

200 CAS DE MENIERE

Une population de 200 personnes atteintes d'une « maladie de Ménière »

Les chiffres et les précisions rapportés dans cet article ne sont valables que pour la population étudiée et ils n'émanent que de l'expérience personnelle de l'auteur

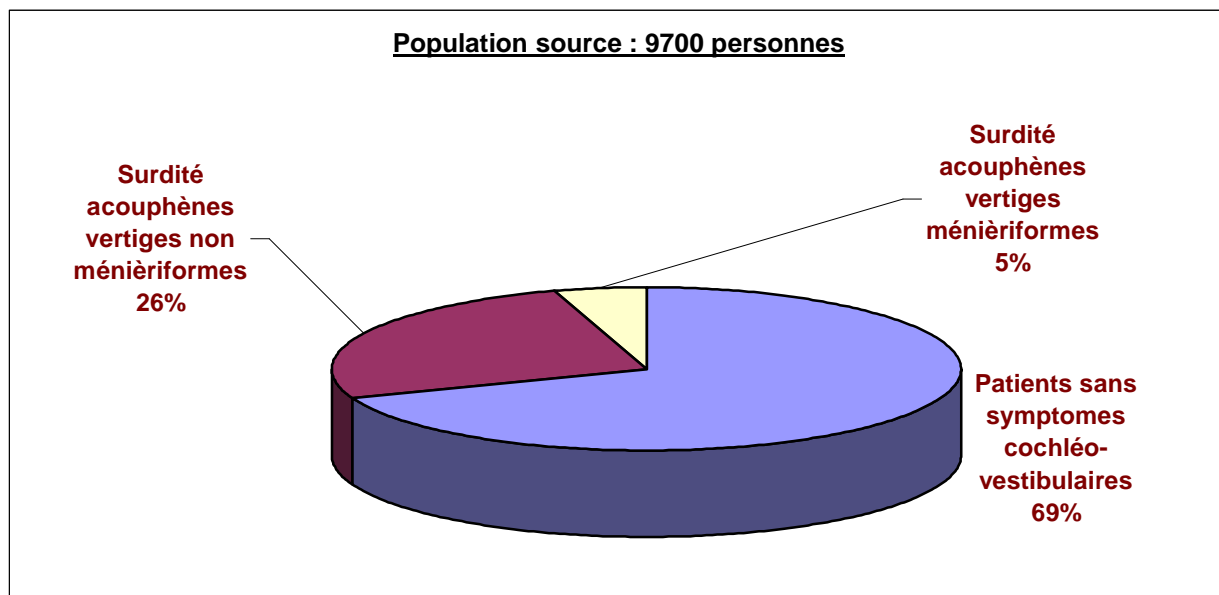
Cabinet ORL du Dr Moradkhani, 328 rue Carnot 59150 WATTRELOS

A) Introduction :

Les vertiges et les troubles de l'équilibre constituent une part non négligeable des doléances en consultation ORL. Parmi les pathologies périphériques, le diagnostic de la maladie de Ménière (et des pathologies apparentées) est au deuxième rang de fréquence après les vertiges paroxystiques positionnels bénins.

La présente analyse a été réalisée à partir d'une population de 9700 personnes ayant consulté entre 2000 et 2007 à mon cabinet ORL libéral. Le motif de consultation chez 3000 d'entre eux était une doléance cochléaire et/ou vestibulaire (surdité/acouphènes/vertiges/troubles de l'équilibre).

Un syndrome méniériforme avait été suspecté chez 450 personnes, mais seulement dans 230 cas, à l'issue du bilan diagnostique, le diagnostic d'une maladie de Ménière ou d'un Delayed vertigo a été retenu (Graph. 01 & tableau 01)

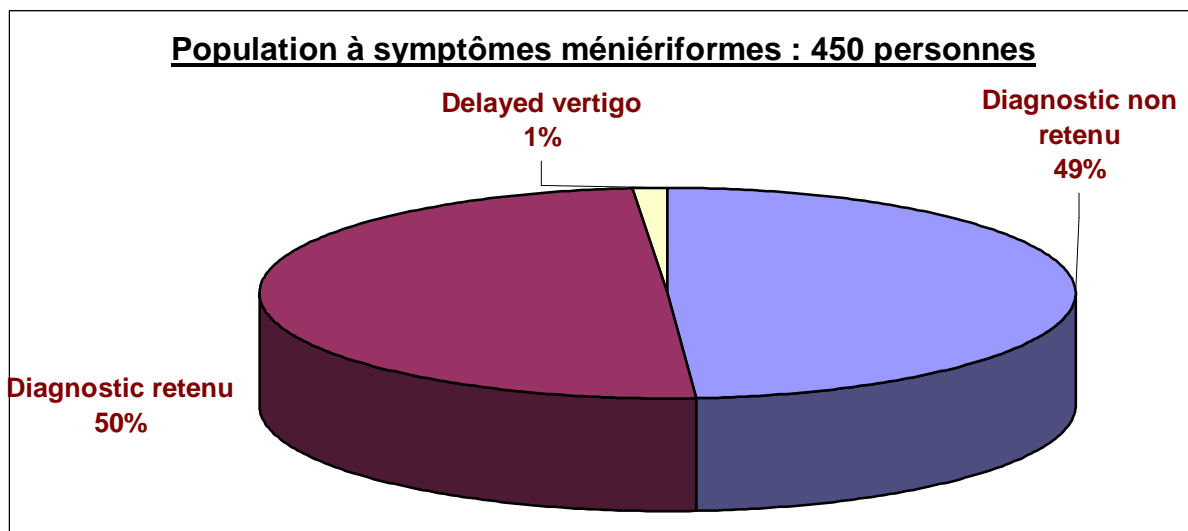


Graph. 01 : la population source

Population générale	9700	%
Patients sans symptômes cochléo-vestibulaires	6700	69,07%
Surdité/acouphènes/vertiges non méniériformes	2550	26,29%
Surdité/acouphènes/vertiges méniériformes	450	4,64%

Tableau 01 : la population source

Les 230 personnes présentaient en majeure partie une maladie de Ménière à des degrés de certitude différents. Six personnes présentaient un syndrome de Delayed vertigo qui peut être apparenté à la maladie de Ménière (Graph. 02 & tableau 02). Le sujet ayant déjà depuis l'enfance une quasi cophose unilatérale, développe à l'âge adulte jeune des vertiges. Le traitement osmotique peut être efficace comme dans la maladie de Ménière mais si les vertiges proviennent de l'oreille cophotique, un traitement radical peut être rapidement proposé.



Graph. 02 : la population à symptômes méniériformes.

Syndromes méniériformes	Nb	% : /450 (suspects)	% : / 1700 (vertiges)	% : /3000 (surdité vertiges)	% : /9700 (totale)
Diagnostic non retenu	220	49%	13%	7,3%	0,02%
Diagnostic retenu	224	50%	13%	7,5%	0,02%
Delayed vertigo	6	1%	0,03%	0,02%	0,00%

Tableau 02 : les syndromes méniériformes

Par souci de représentativité et de suivi clinique, nous n'allons étudier qu'une population de 200 personnes chez qui le diagnostic de Ménière est bien effectif. Les cas de Delayed vertigo ne font pas partie de cette population. Le tableau 03 résume les données les concernant.

	SEXE	AGE	OREILLE	TRAITEMENT
1	F	23	OG	GEN
2	F	52	OG + OD	MED
3	F	17	OG	MED
4	M	40	OG	MED
5	F	42	OG	MED
6	F	30	OG + OD	MED

Tableau 03 : Delayed vertigo (F = femme ; M = masculin ; OD = oreille droite ; OG = oreille gauche; GEN = labyrinthectomie chimique ; MED = traitement médical)

B) Présentation de la population de l'étude (200 cas de Ménière) :

1) Provenance géographique :

La population de l'étude présente une diversité géographique relativement importante. On dénombre 193 français de 80 villes différentes et 7 personnes venant de la Belgique. Le tableau 03 présente les 5 villes les plus représentées et le tableau 04 les différents départements.

ROUBAIX	97 200 hab.	26
WATTRELOS	43 200 hab.	14
TOURCOING	91 600 hab.	13
LILLE	226 800 hab.	10
VILLENEUVE D'ASCQ	61 700 hab.	10

Tableau 03 : les 5 villes

NORD	160	80,00%
PAS DE CALAIS	21	10,50%
ARDENNES	2	1,00%
ALPES MARITIMES	1	0,50%
OISE	1	0,50%
YVELINES	1	0,50%
SEINE SAINT DENIS	1	0,50%
LA REUNION	1	0,50%

Tableau 04 : les départements

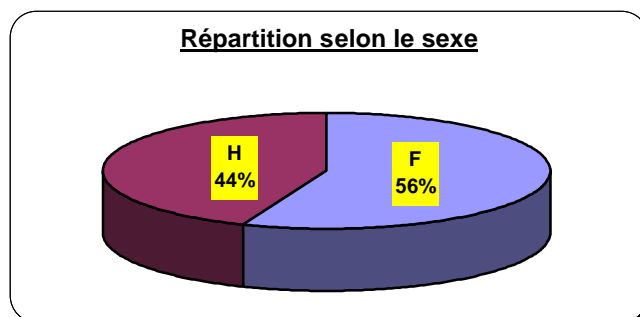
2) Répartition libérale – publique :

La population de l'étude a été vue et souvent suivie au sein de mon cabinet en secteur libéral. Une grande partie des patients avait été initialement adressée par d'autres collègues ORL et parfois repris à leur consultation pour suivi clinique. On note que seulement 52 d'entre eux (26%) avaient un suivi initial ou secondaire en secteur public et en l'occurrence au CHRU de Lille (service d'Otologie et d'Oto-neurologie du Pr. F.M. Vaneeckloo).

3) Répartition selon le sexe :

Le sexe féminin est majoritaire dans notre étude. Graph. 03 représente la répartition selon l'âge.

Soit : 112 femmes pour 88 hommes.



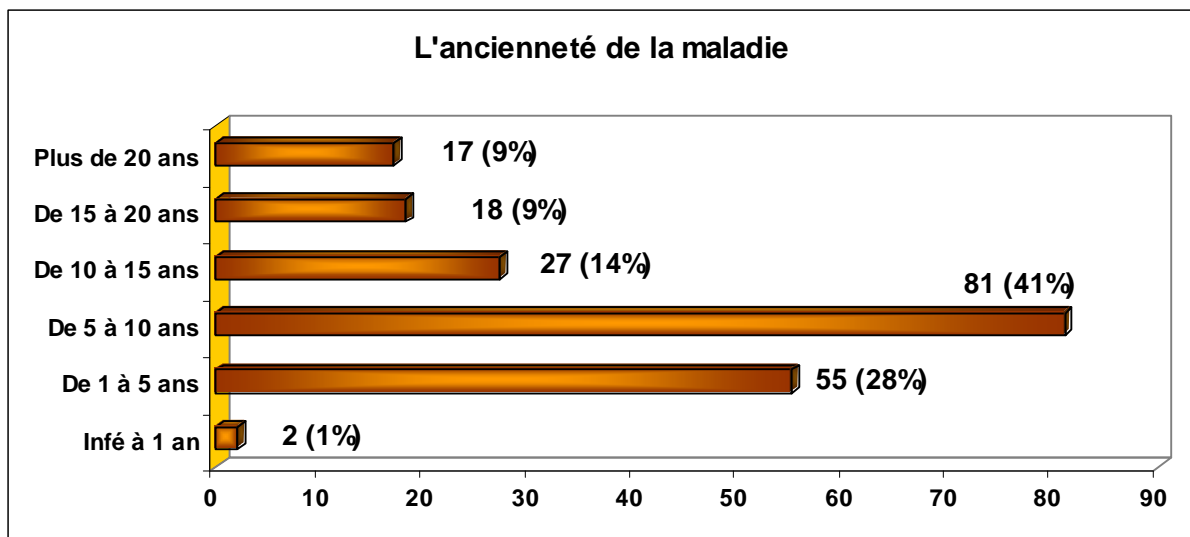
Graph. 03 : la répartition selon le sexe

4) Ancienneté de la maladie et le délai de diagnostic :

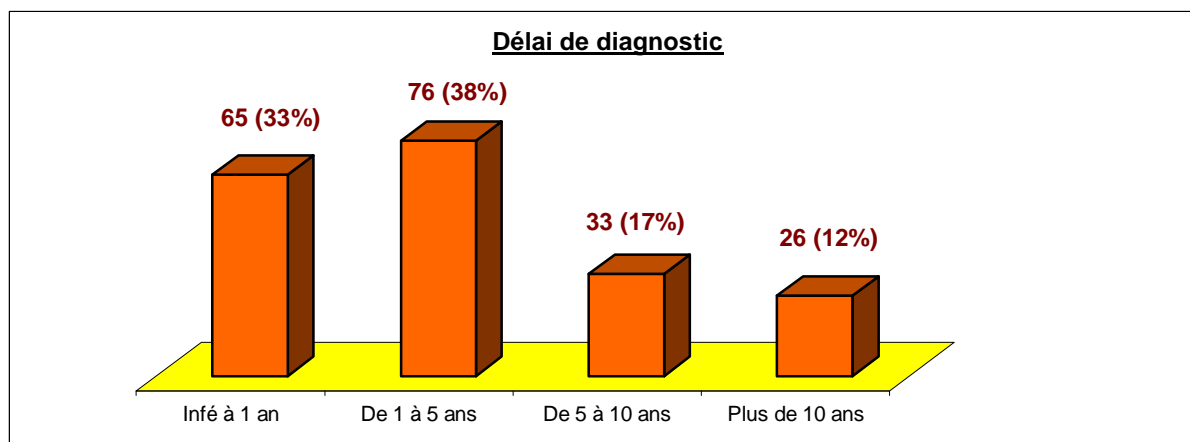
L'âge de la maladie et le délai de son diagnostic et de sa prise en charge sont des facteurs pronostiques primordiaux. Il semble que plus la maladie est ancienne et plus le délai du diagnostic est important, plus l'établissement d'un protocole thérapeutique efficace est difficile. Depuis 1998 et avec l'utilisation de l'électrocochléographie juxta tympanique (EcoG JT), notre souci a été d'accélérer, autant que possible, le diagnostic et la prise en charge, surtout dans ses formes incomplètes et atypiques.

La population de l'étude, bien que recrutée entre 2000 et 2007, avait pour une grande partie développé la maladie bien avant cette période. Les graph. 04 & 05 présentent respectivement l'ancienneté de la maladie au moment de la prise en charge (avec une moyenne de 10 ans) et le délai du diagnostic (avec une moyenne de 5 ans).

Le début de la maladie a été recherché à l'interrogatoire et il a été souvent bien antérieur à la date de consultation. Souvent les patients négligent les premiers signes de la maladie, surtout si ce n'est pas « le vertige » !



Graph. 04 : l'ancienneté de la maladie.



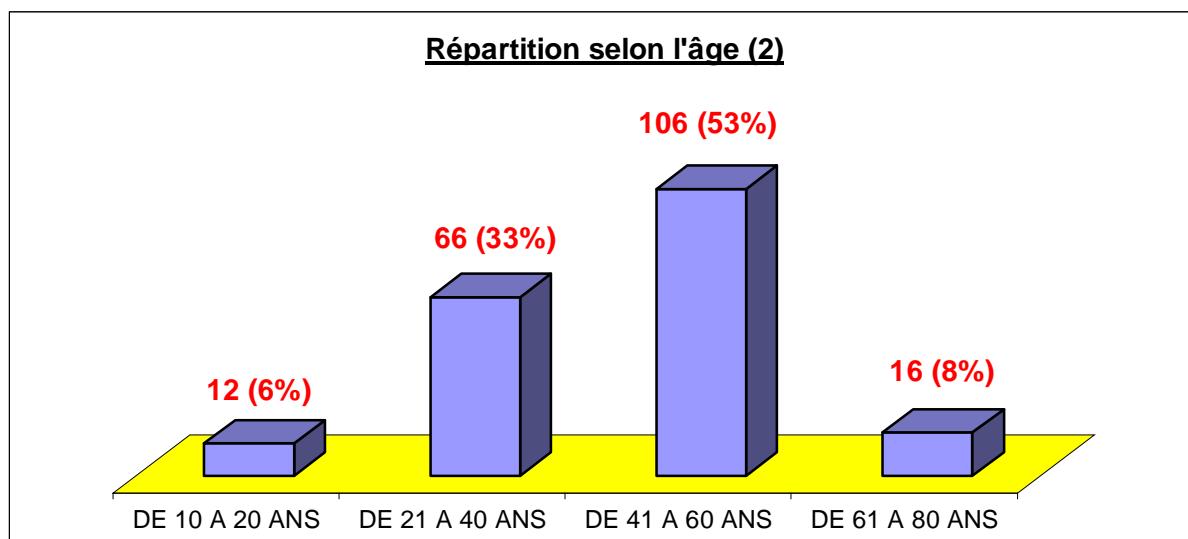
Graph. 05 : le délai du diagnostic.

5) Age de l'apparition de la maladie :

L'âge de l'apparition de la maladie a été calculé selon l'interrogatoire et correspond à l'âge d'apparition des premiers signes de la maladie. Dans notre population de 200 personnes, il oscille entre 11 et 79 ans avec une moyenne à 43 ans (Tableau 05 & Graph. 06).

Tranche d'âge	Nombre
DE 10 A 15 ANS	6
DE 16 A 20 ANS	6
DE 21 A 25 ANS	8
DE 26 A 30 ANS	20
DE 31 A 35 ANS	12
DE 36 A 40 ANS	26
DE 41 A 45 ANS	33
DE 46 A 50 ANS	33
DE 51 A 55 ANS	22
DE 56 A 60 ANS	18
DE 61 A 65 ANS	7
DE 66 A 70 ANS	3
PLUS DE 71 ANS	6

Tableau 05 : la répartition selon l'âge (1)



Graph. 06 : la répartition selon l'âge (2)

C) Bilan diagnostique :

1) Généralités

La maladie de Ménière est une entité clinique dont le diagnostic est basé essentiellement sur les arguments cliniques, retrouvés à l'interrogatoire et à l'examen clinique de routine. Néanmoins le bilan para clinique est indispensable pour éliminer les diagnostics différentiels et pour surveiller l'évolution de la maladie. Certaines explorations apportent des arguments diagnostiques dans les formes incomplètes et/ou atypiques permettant une accélération de la prise en charge thérapeutique.

2) Bilan para clinique :

a) Bilan d'exploration cochléo-vestibulaire (les explorations para cliniques permettant d'évaluer l'importance des symptômes cochléo-vestibulaires) : l'audiométrie tonale et vocale, les potentiels évoqués auditifs (PEA), les potentiels évoqués otolithiques (PEO) et la vidéonystagmographie (VNG).

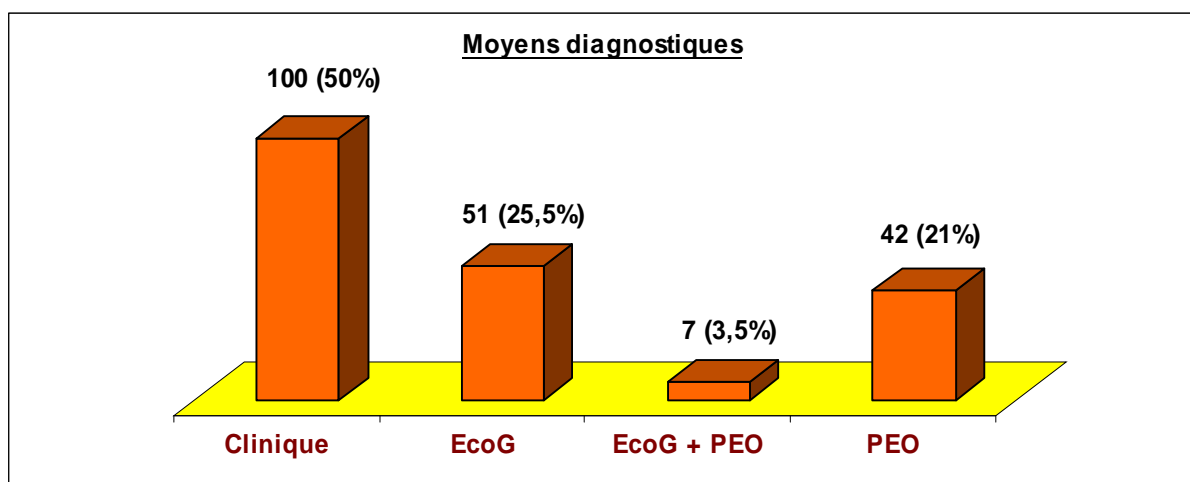
b) Bilan du diagnostic différentiel (les explorations para cliniques permettant de rechercher les diagnostics différentiels) : l'imagerie par résonance magnétique des oreilles internes et de l'encéphale (IRM), le scanner des rochers et le bilan biologique (les constantes standards, le bilan inflammatoire, le bilan de la thyroïde, et autres en fonction du contexte). Les principaux diagnostics différentiels sont : le neurinome de l'acoustique, la fistule labyrinthique, la labyrinthite séreuse, la syphilis labyrinthique (tertiaire) et le syndrome de Cogan.

c) Bilan para clinique diagnostique (les explorations para cliniques apportant des arguments diagnostiques supplémentaires) : l'électrocochléographie (EcoG), les PEO, le test osmotique. Le test osmotique pratiqué est le test au Mannitol (décrit en 1975 par le professeur Vaneecloo), soit couplé à l'exploration électrophysiologique soit à visée thérapeutique. Ce test est utilisé depuis 1998 de façon relativement systématique pour sensibiliser le bilan diagnostique électrophysiologique.

3) Moyens para cliniques utilisés dans la présente étude :

Tous les patients de l'étude ont bénéficié du bilan d'exploration cochléo-vestibulaire et du diagnostic différentiel de façon relativement complète ne laissant pas de doute sur un éventuel diagnostic différentiel et explorant l'ensemble de l'oreille interne. Le diagnostic de la maladie de Ménière a été retenu dans 50% des cas sur les arguments cliniques (l'interrogatoire, l'examen clinique et essai thérapeutique), dans les autres cas une EcoG et/ou des PEO ont été réalisés (Graph. 07) pour rechercher des arguments diagnostiques.

Les critères diagnostiques des PEO ne sont pas standardisés comme dans l'EcoG. Nous avons retenu comme argument diagnostique positif, toute différence d'amplitude de plus de 15%. Dans les stades de début de la maladie, l'amplitude du réflexe sacculo-spinal serait plus élevée du côté malade.



Graph. 07 : les moyens diagnostiques

D) Classification et formes cliniques :

1) Généralités :

La maladie de Ménière est une pathologie endolymphatique d'expression clinique très variable en fonction de l'individu et du temps. On peut considérer que chaque patient a « sa maladie de Ménière » et que sa maladie est en constante variation dans le temps. Il est souvent difficile de respecter la classification officielle pour déterminer la forme et le stade de la maladie.

La classification officielle est la classification proposée en 1995 par le « special Committee on Hearing and Equilibrium of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology (AAOO) (tableau 05 & 05bis).

<p>1) Maladie de Ménière confirmée : (Certain Meniere's disease)</p> <ul style="list-style-type: none">• Le tableau clinique de la maladie de Ménière certaine avec confirmation histopathologique par autopsie. <p>2) Maladie de Ménière certaine : (Definite Meniere's disease)</p> <ul style="list-style-type: none">• La survenue d'au moins deux épisodes de crises de vertiges paroxystiques spontanées, d'une durée égale ou supérieure à 20 min.• Une surdité de perception confirmée par au moins un audiogramme.• La présence d'acouphènes ou de plénitude d'oreille.• L'absence d'autres étiologies. <p>3) Maladie de Ménière probable : (Probable Meniere's disease)</p> <ul style="list-style-type: none">• La survenue d'un épisode de vertige.• Une surdité de perception confirmée par au moins un audiogramme.• La présence d'acouphènes ou de plénitude d'oreille.• L'absence d'autres étiologies. <p>4) Maladie de Ménière possible : (Possible Meniere's disease)</p> <ul style="list-style-type: none">• La survenue d'épisodes de vertiges paroxystiques sans surdité de perception ; ou une surdité de perception (fluctuante ou fixe) avec état pseudo ébrioux sans crise paroxystique.• L'absence d'autres étiologies.
--

Tableau 05 : la classification de l'AAOO.

<p>En ce qui concerne la surdité de perception dans la maladie de Ménière, les critères diagnostiques proposés sont les suivants. L'un de ces critères doit être présent :</p> <ul style="list-style-type: none">• La moyenne de perte auditive sur les fréquences 250, 500, 1000 Hz doit être supérieure de 15 dB, ou plus, de la moyenne de perte sur les fréquences 1000, 2000, 3000 Hz.• Dans le cas d'une surdité unilatérale : la moyenne de perte sur les fréquences 500, 1000, 2000, 3000 Hz de l'oreille étudiée doit être supérieure d'au moins de 25 dB de la moyenne des seuils, des mêmes fréquences, de l'oreille controlatérale.• Dans le cas d'une surdité bilatérale : la moyenne de perte sur les fréquences 500, 1000, 2000, 3000 Hz de l'oreille étudiée doit être supérieure d'au moins de 25 dB de la moyenne de perte, des mêmes fréquences, de l'oreille controlatérale. <p>La surdité de perception dans les maladie de Ménière confirmée et certaine peut être définie en 4 stades. Cette classification est basée sur la moyenne des seuils auditifs aux 500, 1000, 2000, et 3000 Hz :</p>

Stades	Moyenne en dB
1	≤ 25
2	26 – 40
3	41 – 70
4	> 70

Pr Piquet et Pr Vaneecloo en 1975 décrivent deux tableaux différents pour la maladie de Ménière :

1. La maladie de Ménière typique : dont le sujet atteint présente une recrudescence des signes cochléaires (surdité, acouphènes), au moment des crises vertigineuses. Ces signes diminuent d'intensité de façon perceptible pour le patient en période intercritique.
2. La maladie de Ménière atypique : où les signes cochléaires et vestibulaires évoluent pour leur compte. Il n'y a pas de majoration des signes cochléaires pendant des crises vertigineuses, et il peut exister un décalage temporel dans leur expression clinique.

En 1997, le groupe d'étude des vertiges (GEV), propose un certain nombre de principes pour la définition de la maladie de Ménière. Ce sont :

1. La présence de signes cochléaires associés aux signes vestibulaires est indispensable. Ceci sous-entend que la maladie affecte la totalité du labyrinthe.
2. La maladie de Ménière est une entité clinique caractérisée par une évolution par crises. Pour affirmer le diagnostic, la survenue d'au moins deux crises de vertiges d'une durée supérieure à quelques minutes et inférieure à 24 heures est nécessaire. Un état d'intolérance au mouvement peut être admis entre les crises de vertige spontanées.
3. La maladie est une affection chronique dont les séquelles sont essentiellement auditives.
4. L'origine de la maladie de Ménière reste inconnue et son diagnostic est un diagnostic d'élimination.

Tableau 05bis : la classification de la surdité, critères diagnostiques et variantes.

La classification de l'AAOO est une classification de certitude diagnostique et non pas de forme clinique. Elle peut être différente chez un même patient en fonction de l'évolution.

Nous ajoutons à cette classification quelques modifications et éléments cliniques pour mieux apprécier les nuances rencontrées dans la pratique, et suggérant ainsi une nouvelle classification qui n'a de valeur, pour l'instant, que pour notre étude.

Remarques :

- La maladie de Ménière dans sa forme classique :

a) présente une symptomatologie cochléo-vestibulaire d'installation quasi simultanée et rapide (en moins de 3 mois), et d'évolution synchrone. Ce caractère est considéré, pour nous, comme un caractère principal de forme typique et classique de la maladie de Ménière. Ainsi dans une forme typique la symptomatologie cochléo-vestibulaire:

- s'installe en moins de 3 mois.
- présente une corrélation avec des acouphènes et/ou une surdité précédant les vertiges ou les vertiges aggravant ou améliorant l'audition.

b) est idiopathique ou primaire.

- Certaines pathologies peuvent entraîner un hydrops endolymphatique sous forme clinique d'une maladie de Ménière plus ou moins complète. Les formes secondaires sont considérées, pour nous comme formes atypiques. Ce caractère secondaire sera évoqué et analysé plus loin lors d'étude des antécédents et des pathologies associées.

2) Classification utilisée (tableau 06) :

I) La maladie de Ménière certaine ou complète :

- la présence d'au moins 2 crises de vertige rotatoire de plus de 20 min associées à une surdité de perception typique confirmée par au moins un audiogramme.

- La présence d'acouphènes de tonalité grave et une sensation de plénitude d'oreille permanente ou survenant par crise.

- peut être typique (Ia) ou atypique (Ib).

II) La maladie de Ménière probable ou incomplète cochléo-vestibulaire :

- la présence d'au maximum une crise de vertige rotatoire associée à une surdité de perception confirmée par au moins un audiogramme. Le tableau clinique est souvent une surdité de perception typique avec des troubles de l'équilibre survenant par crises ou en un état pseudo ébrieux plus ou moins permanent. L'exploration vestibulaire confirme la présence d'une atteinte canalaire et/ou otolithique malgré l'absence apparente de signes vestibulaires typiques.

- La présence d'acouphènes et/ou une sensation de plénitude d'oreille permanente ou survenant par crise.

- est par définition atypique.

III) La maladie de Ménière possible ou incomplète mono-symptomatique :

- la présence d'une atteinte cochléaire (IIIa : la maladie de Ménière incomplète cochléaire) avec surdité typique et acouphènes sans vertige ni troubles de l'équilibre, ou vestibulaire (IIIb : la maladie de Ménière incomplète vestibulaire) avec des crises de vertiges itératives associées ou non à des acouphènes ou une hyperacousie.

- est par définition atypique.

- | |
|---|
| Ia) Maladie de Ménière complète typique (certaine) |
| Ib) Maladie de Ménière complète atypique (certaine) |
| II) Maladie de Ménière incomplète cochléo-vestibulaire (probable) |
| IIIa) Maladie de Ménière incomplète cochléaire (possible) |
| IIIb) Maladie de Ménière incomplète vestibulaire (possible) |

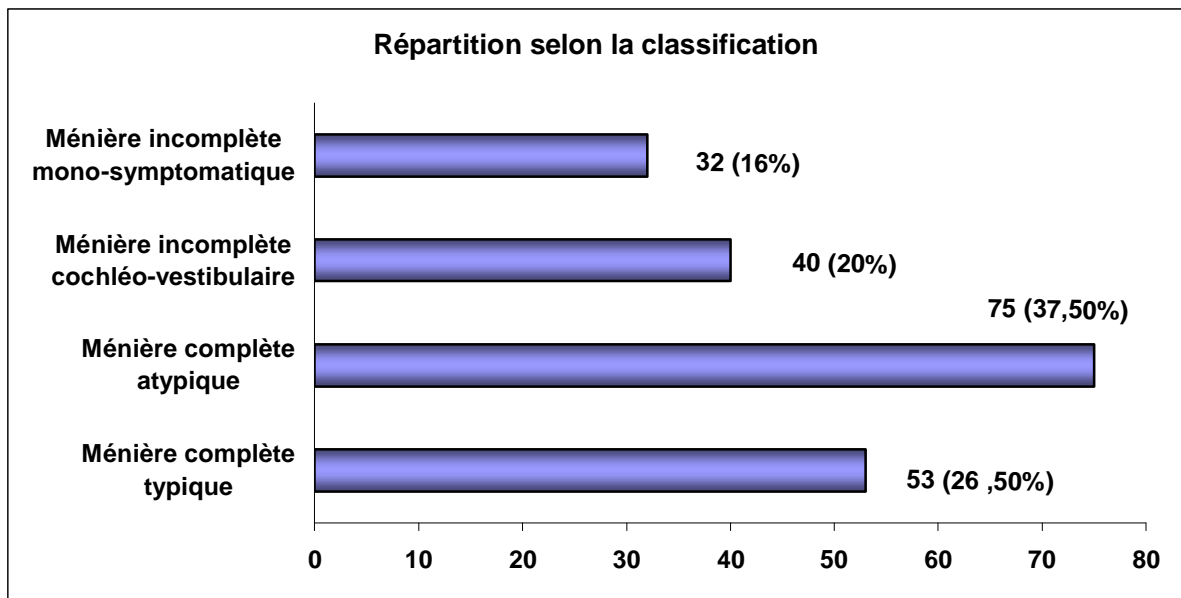
Tableau 06 : la classification utilisée dans l'étude pour la maladie de Ménière

3) Répartition selon la classification utilisée :

La majeure partie de la population de l'étude présente une forme certaine ou complète de la maladie de Ménière, soit 128 patients (64%). Mais seulement chez 53 patients (41 %) le

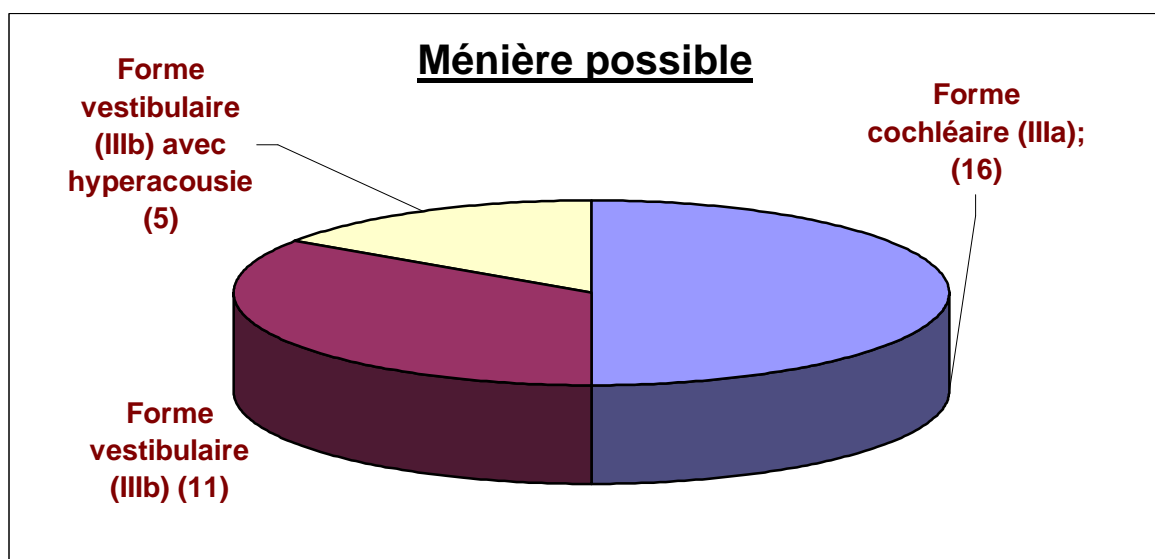
caractère typique est retrouvé. Souvent la symptomatologie cochléo-vestibulaire s'installe de façon progressive (bien longtemps après une surdité négligée apparaissent des vertiges conduisant le patient à consulter) ou il n'y a aucune corrélation ou relation entre les vertiges et les symptômes cochléaires (Graph. 08).

Les patients présentant une Ménière possible (III : Ménière possible incomplète cochléaire ou vestibulaire) peuvent en effet soit rester dans ce groupe, soit devenir Ménière probable ou certaine. Le traitement médical, s'il est précoce, peut influencer la classification des patients notamment en atténuant la sensation de vertige et en empêchant les crises typiques.



Graph. 08 : la répartition des patients selon la classification

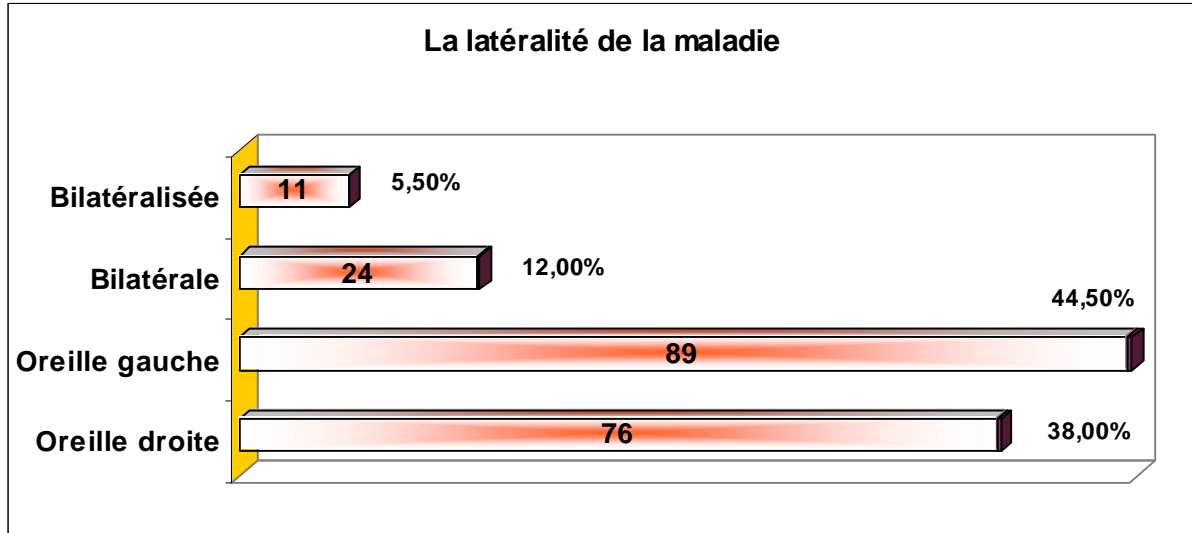
Dans le groupe de la Ménière Possible, on dénombre autant de formes cochléaires que vestibulaires (Graph. 09). Parmi les formes vestibulaires pures, on note la présence d'une hyperacousie relativement invalidante sans surdité chez 5 patients soit chez 31% des patients présentant une maladie Ménière incomplète vestibulaire (IIIb).



Graph. 09 : la répartition des patients présentant une forme incomplète mono-symptomatique

4) Latéralité :

La maladie de Ménière est et reste le plus souvent unilatérale (82,5 %). Dans notre population l'oreille gauche est atteinte chez 89 patients (54% des formes unilatérales). Dans 24 cas (12 %) la maladie est d'emblée bilatérale et dans 11 cas (5,5 %) elle est devenue bilatérale au cours de l'évolution (Graph. 10).

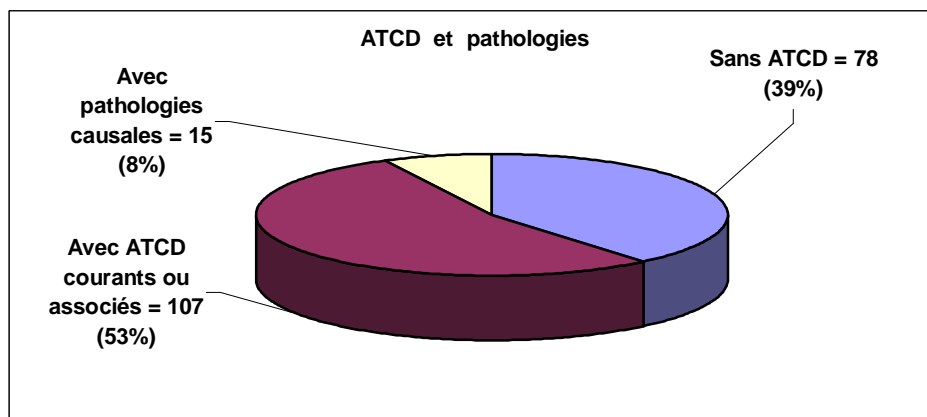


Graph. 10 : la latéralité de la maladie.

5) Antécédents et pathologies associés :

Dans la population étudiée 61% des patients présentent une ou plusieurs autres pathologies que la maladie de Ménière diagnostiquée. On note 3 groupes de pathologies (Graph. 11) :

- Les pathologies courantes considérées comme des antécédents sans rapport direct ou indirect avec la symptomatologie méniériforme du sujet (tableau 07).
- Les pathologies associées pouvant influencer, souvent de façon indirecte, l'évolution et/ou le traitement de la maladie de Ménière (tableau 08).
- Les pathologies pouvant entraîner un hydrops endolymphatique (les pathologies causales) et faire classer chez le sujet la maladie de Ménière comme secondaire ou non primaire (Graph. 12 & 13 & 14 ; tableau 09).



Graph. 11 : les pathologies courantes, associées ou causales

Pathologies courantes :	Nb
HTA	26 (21%)
Dyslipidémie	18 (15%)
Diabète	10 (8%)
Dysthyroïdie	8
Cancers	5
Spondylarthrite	4
Trouble du rythme cardiaque	3
Otites	2

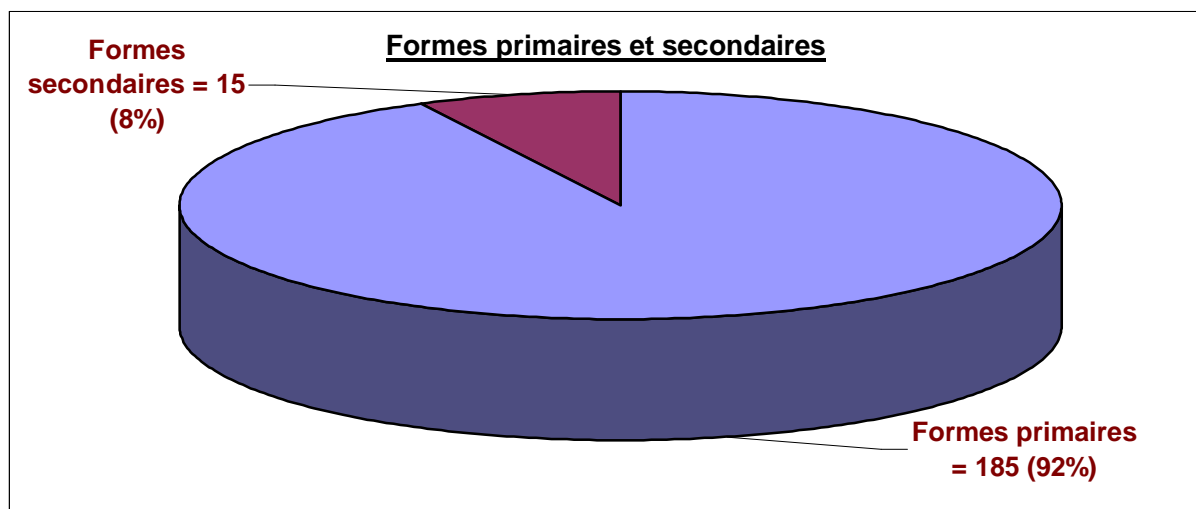
Tableau 07 : les pathologies courantes

Pathologies associées	Nb
Migraine	35 (29%)
Glaucome	9 (7%)
Algie vasculaire de la face	3 (2,5%)
Conflit des ATM	6 (5%)
Goutte	3 (2%)
VPPB	8 (6,5%)
Dépression chronique	2
ATCD parental de Ménière	2
Agénésie de l'oreille controlatérale	1
Décompression du sac endolymphatique	2

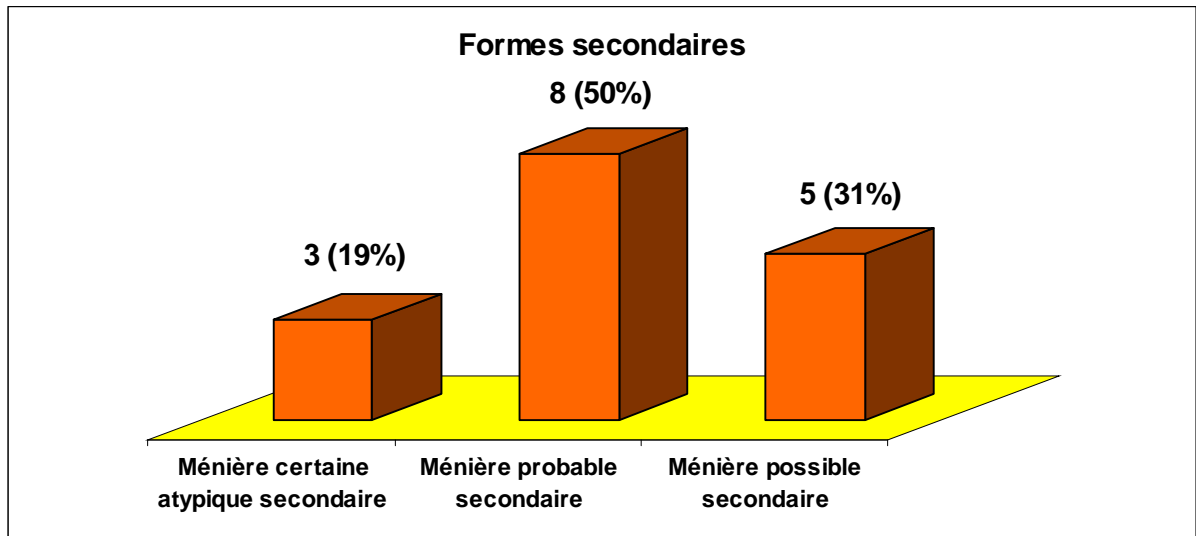
Tableau 08 : les pathologies associées

Pathologies causales	Nb
Ectasie jugulaire	7 (6%)
Thyroïdite auto-immune	2
Dysglobulinémie auto-immune	1
Maladie d'Addison	1
Méningite virale	2
Varicelle à l'âge adulte	1
Syndrome des antiphospholipides	1

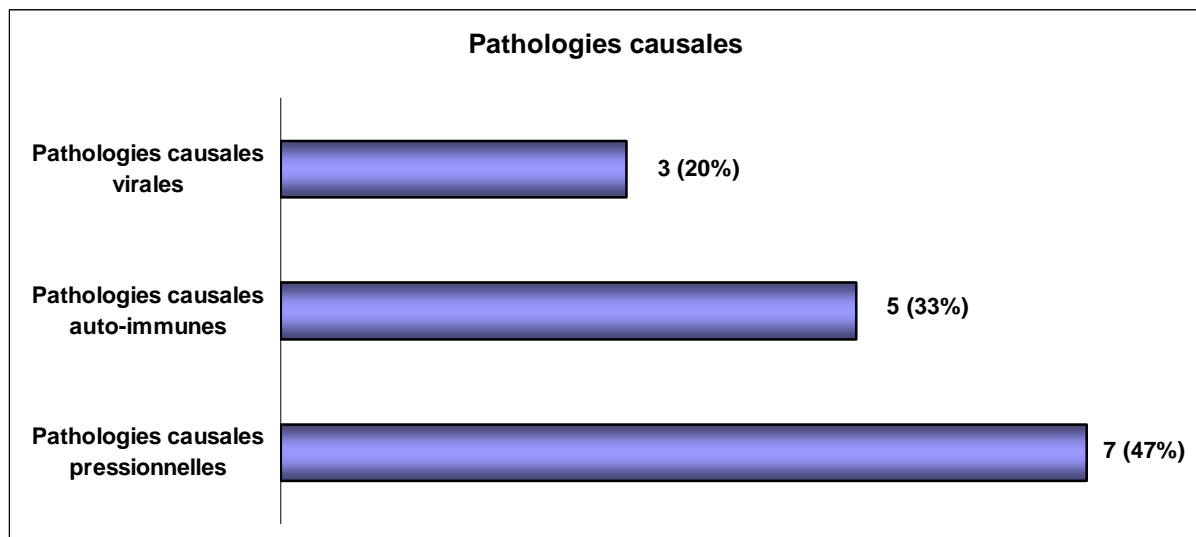
Tableau 09 : les pathologies causales



Graph. 12 : les formes primaires et secondaires



Graph. 13 : les formes secondaires et la classification



Graph. 14 : les pathologies causales

E) Moyens et résultats thérapeutiques :

1) Généralités :

La maladie de Ménière est une pathologie chronique, fluctuante et imprévisible. Son traitement devrait être chronique, stable et adapté au stade de la maladie. La précocité de la prise en charge est un facteur pronostique positif et souhaité, bien qu'elle empêche parfois l'installation typique de la maladie.

On dénombre de multiples protocoles thérapeutiques, mais tous comportent un volet aigu (le traitement de crise) et un volet chronique (le traitement de fond). Le traitement initialement médical en cas d'échec devient chirurgical ou dit « radical ». Dans notre pratique un retard dans la détection des formes rebelles et invalidantes, ou un retard de passage au traitement radical a été fortement préjudiciable à l'efficacité de celui-ci.

Dans notre expérience et dans notre étude, le traitement de crise et de fond est basé sur les produits osmotiques/diurétiques et le traitement radical de référence est la neurectomie vestibulaire par voie sus pétreuse réalisée depuis plus de 30 ans dans l'école d'oto-neurologie de notre maître le Pr Vanecloo avec un succès estimé à plus de 95%.

2) Moyens thérapeutiques :

a) Moyens médicaux :

Nous citons ici les différents moyens médicaux utilisés comme traitements spécifiques chez les 200 sujets de la population de l'étude (tableau 10) :

Traitements médicaux spécifiques	Nb et % prescrit	Nb et % arrêté
Diamox	178 (89%)	25 (14%)
Mannitol	60 (30%)	
Glycérine	20 (10%)	4 (20%)
Corticoïdes	2 (1%)	

Tableau 10 : les traitements médicaux spécifiques

- Diamox (acétazolamide) :

C'est un inhibiteur de l'anhydrase carbonique et un diurétique hypokaliémiant. Il peut constituer le traitement de fond le plus efficace, en maîtrisant les crises (vertiges, acouphènes et surdité) et parfois même en améliorant les séquelles auditives.

Selon notre expérience, son action serait pour une partie relative à son effet hypokaliémiant (une hypokaliémie modérée et permanente entraîne par un effet osmotique une déplétion du liquide endolymphatique). Il doit être prescrit, dans cette indication d'exception, en dose modérée (maximum 250 mg / jour) et fractionnée (en 2 à 3 prises / jour) pour pouvoir le prescrire à long terme et en raison de sa demi vie faible [L'absorption digestive de l'acétazolamide est très rapide. Au niveau du plasma, il est fortement lié aux protéines plasmatiques (90-95%). La demi-vie plasmatique est de 5 heures et l'excrétion urinaire est totale en 24 h sous forme non métabolisée].

Ses effets apparaissent sur 3 à 4 semaines et sa posologie peut être ensuite diminuée d'un quart ou d'un demi comprimé.

Dans notre étude 178 sujets (89%) ont bénéficié d'une prescription de l'acétazolamide, mais chez 25 personnes (14%) un effet indésirable a conduit à son arrêt. Les principaux effets indésirables ont été les coliques néphrétiques lithiasiques et les réactions allergiques.

- Mannitol :

C'est un produit osmotique puissant qui agit en phase aigue sur l'hydrops de façon souvent satisfaisante. Son effet peut être parfois très spectaculaire et bien entendu indicatif sur le plan diagnostique et pronostique. Il est administré en perfusion lente par voie veineuse sur 4 heures soit en milieu hospitalier soit à domicile.

Le Mannitol est utilisé depuis les années 70, à la suite des travaux du Pr Vaneecloo qui ont pu démontrer les effets bénéfiques de ce produit notamment sur l'audition. Le protocole thérapeutique est en général 3 à 5 perfusions de 500 ml de Mannitol 10% par voie veineuse lente et à raison d'une perfusion par jour. Les indications sont :

- a) Le traitement de crise
- b) Le test diagnostique utilisé seul ou associé aux épreuves électrophysiologiques (EcoG ; PEO)
- c) Le traitement de fond en cas de contre indication au Diamox et de façon épisodique.

Dans notre population de 200 sujets, 60 (30%) ont bénéficié des perfusions de Mannitol en phase thérapeutique.

- Glycérine :

La glycérine ou le glycérol a, comme le Mannitol, un effet osmotique. Elle n'existe plus sous forme pharmaceutique de Glycerotone, obligeant ainsi sa prescription en préparation magistrale. Elle peut être utilisée comme le Mannitol en traitement de crise et comme le Diamox en traitement de fond. Elle est prise par voie orale. Une surveillance du bilan lipidique est indispensable car la glycérine peut faire augmenter dangereusement la triglycéridémie.

Dans notre population elle a été utilisée chez 20 sujets (10%) avec la nécessité de l'arrêter chez 4 sujets (20%).

- Produits vestibulo-régulateurs et antivertigineux :

Ces produits (bétahistine, trimétazidine, acétylleucine, etc.), constituant souvent le traitement de base, ont été utilisés chez la presque totalité des patients seuls ou en association avec les produits osmotiques/diurétiques. Néanmoins, rares sont les sujets de notre population ne bénéficiant, efficacement, que de ce type de produits (3 personnes, 5%) [Tableau 12].

- Corticoïdes :

Deux patients de notre population, présentant une forme incomplète cochléaire, répondent aux corticoïdes. Ils bénéficient avec succès d'une courte cure de corticothérapie (1 mg/kg/j) en cas de crise de surdité ou acouphènes.

- Traitements des pathologies associées et causales :

Les pathologies associées et en particulier la migraine doivent bénéficier d'une prise en charge thérapeutique adéquate.

Dans notre population les produits les plus utilisés pour traiter la migraine (25 cas) sont le Sibelium (flunarizine), le Vidora (indoramine) et le Séglor (dihydroergotamine) qui donnent des résultats relativement satisfaisants. Les cas de migraine difficiles ont une prise en charge neurologique concomitante.

- Rééducation vestibulaire :

En dehors de l'indication classique de post traitement radical (neurectomie et autres), la rééducation vestibulaire peut apporter un bénéfice certain en association au traitement médical.

Dans notre population la rééducation a été utilisée en phase médicale dans 9 cas.

- Autres produits :

Les autres produits prescrits pour les patients de notre étude sont : Trivastal (piribédil) pour le traitement d'acouphènes (12 cas) ; Rivotril (clonazépam) pour le traitement d'acouphènes rebelles (3 cas) ; la pose d'aérateur transtympanique a été expérimentée à deux reprises mais malheureusement avec échec.

b) Moyens radicaux :

Les moyens radicaux ont été utilisés dans notre étude à 25 reprises. Autrement dit le traitement médical a été un échec chez 25 personnes de notre population (13%). Certains avaient déjà recours au traitement radical avant sa prise en charge par l'auteur (3 cas) et les autres (22 cas), au bout de 6 mois à un an de traitement médical, ont été considérés comme rebelles et résistants.

Traitements radicaux	Nb et %
Neurectomie vestibulaire	20 (80%)
Labyrinthectomie chimique	3 (12%)
Comblement du CSC externe	1
Labyrinthectomie chirurgicale	1

Tableau 11 : les traitements radicaux

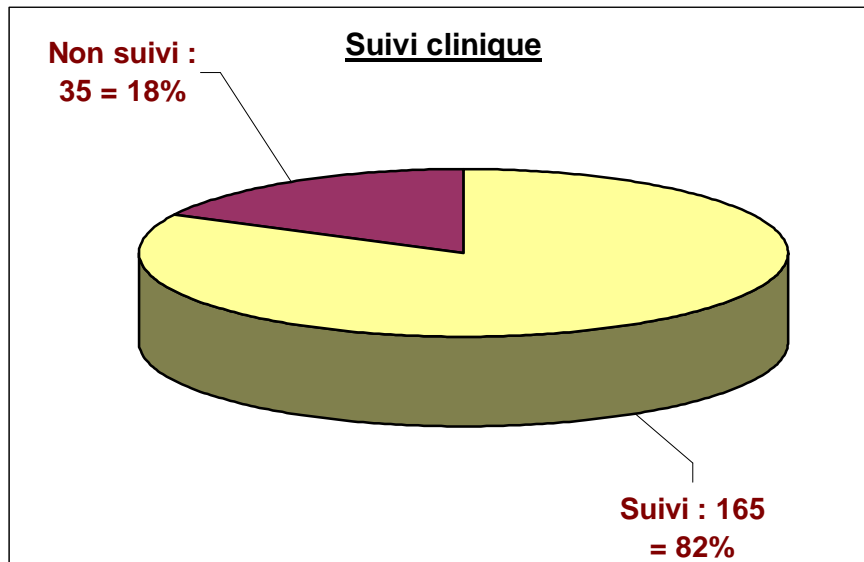
3) Résultats thérapeutiques :

L'évaluation des résultats thérapeutiques est difficile dans cette pathologie. Les facteurs de difficultés sont multiples ; on peut citer :

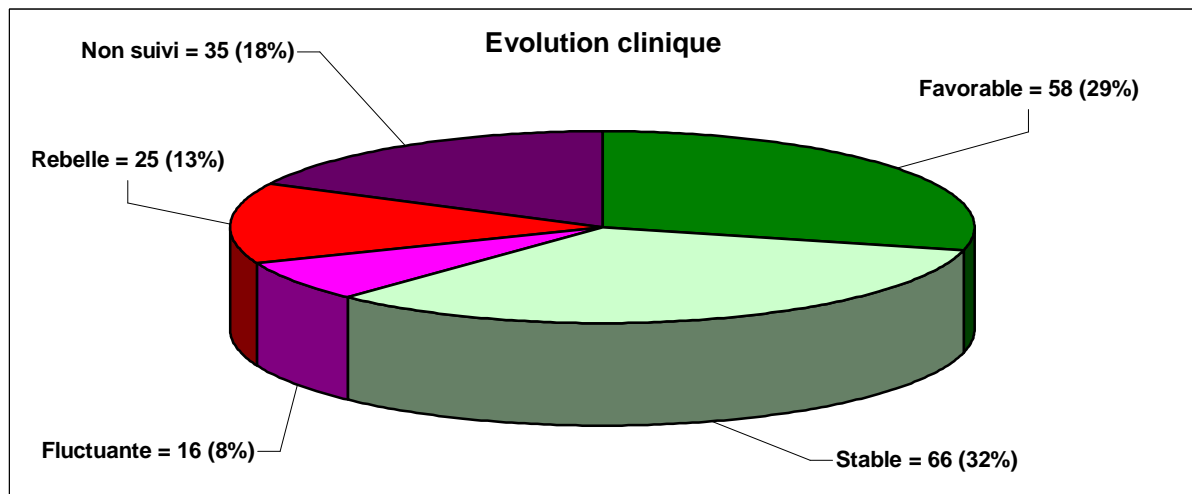
- La diversité des formes cliniques
- La fluctuation et la périodicité des symptômes
- La chronicité de la maladie
- Le nomadisme des patients
- Etc.

Dans notre population de 200 patients, le suivi de l'évolution a été effectif dans 165 cas (82%). Dans 35 cas (18%) le patient a été perdu de vue. Parmi ces 35 patients, 22 sont à priori bien suivis par d'autres confrères. (Graph. 15)

Pour mieux étudier l'efficacité de la prise en charge, nous utilisons une échelle d'appréciation subjective en 4 paliers (Graph. 16).



Graph. 15 : le suivi clinique



Graph. 16 : l'évolution clinique

a) Evolution favorable :

Ce sont des patients chez qui le traitement médical est un succès avec la disparition des crises de vertiges et l'amélioration de l'audition et/ou des acouphènes. Dans notre population 58 patients (29%) présentent une évolution favorable.

b) Evolution stable :

Ce sont des patients qui présentent une réponse relativement favorable au traitement médical. La maladie n'évolue plus, les crises de vertiges sont absentes, mais la surdité, les troubles de l'équilibre et souvent les acouphènes persistent, sans être invalidants. Dans notre étude 66 patients (32%) présentent une évolution stable.

c) Evolution fluctuante :

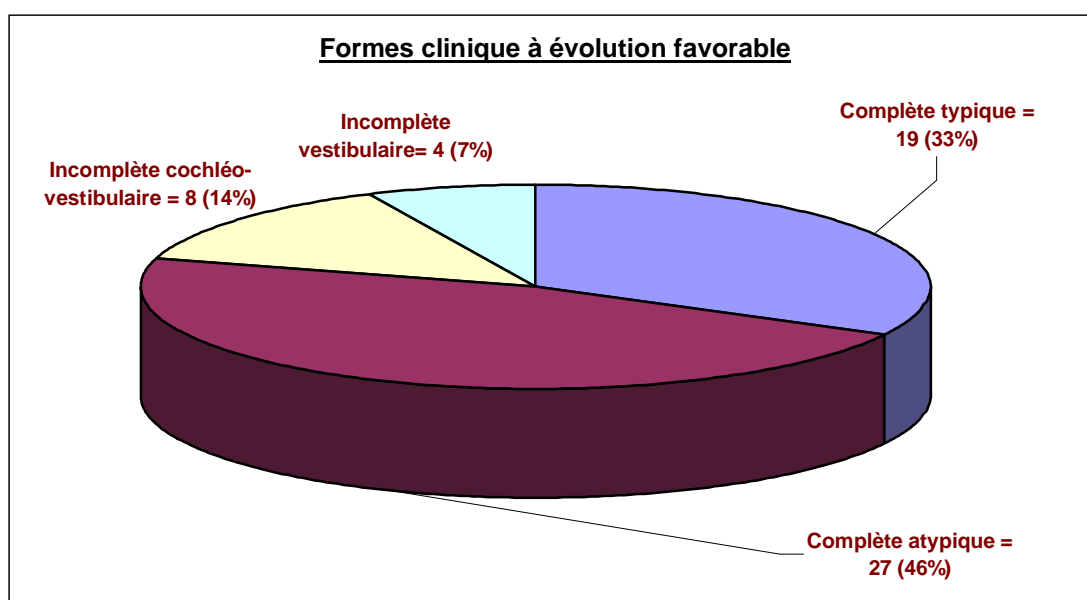
Ce sont des patients chez qui on peut discuter de l'opportunité d'un traitement radical. Ils présentent toujours des épisodes de crises souvent courtes et parfois répondant positivement aux traitements de crise. Souvent, une intervention leur a été proposée, mais elle a été refusée, ou contre indiquée notamment par le fait de la bilatéralité de la maladie. Dans notre population 16 patients (8%) présentent une évolution fluctuante.

d) Evolution rebelle :

Ce sont les patients qui ont présenté un caractère rebelle aux traitements médicaux et qui ont bénéficié d'un traitement radical. Dans notre population 25 patients (13%) avaient une évolution rebelle. Dont 6 patients avec le syndrome de Tumarkin (sur 9 dans la population).

4) Population à évolution favorable :

Dans la population à évolution favorable, il est intéressant de voir quelles sont les formes cliniques (selon notre classification) des patients et quels ont été les traitements médicaux de fond ayant permis d'obtenir une évolution favorable. Les Graph. 17 et le tableau 12 présentent ces deux aspects.



Graph. 17 : les formes cliniques des patients à évolution favorable

Favorable	Nb & %
Diamox	47 (81%)
Glycérine	5 (8,6%)
Bétahistine	3 (5,2%)
Corticoïdes	2 (3,4%)
Flunarizine	1 (1,8%)

Tableau 12 : les traitements des patients à évolution favorable

Dr Moradkhani
Octobre 2007

<http://www.maladiedemeniere.com>