défini, en 1995, 4 formes de la maladie pour accroître l'exactitude du diagnostic et a proposé des lignes directrices pour décrire les résultats des traitements (tableau 2).³

L'ANAMNÈSE ET L'EXAMEN PHYSIQUE

Le vertige

Ce symptôme est le plus invalidant, et il est décrit comme une sensation rotatoire ou tourbillonnante. Le sujet a l'impression de tourner autour des objets ou, inversement, que les objets tournent autour de lui, sans égard au plan de rotation. Le vertige est plus intense au début de la crise et il est exacerbé par les mouvements de la tête. Ce symptôme peut s'accompagner de nausées, de vomissements et de diaphorèse. Le vertige dure, de façon caractéristique, 1 à 2 heures (chez 50 % des pa-

tients), mais parfois plus ou moins longtemps. Le patient ne perd pas conscience et ne présente pas de déficit neurologique en foyer durant les crises ni entre celles-ci. Chez un sous-groupe de patients, les crises de vertiges sont précédées d'une aura avec acouphènes et d'une pression dans l'oreille, et elles semblent être déclenchées par des objets en mouvement, par le stress et par l'anxiété. Au début de la maladie, la fréquence des crises de vertiges augmente, puis plus tard, elle diminue à mesure que la maladie entraîne la destruction de la fonction de l'oreille interne. Dans de rares cas,

Tableau 2

Le diagnostic de la maladie de Ménière

Le diagnostic formel

- Au moins 2 crises spontanées de vertiges ayant duré au moins 20 minutes
- Surdité démontrée par audiométrie et survenue au moins 1 fois
- Acouphènes ou sensation d'oreille bouchée dans l'oreille atteinte
- Autres causes exclues

Le diagnostic certain

- Diagnostic formel confirmé par l'examen histopathologique

Le diagnostic probable

- 1 crise de vertiges
- Surdité démontrée par audiométrie survenue au moins 1 fois
- Acouphènes ou sensation d'oreille bouchée (oreille atteinte)
- Autres causes exclues

Le diagnostic possible

- Crise épisodique de vertiges de type Ménière sans surdité démontrée
- Surdité neurosensorielle, fluctuante ou fixe, s'accompagnant de troubles de l'équilibre, mais sans crise certaine de vertiges
- Autres causes exclues

Adapté de la référence 3.

LA MALADIE DE MÉNIÈRE



Le vertige est le symptôme le plus invalidant, et il est décrit comme une sensation rotatoire ou tourbillonnante. Le sujet a l'impression de tourner autour des objets ou, inversement, que les objets tournent autour de lui, sans égard au plan de rotation.

les patients voient leurs jambes se dérober brusquement sous eux (*drop attacks*). Cet événement est caractérisé par la disparition soudaine du tonus postural, et ce, sans perte de conscience, contrairement à la syncope.⁴

Les médecins sont rarement témoins d'une crise aiguë. Un nystagmus horizontal est le signe cardinal d'une telle crise. La direction du nystagmus varie avec l'évolution de la crise. Au début de la crise, le nystagmus est souvent en direction de l'oreille atteinte (nystagmus irritatif). Ensuite, le nystagmus est souvent dirigé vers l'oreille saine (nystagmus paralytique). À mesure que la crise s'atténue et que la fonction vestibulaire se rétablit, le nystagmus est de nouveau dirigé vers l'oreille atteinte (nystagmus de fin de crise). Il n'est pas toujours facile de déterminer quelle oreille est atteinte en se fiant seulement à la direction du nystagmus.

La surdité

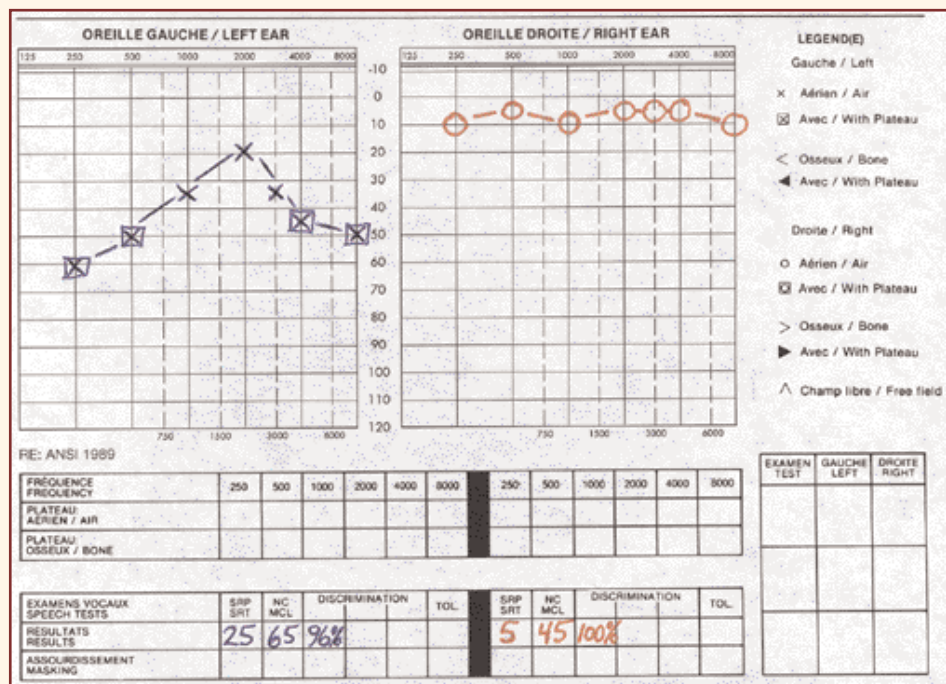
Chez les patients atteints de la maladie de Ménière, la surdité est d'origine neurosensorielle; ce sont d'abord les sons graves qui ne sont plus perçus et, avec l'évolution de la maladie, les sons aigus (figure 1). Des audiogrammes en série démontrent souvent la fluctuation de l'audition dans la maladie naissante, puis une surdité de perception qui augmente avec les années. Chez la plupart des patients, on observe une aggravation de la surdité durant les crises par rapport à la valeur de départ, mais chose étonnante, la fonction auditive s'améliore après la résolution des vertiges.

Les acouphènes

Les descriptions des acouphènes perçus pendant

Figure 1

Audiogramme d'un patient atteint de la maladie de Ménière au stade précoce



les crises est très variable, mais ceux-ci ne semblent pas être pulsatiles; ils sont intermittents ou continus. L'intensité des acouphènes est proportionnelle à la gravité de la surdité et le timbre témoigne souvent de la tonie qui n'est plus perçue.

La sensation d'oreille bouchée

Environ 75 % des patients décrivent une sensation d'oreille bouchée ou de pression dans l'oreille atteinte pendant les crises. Cette sensation de plénitude est parfois également ressentie dans une autre partie de la tête et de la nuque, et interprétée comme une douleur ou une céphalée.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La maladie de Ménière constitue un diagnostic d'élimination. Il est assez facile de poser celui-ci lorsque les quatre critères classiques sont présents (surdité de perception intermittente, acouphènes, vertiges, sensation d'oreille bouchée). Malheureusement, il ne s'agit pas toujours de symptômes liés à la maladie de Ménière; d'autres affections peuvent produire des signes cliniques semblables à ceux de cette maladie invalidante. Ces autres troubles peuvent avoir une origine nerveuse centrale, périphérique ou métabolique, et il faut éliminer ces possibilités avant de poser un diagnostic de maladie

LA MALADIE DE MÉNIÈRE

Tableau 3

Le diagnostic différentiel de la maladie de Ménière

Les troubles du système nerveux central

- Neurinome du nerf auditif
- Sclérose en plaques
- Compression d'une anse vasculaire
- Insuffisance vasculaire
- Tumeurs du cervelet ou du tronc cérébral
- Accidents vasculaires cérébraux
- Vertige cervical

Les troubles du système nerveux périphérique

- Vertige de position paroxystique bénin
- Labyrinthite
- Maladie auto-immune de l'oreille interne
- Fistule périlymphatique
- Otosclérose

Les troubles métaboliques

- Diabète
- Hyperthyroïdie – hypothyroïdie
- Syphilis
- Syndrome de Cogan

de Ménière. Le tableau 3 résume les éléments du diagnostic différentiel de la maladie de Ménière.

Une entité clinique qui est souvent méprise pour le vertige de Ménière est appelée « vertige de position paroxystique bénin ». Alors que dans la maladie de Ménière les crises de vertiges durent plusieurs heures et s'accompagnent de nausées et/ou de vomissements notables, les crises de vertiges de position paroxystique bénins durent seulement quelques secondes ou

minutes et ne s'accompagnent pas, en général, de nausées. Le vertige de position paroxystique bénin est, par définition, déclenché par un mouvement de rotation de la tête ou du corps (en position couchée), et il peut être reproduit lors de l'examen par le test d'Hallpike. À l'opposé, la maladie de Ménière n'est pas, en général, reliée à des changements de position. Une autre caractéristique propre à la maladie de Ménière est le signe cardinal de la surdité, qui est absent dans le vertige de position paroxystique bénin. Toutefois, même si on peut distinguer ce dernier de la maladie de Ménière, il faut savoir qu'il est souvent présent chez les patients atteints de la maladie de Ménière.

LE DIAGNOSTIC

Il n'existe pas encore de test pour confirmer le diagnostic de la maladie de Ménière. Par conséquent, le diagnostic est principalement fondé sur le relevé complet des antécédents, y compris une description détaillée des symptômes de la maladie. Les tests servent à confirmer le doute clinique.

L'EXPLORATION

L'utilité des tests actuels est limitée par leur faible taux de sensibilité et de spécificité et par la compréhension incomplète des principes physiologiques sous-jacents. En outre, la maladie de Ménière évolue de façon très variable quant à l'intensité des symptômes et aux rémissions spontanées, ce qui empêche d'évaluer l'efficacité des tests cliniques. En général, les tests servant à évaluer l'hydropisie sont divisés en tests spécifiques et en tests non spécifiques.

Les tests spécifiques

Les agents déshydratants. Fondés sur la prémisse que l'augmentation du volume de l'endolymphe, qui

modifie le comportement de la membrane labyrinthique, explique en partie la surdité et le déficit vestibulaire des patients atteints de la maladie de Ménière, ces tests font appel à l'administration d'agents déshydratants, par exemple l'urée, le glycérol et le furosémide. Cette stratégie a pour but d'atténuer les anomalies volumiques dans l'oreille interne et d'améliorer de façon appréciable la fonction vestibulaire ainsi que les résultats aux tests d'audiométrie. La commodité et la sensibilité de ces tests soulèvent des préoccupations légitimes qui rendent leur utilité incertaine, à tout le moins.

L'électrocochléographie. Cette technique permet de mesurer les potentiels électriques auditifs dans l'oreille interne. Ce test offre un taux de sensibilité plus élevé, mais un taux de spécificité moins grand que les tests effectués à l'aide d'agents déshydratants, et on considère l'électrocochléographie utile seulement chez certains groupes de patients notamment chez ceux qui présentent des symptômes atypiques.

Les tests non spécifiques

L'audiométrie. La maladie naissante est souvent caractérisée par une surdité de perception des sons graves; à mesure que la maladie évolue, le patient ne perçoit plus les sons aigus et peut éventuellement souffrir de surdité totale dans l'oreille atteinte. Un modèle fluctuant de perception auditive, mis en évidence par des audiogrammes en série, permet de poser le diagnostic. L'effet physiologique et psychologique le plus spécifique de l'hydropisie est le recrutement du bruit, c'est-à-dire un accroissement anormal de l'intensité des sons perçus en regard de l'intensité réelle du stimulus.

Le test vestibulaire. Chez environ 30 % à 50 % des patients atteints de la maladie de Ménière, l'électro-nystagmographie révèle une faible perception ca-

lorique unilatérale. On observe souvent un nystagmus spontané, mais la direction du nystagmus n'a aucun lien avec l'oreille hydropisique.

LA TOMODENSITOMÉTRIE ET L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

Le rôle de la tomodensitométrie et de l'imagerie par résonance magnétique dans l'évaluation des patients atteints de la maladie de Ménière est d'exclure d'autres états pathologiques pouvant reproduire les symptômes cliniques de la maladie de Ménière. Tous les patients qui présentent une surdité neurosensorielle asymétrique doivent être examinés pour que le médecin puisse éliminer un diagnostic de neurinome du nerf auditif ou de schwannome vestibulaire.

LE TRAITEMENT

Il n'existe pas encore de traitement curatif éprouvé pour la maladie de Ménière. À l'heure actuelle, le traitement a pour but de soulager les symptômes de ce trouble. Le traitement optimal doit mettre fin aux vertiges, abolir les acouphènes et rétablir la fonction auditive. Malheureusement, les modalités de traitement actuelles permettent rarement de prévenir la surdité à longue échéance. Presque tous les traitements éprouvés sont donc axés sur le soulagement des vertiges, qui constituent le symptôme le plus invalidant. La thérapeutique de la maladie de Ménière fait appel à des modalités médicales et chirurgicales. Le tableau 4 résume ces stratégies thérapeutiques.

Le traitement médical

Le traitement médical est efficace chez environ 80 % des patients atteints de la maladie de Ménière, ce qui en fait le traitement de choix. Le traitement

Tableau 4

Résumé des traitements de la maladie de Ménière

- Suggérer des mesures diététiques au patient
- Prescrire des diurétiques ou des vasodilatateurs
- Traiter les symptômes à l'aide d'antiémétiques ou de supprimeurs vestibulaires, par exemple
- Procéder à l'instillation intratympanique de gentamicine
- Procéder à une chirurgie du sac endolymphatique
- Procéder à l'ablation du nerf vestibulaire
- Faire une labyrinthectomie

inclut des mesures diététiques et pharmacologiques et le soutien psychologique.

Les mesures diététiques et le traitement diurétique. Ces stratégies à visée prophylactique ont pour but de diminuer l'accumulation d'endolymphe et elles constituent la pierre angulaire du traitement médical. Dans des conditions idéales, l'apport sodique ne devrait pas dépasser 2 000 mg/jour. On recommande également aux patients de ne pas consommer de caféine, de chocolat et d'alcool et de ne pas fumer. Les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique sont souvent prescrits en prophylaxie, et l'expérience clinique montre qu'ils maîtrisent les vertiges chez 55 % des patients atteints de la maladie de Ménière.¹ Toutefois, ces agents ne préviennent pas la progression de la surdité. Le médecin doit bien connaître les effets métaboliques et hémodynamiques de ces diurétiques, surtout chez des patients atteints d'insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque.

Les vasodilatateurs. L'hypothèse selon laquelle la maladie de Ménière était causée par une ischémie de la strie vasculaire explique pourquoi on administre des agents vasodilatateurs. Un de ces agents est la bêtahistine, une préparation orale d'histamine. La posologie est de 4 mg à 16 mg, jusqu'à 3 fois par jour.⁵

Le traitement symptomatique. Les antivertigineux, les antiémétiques, les sédatifs, les benzodiazépines, les antidépresseurs et des traitements psychiatriques ont produit des effets bénéfiques sur la gravité des vertiges aigus ainsi que sur les symptômes neurovégétatifs. Ils ont aussi aidé les patients à mieux tolérer les symptômes de la maladie de Ménière.

La chimio-ablation vestibulaire. Cette modalité est fondée sur le principe que les aminoglycosides sont ototoxiques. La gentamicine est instillée dans l'oreille moyenne; la dose et la fréquence des doses sont déterminées de manière à produire une lésion vestibulaire sélective, mais sans abolir la fonction auditive. Ce traitement peut être administré au cabinet du médecin et il est peu douloureux. D'autres modalités sont également utilisées, et les taux de succès de maîtrise des vertiges atteignent 90 %. Dans de rares cas, la streptomycine est administrée à certains patients présentant une atteinte bilatérale.⁶

Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est réservé aux patients qui n'ont pas réagi au traitement médical; la chirurgie est nécessaire dans 10 % des cas environ. Les interventions chirurgicales sont classées selon qu'elles permettent de préserver la fonction auditive ou non, en fonction du statut de l'ouïe du patient. Les interventions qui ne permettent pas de préserver l'ouïe sont déconseillées dans le cas des patients qui ont une fonction auditive utile.⁷

LA MALADIE DE MÉNIÈRE

Tableau 5

Comparaison des différents traitements effractifs

	Chirurgie du sac endolymphatique	Neurectomie	Gentamicine
La maîtrise des vertiges	Modérée	Très efficace	Très efficace
Le risque de surdité	Faible	Modéré	Modéré ou élevé
Le risque de troubles de l'équilibre	Faible	Modéré	Faible ou modéré
La durée de la convalescence	Courte	Longue	Courte
Les complications intéressant le SNC	Rares	Modérément fréquentes	Aucune

SNC : système nerveux central.

LES SAINS DESSINS



LA MALADIE DE MÉNIÈRE

Le traitement sans ablation, avec épargne de la fonction auditive. Le chirurgien expose le sac endolymphatique et diminue la pression dans cet organe. Cette technique demeure controversée, mais environ 70 % des patients signalent une amélioration des symptômes vestibulaires pendant 5 à 10 ans.

Le traitement par ablation, avec épargne de la fonction auditive. L'ablation du nerf vestibulaire offre aux patients une chance de 90 % de maîtriser tout à fait les vertiges. Cependant, parce qu'elle exige une craniotomie, cette intervention est tombée en désuétude à cause des risques inhérents.

Le traitement par ablation, sans épargne de la fonction auditive. La labyrinthectomie chirurgicale peut être effectuée selon l'approche transcanalaire ou transmastoiïdienne. Ce traitement convient seulement lorsque la fonction auditive dans l'oreille atteinte n'est plus utile. Il offre néanmoins le taux de succès le plus élevé pour maîtriser les crises de vertiges – un taux de plus de 95 %.

Le tableau 5 résume les résultats obtenus avec les différents traitements effractifs.

CONCLUSION

La maladie de Ménière constitue un syndrome clinique caractérisé par une surdité neurosensorielle fluctuante et évolutive, par des acouphènes et par une sensation d'oreille bouchée. Le patient décrit des crises itératives de vertiges, qui durent en général plusieurs heures et s'accompagnent de nausées et/ou de vomissements. La maladie serait liée à un déséquilibre de la production du liquide dans l'oreille interne entraînant une hydropisie.

Le diagnostic de la maladie de Ménière est fondé sur les antécédents cliniques et sur les résultats audiométriques démontrant la surdité. Le traitement inclut les mesures diététiques pour diminuer l'apport sodique, et sont souvent associées aux antivertigineux et aux diurétiques. Les patients qui ne réagissent pas au traitement médical doivent être adressés à un otorhino-laryngologiste. Les traitements chirurgicaux de la maladie de Ménière sont notamment la décompression du sac endolymphatique, la labyrinthectomie et, plus rarement, l'ablation du nerf vestibulaire. Au cabinet du médecin, l'instillation intratympanique de gentamicine offre un nouvel espoir aux patients qui souffrent de cette maladie invalidante. *Clin*

Références

1. Weber, PC (Éd) : Meniere's Disease. *Otolaryngo Clin North Am* 30(6):917,1997.
2. Silverstein, H, Smouha, E, Jones, R : Natural history vs Surgery for Meniere's disease: nine years follow up. *Am J Otol* 4:259, 1989.
3. Committee on Hearing and Equilibrium : Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 113:176, 1995.
4. Furman, JM, Cass, SP (Éds) : *Balance Disorders. A Case-Study Approach*. F.A. Davis Company, Philadelphia, p. 124. 1996.
5. Frew, IJC, Menon, GN : Betahistine hydrochloride in Meniere's disease. *Postgrad Med J* 52:501, 1976.
6. Kaplan, DM, Nedzelsk, JM, Chen, JM, et coll. : Intratympanic gentamicin for the treatment of unilateral Meniere's disease. *Laryngoscope* 110(8):1298, 2000.
7. Vrabec, JT : *Surgical Management of Vestibular Disorders*. Dans : *Otolaryngol Head Neck Surg*. Deuxième édition, Bailey, BJ (Éd), Volume 2, 2309 pp., 1998.

Formation médicale continue...

Vous trouverez à la page 151 le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval. En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir une heure de crédit de catégorie 2.