

# Maladie de Menière. Vertiges de Menière

## Prise en charge psychosomatique de la maladie de Menière

**Docteur Anne-Marie Piffaut**

ORL désormais médecin retraité  
Exerçant toujours en tant que psychothérapeute psychosomatique  
et praticienne EMDR Europe

Cette étude date des années 2000-2003  
depuis, nous parlons d'hydrops labyrinthique plutôt que de Maladie de Menière  
Mettons-nous au goût du jour

Le 14 mars 2014

La maladie de Menière peut-elle être classée parmi les maladies psychosomatiques au même titre que l'asthme ou le psoriasis?

Les patients s'expriment :

« Je sens monter la pression » : colère !

« Je me demande si en fait je ne pleurais pas dans mes vestibules » : tristesse !

En 2003 le sujet « L'apport des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement de la maladie de Menière à propos de 37 cas » a été présenté aux journées de la Société d'ORL à Paris. Les personnes ont été reçues en psychothérapie utilisant principalement les techniques d'affirmation de soi, l'analyse transactionnelle, les méthodes de relaxation.

Sur 61 patients reçus en psychothérapie (TCC) dans le cadre de la consultation de psychosomatique ORL ( Service ORL du Professeur Dubreuil, CHLS) pour des **vertiges**, 37 patients souffraient de **vertiges de Menière** ( 22 hommes et 15 femmes), certains avaient déjà été opérés sans résultat .

Si l'anxiété est une conséquence réelle des vertiges, nous avons observé que les facteurs de stress à l'origine des vertiges sont classés parmi les plus intenses de l'échelle de Holmes. Les patients souffraient de deuils prolongés ou de séparations mal acceptées, d'une incapacité à gérer les conflits familiaux et sociaux professionnels et de troubles sexuels. Leurs réactions inadaptées dans des situations difficiles créaient des sentiments de honte ou de culpabilité. Leur fragilisation par des événements douloureux les rendait vulnérables et sensibles à la critique.

Nous nous sommes aperçu qu'à l'origine des crises, était la colère non exprimée.

Ils disaient volontiers « sentir monter la pression » ce qui est explicite dans la maladie de Menière où sur le plan purement somatique la pression des liquides labyrinthiques augmentant de façon excessive, les cellules nerveuses tant vestibulaires que cochléaires sont en souffrance produisant vertiges, surdité et acouphènes à des degrés variables.

Une fois ce sentiment de colère reconnu non sans difficulté par les sujets car il est souvent réprouvé, les techniques d'affirmation de soi (ADS) utilisées permettaient de traiter les conflits au fur et à mesure de leur survenue, évitant à la pression d'augmenter.

En effet, la meilleure façon de traiter la colère est de la dire. Il n'est pas bon pour soi de la taire ou de se mettre en colère.

Nous avons pris le temps, nous aidant de maquettes, d'expliquer aux patients la physiologie de cette maladie la rendant plus compréhensible et donc moins angoissante. Les patients ont appris à la considérer comme un langage leur signifiant que quelque chose n'allait pas dans leur vie. Ils ont appris à la traiter dès le début des crises qui se sont espacées dans le temps puis ont disparu dans 62% des cas. Les récurrences quand elles survenaient étaient moins angoissantes, d'intensité moindre et de durée beaucoup plus courte.

L'agoraphobie c'est-à-dire la peur d'avoir peur, la peur de faire un malaise, dans des espaces extérieurs comme les grandes surfaces, les autoroutes, les cinémas, serait plus une conséquence plus qu'une cause.

Le degré de satisfaction exprimé par les patients souffrant d'un Ménière à la suite des séances de TCC était de 62% ce qui était déjà très encourageant. Mais la question suivante s'est posée :

« Pourquoi dans notre étude, ce pourcentage était-il inférieur à celui considérant la totalité des personnes souffrant de vertiges ? »

Il semble que la réponse soit la suivante, la suite nous ayant donné raison : Les personnes suivies en psychosomatique échappant aux traitements, chirurgie y compris, étaient des victimes de stress post-traumatique tel qu'il est décrit dans le DSM IV, bible de la psychiatrie moderne. Ces personnes ayant vécu des situations tellement dramatiques accompagnées d'une dévalorisation de soi (accidents, castration, agressions sexuelles, braquages, mort violente d'un proche, avortement...) qu'il nous semblait impossible de les traiter avec « les moyens du bord ».

L'idée est venue d'utiliser cette nouvelle pratique qu'est l'EMDR enseignée en France depuis 1999 par David Servan Schreiber et son équipe.

Après avoir listé pour chacun des patients une dizaine de situations les pires et une dizaine des meilleures de la vie du sujet, ceci sans plus évoquer le Ménière sauf pour évaluer les résultats, ce fut une expérience de vie extraordinaire tant pour les patients que pour le thérapeute. Une formation spécifique est nécessaire car il arrive qu'à l'évocation de souvenirs traumatisants, les vertiges réapparaissent pendant la séance mais il faut savoir qu'ils diminuent progressivement si l'on poursuit les stimulations. Le patient peut demander à tout moment au praticien de les arrêter un moment le temps de récupérer.

L'EMDR peut être associée aux modes de psychothérapie et à la rééducation vestibulaire, l'ORL psychosomatique et le kinésithérapeute peuvent tout à fait travailler en synergie.

Peu d'ORL sont formés aux psychothérapies et à l'EMDR.

Docteur PIFFAUT discussion:

A la question : « **La maladie de Menière peut-elle être classée parmi les maladies psychosomatiques au même titre que l'asthme ou le psoriasis ?** », je répondrais « Oui ».

En effet lors du traitement de la maladie de Menière par l'EMDR, des patients ont non seulement constaté la disparition de leurs symptômes : vertiges, acouphènes, sensation d'oreille bouchée mais aussi il n'est pas rare qu'à la fin des séances plusieurs d'entre eux ont fait part de leur étonnement car leur psoriasis, leur asthme ou leurs troubles sexuels avaient disparu.

Quant à la surdité, elle peut disparaître au début de l'évolution de la maladie tant que les cellules nerveuses de l'audition ne sont pas détruites, d'où l'intérêt de traiter en psychosomatique au plus tôt.

Si nous nous sommes aperçu en utilisant les TCC, qu'à l'origine des crises, était la colère non exprimée, plusieurs patients traités avec l'EMDR ont évoqué la tristesse. Ils se sont exprimés ainsi : « Je me demande si en fait je ne pleurais pas dans mes vestibules »

L'EMDR présente des contre-indications, elle s'adresse tout comme les TCC à des patients motivés et bilantés. Ce n'est pas aux praticiens inexpérimentés de prescrire de l'EMDR à leurs patients comme s'il s'agissait d'un médicament. Il est très désagréable de recevoir un patient pour de l'EMDR et d'avoir à refuser car ce n'est pas une indication. Il est préférable d'évoquer plutôt la nécessité d'une prise en charge psychosomatique, ainsi patient et praticien pourront établir un contrat au terme d'une analyse fonctionnelle en psychothérapie. L'EMDR n'est qu'un élément d'un ensemble après avoir établi une alliance thérapeutique. Parfois avant de commencer les séances d'EMDR, la préparation peut prendre des semaines. Les patients doivent savoir qu'elle ne se pratique jamais lors des premières séances surtout pour les vertiges. Le patient doit se sentir en confiance et le thérapeute être expérimenté.