

La maladie de Ménière



- La **maladie de Ménière** (ou syndrome de Ménière) se caractérise par des crises récurrentes de **vertige** qui s'accompagnent de sifflements et de **bourdonnements** d'oreilles (acouphènes) et d'une **baisse d'audition**. Le plus souvent, une seule oreille est atteinte.
- Il s'agit d'une **maladie chronique**. La fréquence des crises est très variable et imprévisible. La plupart des personnes atteintes ont quelques crises par an, mais certaines en ont plusieurs par semaine. Entre les crises, les périodes de **rémission** peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années. Il n'existe pas de traitement permettant de guérir la maladie de Ménière, mais les symptômes peuvent être soulagés efficacement dans la plupart des cas.

La **maladie de Ménière** a été décrite pour la première fois en 1861 par un médecin français, le Dr Prosper Ménière, qui lui a donné son nom.

- **Prévalence**
- La maladie de Ménière apparaît le plus souvent vers 40 ans à 60 ans¹, même si des cas ont été décrits chez les enfants. Elle touche légèrement plus de femmes que d'hommes. En Europe et en Amérique du Nord, la prévalence varie de 1 personne sur 1 000 à 1 sur 10 000, selon les études.
- **Causes**
- La cause de la **maladie de Ménière** demeure inconnue. Il s'agit d'une maladie touchant l'oreille interne, c'est-à-dire la partie la plus profonde de l'**oreille** qui assure l'audition et l'équilibre. L'organe de l'ouïe, qui a la forme d'un escargot, est appelé la **cochlée** (ou limaçon). L'organe de l'équilibre s'appelle le **vestibule** (voir le schéma ci-dessus). La cochlée et le vestibule sont remplis d'un liquide, l'endolymphe.
- Les symptômes de la maladie de Ménière seraient causés par un excès d'endolymphe dans l'oreille interne, désigné par le terme **hydrops**

endolymphatique. L'endolymphe en excès augmente la pression dans l'oreille interne, ce qui empêche les sons d'être perçus correctement et brouille les signaux d'équilibre envoyés au cerveau. Ainsi, durant une **attaque de vertige**, des renseignements contradictoires parviennent au cerveau, comme si le corps était à la fois arrêté et en mouvement.

- Les scientifiques ne savent pas ce qui cause l'**augmentation de pression dans l'oreille** interne. Plusieurs hypothèses ont été émises :
 - réaction à une blessure à la tête ou à certaines infections;
 - allergie ou intolérance alimentaire;
 - dérèglement du système immunitaire (mécanisme auto-immun).
- Pour l'instant, aucune de ces hypothèses n'a été formellement validée.
- **Évolution de la maladie**
- La maladie se manifeste par des **crises imprévisibles** dont la fréquence varie. Au cours des premières années de la maladie, les attaques de vertige tendent à s'intensifier. Puis, avec le temps (de 5 ans à 10 ans), elles se font plus rares et leur intensité s'atténue progressivement.
- Au début, une seule oreille est généralement atteinte, mais près de la moitié des personnes présentent des symptômes dans les deux oreilles au bout de quelques années.

L'**imprévisibilité des symptômes** peut générer beaucoup d'appréhension et d'anxiété. Des activités quotidiennes, comme la conduite automobile, peuvent devenir risquées. En outre, même lorsque les crises disparaissent, des **complications** peuvent persister. Certaines personnes souffrent d'une perte d'audition ou de troubles de l'équilibre permanents et irréversibles. En effet, durant les crises répétées, des cellules nerveuses responsables de l'équilibre peuvent mourir et elles ne sont pas remplacées. Il en va de même pour les cellules responsables de l'ouïe.

Souvent, au début de la maladie, une série de crises survient sur une courte période, allant de quelques semaines à quelques mois. Les crises peuvent ensuite disparaître pendant plusieurs mois ou s'espacer.

Symptômes d'une crise

En général, les symptômes durent de 20 minutes à 24 heures et entraînent un grand épuisement physique.

- Une sensation de plénitude dans l'oreille et des acouphènes intenses (sifflements, bourdonnements), qui surviennent souvent en premier.
- Un **vertige intense** et soudain, qui oblige à se coucher. On peut avoir l'impression que tout tourne autour de soi, ou qu'on tourne soi-même.
- Une perte partielle et fluctuante d'**audition**.
- Des étourdissements et des pertes d'équilibre.
- Des mouvements rapides des yeux, non contrôlables (le nystagmus, en langage médical).
- Parfois, des nausées, des vomissements et des sueurs.
- Parfois, des maux de ventre et de la diarrhée.

- Dans certains cas, le malade se sent « poussé » et chute brutalement. On parle alors de crises de Tumarkin ou de crises otolithiques. Ces chutes sont dangereuses en raison du risque de blessure.

Signes précurseurs

Les **crises de vertige** sont parfois précédées de quelques **signes précurseurs**, mais elles surviennent le plus souvent de façon brutale.

- Une sensation d'oreille bouchée, comme cela survient en haute altitude.
- Une perte partielle d'audition accompagnée ou non d'acouphènes.
- Un mal de tête.
- Une sensibilité aux sons.
- Des étourdissements.
- Une perte d'équilibre.

Entre les crises

- Chez certaines personnes, des acouphènes et des problèmes d'équilibre persistent.
- Au début, l'audition redevient généralement normale entre les crises. Mais très souvent une perte d'audition (partielle ou totale) permanente s'installe avec les années.

Les personnes à risque

- Les personnes dont un membre de la famille est atteint de la maladie de Ménière. Il existe en effet une **prédisposition génétique** à la maladie. Certaines études indiquent que jusqu'à 20 % des membres d'une même famille peuvent être atteints de la maladie².
- Les personnes d'Europe du Nord et leurs descendants sont plus sujets à la maladie de Ménière que les personnes d'origine africaine.
- Les **femmes**, qui sont jusqu'à 3 fois plus atteintes que les hommes.

Les facteurs de risque

On ne connaît pas de facteurs de risque liés à cette maladie, mais il semble que les éléments suivants puissent **déclencher des crises de vertige** chez les personnes atteintes de la maladie.

- Une période de stress émotionnel élevé.
- Une grande fatigue.
- Des changements de pression barométrique (en montagne, en avion, etc.).
- L'ingestion de certains aliments, comme ceux qui sont très salés ou qui contiennent de la caféine.

Peut-on prévenir?

Puisqu'on ne connaît pas la cause de la maladie de Ménière, on ne dispose actuellement

d'aucun moyen de la prévenir.

Mesures pour réduire l'intensité et le nombre de crises

Médicaments

Certains médicaments prescrits par le médecin permettent de réduire la pression dans l'oreille interne. Parmi ceux-ci figurent les médicaments diurétiques, qui engendrent une élimination accrue de liquides par l'urine. Le furosémide, l'amiloride et l'hydrochlorothiazide (Diazide®) en sont des exemples. Il semble que l'association des médicaments diurétiques et d'une alimentation pauvre en sel (voir plus bas) soit souvent efficace pour réduire les vertiges. Elle aurait toutefois moins d'effet sur la perte d'audition et les acouphènes.

Des médicaments vasodilatateurs, qui ont pour effet d'augmenter l'ouverture des vaisseaux sanguins, sont parfois utiles, comme la **bétahistine** (Serc® au Canada, Lectil en France). La bétahistine est très utilisée chez les personnes atteintes de la maladie de Ménière, car elle agit spécifiquement sur la cochlée et est efficace contre les vertiges.

Note. Les personnes qui suivent un traitement par diurétiques perdent de l'eau et des minéraux, comme le potassium. À la Clinique Mayo, on recommande de veiller à inclure dans son alimentation des aliments riches en potassium, comme le cantaloup, le jus d'orange et les bananes, qui en sont de bonnes sources. Voir la fiche Potassium pour en savoir plus.

Alimentation

Très peu d'études cliniques ont mesuré l'efficacité des mesures suivantes à prévenir les crises et à en réduire l'intensité. Toutefois, d'après les témoignages de médecins et de gens atteints de la maladie, elles semblent être d'une aide précieuse pour plusieurs.

- Adopter une **alimentation faible en sel** (sodium) : les aliments et les boissons riches en sel peuvent faire varier la pression dans les oreilles, puisqu'ils contribuent à la rétention d'eau. On suggère de viser un apport quotidien de 1 000 mg à 2 000 mg de sel. Pour y parvenir, ne pas ajouter de sel à table et éviter les mets préparés (soupes en sachets, sauces, etc.).
- Éviter de manger des aliments qui contiennent du **glutamate monosodique** (GMS), une autre source de sel. Les aliments préemballés et certains aliments de la cuisine chinoise sont plus susceptibles d'en contenir. Bien lire les étiquettes.
- Éviter la **caféine**, que l'on retrouve dans le chocolat, le café, le thé et certaines boissons gazeuses. L'effet stimulant de la caféine peut aggraver les symptômes, plus particulièrement les acouphènes.
- Limiter également la consommation de **sucre**. D'après certaines sources, une alimentation riche en sucre aurait un impact sur les fluides de l'oreille interne.
- **Manger et boire régulièrement** aide à réguler les fluides corporels. À la Clinique Mayo, on recommande de manger à peu près la même quantité de nourriture à chaque repas. Même chose pour les collations.

Mode de vie

- Tenter de réduire son stress, puisqu'il s'agirait d'un facteur déclencheur des crises. Un stress émotionnel augmenterait le risque de crise dans les heures qui suivent⁸. Lire notre dossier Le stress et l'anxiété.
- En cas d'allergies, éviter les allergènes ou les traiter à l'aide d'antihistaminiques; les allergies pourraient aggraver les symptômes. Certaines études ont montré que l'immunothérapie permettait de réduire de 60 % de l'intensité et de la fréquence des crises chez les personnes atteintes de la maladie de Ménière qui souffraient d'allergies². Consulter notre fiche Allergies.
- Ne pas fumer.
- Garder un éclairage important durant le jour, et un éclairage léger la nuit afin de faciliter les repères visuels pour prévenir les chutes.
- Éviter de prendre de l'aspirine, sauf avis contraire du médecin, car l'aspirine peut déclencher des acouphènes. Demander conseil également avant de prendre des anti-inflammatoires.

Il n'existe pas de traitement permettant de **guérir** la maladie de Ménière. Certains médicaments permettent toutefois de **soulager** les symptômes pendant les crises. Par ailleurs, certains traitements permettent d'espacer les crises.

L'anxiété est souvent importante en cas de maladie de Ménière. Elle est liée à la peur des crises, qui sont imprévisibles et souvent brutales. Par ailleurs, les acouphènes et les troubles d'équilibre persistants sont très pénibles et dégradent considérablement la qualité de vie. Pour de nombreuses personnes atteintes, il est important de trouver du soutien auprès d'autres malades, d'associations ou d'un psychologue. Voir la section Groupes de soutien. Les techniques de relaxation et de gestion du stress peuvent aussi être bénéfiques.

Traitements médicamenteux

Médicaments en cas de crise

Durant une crise, les **médicaments contre la nausée** (domperidone, dimenhydrinate : Graval®) ou **contre les vertiges** (mécilazine : Bonamine®, Antivert) peuvent apporter un soulagement temporaire. Ils sont pris sous forme de comprimés, ou de suppositoires si la crise est trop importante. Des **médicaments contre l'anxiété** (benzodiazépines comme le lorazépam, le diazépam) ou **contre les nausées** (la prochlorpérazine, la prométhazine, Phénergan) peuvent également calmer les symptômes de crise.

Traitement de fond

Le traitement de fond a pour but de diminuer la fréquence des crises de vertige. Il n'est pas systématique et son efficacité est variable. Malheureusement, aucun traitement ne s'est avéré efficace chez toutes les personnes atteintes.

Les **médicaments diurétiques et vasodilatateurs**, obtenus sur ordonnance, peuvent être bénéfiques. Voir la section Prévention.

Le médecin procède parfois à l'**injection** de médicaments dans l'oreille interne atteinte, à travers le tympan. Il peut s'agir d'un **antibiotique**, habituellement la gentamicine. Ce produit détruit les tissus de l'oreille interne. Ainsi, le cerveau ne reçoit plus de signaux d'équilibre contradictoires, ceux-là mêmes qui causent les vertiges. Plusieurs injections sont parfois requises, selon la réponse au traitement. Il peut y avoir une période initiale de déséquilibre. En raison de la toxicité de l'antibiotique, le risque qu'il y ait détérioration de l'audition dans l'oreille traitée est d'environ 20 %. Ce traitement irréversible est réservé aux personnes qui ont des symptômes très invalidants.

Des corticostéroïdes, comme la dexaméthasone, peuvent aussi être injectés pour essayer d'espacer les crises ou de réduire les vertiges et les acouphènes résistants aux autres traitements. Contrairement à la gentamicine, ils ne sont pas toxiques pour les cellules. Dans certains cas, les corticostéroïdes sont aussi utilisés pendant les crises, par voie orale ou intramusculaire (injections).

Un dispositif appelé **générateur d'impulsions basse pression** (Meniett®) peut être efficace chez certaines personnes. Il s'agit d'un appareil que l'on appose à l'entrée de l'oreille et qui émet des impulsions à basse fréquence. Ces impulsions faciliteraient l'évacuation du fluide présent en excès dans l'oreille interne. Le plus souvent, 3 séances de 5 minutes par jour sont prescrites pour contrôler les vertiges réfractaires². Cet appareil est relativement efficace et a l'avantage de ne pas être invasif.

Exercices de rééducation

Si les vertiges persistent entre les crises, il peut être utile de suivre des séances de **rééducation vestibulaire** avec un physiothérapeute ou un ergothérapeute. Ces séances permettent de compenser le mauvais fonctionnement de l'oreille interne et du vestibule (qui contrôle l'équilibre) grâce à divers exercices (avec un fauteuil qui tourne, des lunettes spéciales, etc.). Le physiothérapeute peut enseigner des **exercices** à faire chez soi qui permettront de réapprendre à garder l'équilibre. Les exercices consistent principalement à faire des mouvements de la tête et du corps pour corriger la sensation de perte d'équilibre. Ils entraînent le cerveau à utiliser des repères visuels et proprioceptifs différents pour maintenir l'équilibre et la démarche.

Appareils auditifs

Lorsque les pertes d'audition sont importantes, des **prothèses auditives** peuvent aider à mieux entendre. Elles sont parfois difficiles à adapter, car la perte d'audition est souvent fluctuante chez les personnes atteintes de la maladie de Ménière. Consultez un audioprothésiste.

Traitements chirurgicaux

Lorsque les autres traitements ne fonctionnent pas et que la maladie est très invalidante, une **intervention chirurgicale** peut être proposée. La chirurgie est habituellement

réservée aux cas réfractaires et graves, car elle peut avoir pour conséquence une perte d'audition dans l'oreille traitée.

Décompression du sac endolymphatique. Sous anesthésie générale, on enlève la couche d'os qui entoure le sac endolymphatique, la partie de l'oreille interne qui contient les fluides (l'endolymphe), afin de permettre l'évacuation de l'excès de liquide. Cette intervention chirurgicale se pratique à l'arrière de l'oreille. Chez environ 1 personne sur 2, elle permet de réduire les vertiges de moitié au moins à court terme. Les résultats à plus long terme sont beaucoup moins bons. L'intervention comporte cependant un léger risque de perte d'audition, en plus des complications habituelles liées à l'anesthésie générale.

Section du nerf vestibulaire. Lors de cette opération, le nerf vestibulaire, qui sert à envoyer les signaux relatifs à l'équilibre de l'oreille interne vers le cerveau, est sectionné. Ainsi, il n'envoie plus de signaux ininterprétables au cerveau. Cette opération, efficace pour éliminer les vertiges, expose toutefois le patient à une perte d'audition permanente. Elle est donc rarement employée et est réservée aux cas extrêmes. Elle est aussi appelée **neurotomie vestibulaire**.

Labyrinthectomie. Cette intervention consiste à détruire complètement les composantes sensibles de l'oreille interne (le labyrinthe). Elle est la plus efficace pour traiter les vertiges, mais entraîne la **perte complète et irréversible de l'audition**. La labyrinthectomie est parfois envisagée dans le cas où les injections d'antibiotiques se sont avérées inefficaces, ou lorsque les fonctions auditives sont déjà très faibles et que les acouphènes et les vertiges sont très pénibles.

Conseils durant une crise

- S'asseoir ou se détendre.
- Fixer le regard sur un objet.
- Bouger la tête le moins possible, car même les petits mouvements accentuent les symptômes.
- Éviter la lumière vive.
- Ne rien ingérer tant que les nausées persistent.
- Privilégier le silence. Les sons de la télévision et de la radio deviennent irritants.
- Ne pas lire tant que les symptômes persistent.
- Rester calme et se reposer aussi longtemps que les symptômes sont présents.
- Une fois la crise passée, noter les symptômes afin de mieux les décrire à son médecin.

Dans le cadre de sa démarche de qualité, Passeportsanté.net vous propose de découvrir l'opinion d'un professionnel de la santé. Le Dr Dominique Dorion, oto-rhino-laryngologiste, vous donne son avis sur la **maladie de Ménière** :

La maladie de Ménière est une maladie très frustrante pour vous, mais aussi pour les gens qui vous traitent. Il est donc important de créer un climat de confiance et d'échange avec votre médecin. Si vous explorez la voie des traitements alternatifs, informez-en votre médecin pour qu'il puisse inclure ces données dans son évaluation.

Il est impératif que vous ne vous laissiez pas contrôler par la maladie. Ne la laissez pas vous envahir. Profitez de l'occasion pour adopter un rythme de vie plus sain. Certains de mes patients ont vu une nette amélioration de leur état après avoir réorganisé leur vie dans le but d'éprouver moins de stress au quotidien.

Une alimentation faible en sel, mais riche en eau sera aussi excellente pour votre cœur et votre pression artérielle. Et quand tout cela sera fait, ne soyez pas découragé non plus par les sautes d'humeur de cette maladie! En effet, la maladie de Ménière peut rester tranquille durant des mois, puis exploser durant des semaines avant de se calmer de nouveau. Les médecins ont donc tendance à être très patients avant de changer de traitement et de considérer la chirurgie. Encore une fois, confiance et dialogue sont fondamentaux.

Dr Dominique Dorion, oto-rhino-laryngologiste



PASSEPORT**SANTÉ**.NET

» Fermer la fenêtre

Critères de classification utilisés sur PasseportSanté.net

Symbole associé	Degré de certitude	
★★★★	Efficacité certaine	
★★★	Efficacité probable	
★★	Efficacité possible	Recherches cliniques
★	Efficacité incertaine	
↙	Probablement inefficace	



Usage reconnu

Usage traditionnel

Approches à considérer

Approches non recommandées

Recherches cliniques inexistantes ou inaccessibles

Avec ou sans recherches cliniques

Les neuf catégories de PasseportSanté.net

PasseportSanté.net classe les traitements de médecine alternative et complémentaire en neuf catégories, selon le type de données disponibles pour étayer leur usage. Voici les critères que nous utilisons pour ce faire.

★★★★ Efficacité certaine : il existe une synthèse d'études contrôlées et randomisées arrivant à une conclusion clairement positive sur un effet précis ou usage reconnu par des autorités médicales compétentes.

★★★ Efficacité probable : il existe une synthèse d'études de cohorte, ou au moins trois études de cohorte présentant une méthodologie de bonne qualité, ou au moins deux études cliniques randomisées et contrôlées présentant une méthodologie de bonne qualité et portant sur un total d'au moins 200 sujets.

★ Efficacité possible : il existe au moins deux études cliniques présentant une méthodologie de bonne qualité et portant sur un total d'au moins 100 sujets, ou au moins deux études homogènes de cas-témoin portant sur un total d'au moins 150 sujets, ou au moins deux études de cohorte.

☆ Efficacité incertaine : il n'existe que des études préliminaires (petit nombre de sujets), ou des études publiées avant 1980 et n'ayant pas été répétées depuis; ou des études concluent à l'efficacité du produit, d'autres concluent à son inefficacité; ou il s'agit d'une utilisation courante non documentée par des études et ne reposant pas sur un usage traditionnel.

↙ Probablement inefficace : au moins deux études randomisées présentant une méthodologie de bonne qualité ont confirmé l'inefficacité pour l'usage mentionné.

🌿 Usage reconnu : usage reconnu par des organismes officiels d'évaluation des plantes : Commission E d'Allemagne, Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'European Scientific Cooperative (ESCOP).

🌿 Usage traditionnel : usage contemporain fondé sur un usage traditionnel reconnu par des experts en ethnobotanique et en pharmacognosie.

+ Approches à considérer : traitements non documentés scientifiquement, mais qui ont un effet reconnu sur les symptômes de la maladie et qui sont recommandés par des sources officielles ou des experts indépendants, sur la base de l'expérience ou de la théorie. Par exemple, une pratique permettant de réduire le stress, comme la relaxation, ou de réguler des systèmes physiologiques, comme la médecine traditionnelle chinoise.

✗ Approches non recommandées : approches et traitements pour lesquels aucune preuve ne permet de croire à l'efficacité réelle par rapport à un placebo ou présentant un niveau de risque élevé par rapport aux bénéfices attendus.

Comment avons-nous établi nos critères?

Au cours des dernières années, la littérature médicale a vu apparaître l'expression « evidence based medicine » ou « médecine fondée sur les données probantes ». C'est ainsi qu'on a baptisé le travail de classification des connaissances issues des recherches scientifiques médicales, selon le degré de certitude qu'on peut tirer de leurs conclusions.

En effet, face à l'incroyable abondance des recherches scientifiques et à la diversité des méthodes et protocoles utilisés, les chercheurs ont été obligés de créer une grille permettant de qualifier la force de la démonstration apportée par une ou des recherches. Cette force dépend de plusieurs facteurs liés à la **puissance de l'étude** (le nombre de sujets requis pour obtenir un résultat significatif), à la **qualité de la méthodologie** utilisée par les chercheurs, et à la manière plus ou moins claire et détaillée dont ils en rendent compte.

La force de la preuve apportée par les recherches est le plus souvent présentée selon une échelle à quatre niveaux.

Le **niveau 1 ou A** fournit une « preuve » que l'on peut qualifier de très forte.

Ceci regroupe les **synthèses et méta-analyses** d'études contrôlées randomisées, les **études contrôlées randomisées** dont la puissance et la qualité méthodologique sont très grandes et les études de type **tous ou personne** (dans lesquelles tous les sujets mouraient avant l'introduction de la procédure ou du médicament ou dans lesquelles tous les patients survivent tandis que jadis seulement certains ne mouraient pas). Les études contrôlées randomisées sont l'étalon de mesure des recherches scientifiques car elles visent à enlever tout biais subjectif et tout effet de hasard dans les résultats en comparant au moins deux groupes composés de manière aléatoire (la randomisation) et en cachant aux sujets et aux expérimentateurs l'identité des gens qui reçoivent un produit actif ou un placebo (c'est le contrôle dit à « double insu » ou « double aveugle »).

Le **niveau 2 ou B** fournit une preuve un peu moins convaincante et regroupe des études contrôlées randomisées de moindre puissance et des synthèses d'**études de cohorte**. Les études de cohorte sont des études prospectives qui suivent un groupe de personnes durant une certaine période de temps (parfois des dizaines d'années) et observent ce qui se passe dans ce groupe.

Le **niveau 3 ou C** concerne les **études de cas-contrôle**, c'est-à-dire des études où l'on compare un groupe de personnes souffrant d'un problème avec un groupe de personnes

possédant les mêmes caractéristiques, mais ne souffrant pas de ce problème. Il s'agit souvent d'études rétrospectives qui fournissent une démonstration assez faible.

Le **niveau 4 ou D** concerne des études cliniques non randomisées, des **séries d'études de cas** dont on peut tout au plus conclure qu'il y a peut-être là une piste intéressante, mais aucune certitude, et les opinions d'expert.

Il existe quelques variantes des types de recherches présentées, mais les exemples fournis permettent de comprendre que les études cliniques scientifiques ne sont pas toutes aussi convaincantes les unes que les autres et qu'il est nécessaire de les analyser selon certains critères pour s'y retrouver.

Lorsque les traitements proposés par les approches non conventionnelles de santé ont été l'objet de recherches scientifiques, PasseportSanté.net se base sur cette grille pour leur donner la cote « efficacité certaine », « efficacité probable », « efficacité possible », « efficacité incertaine » ou « probablement inefficace ».

La classification des traitements non conventionnels

La plupart des traitements non conventionnels actuellement utilisés ne peuvent pas entrer dans cette grille d'analyse, car la majorité d'entre eux n'ont pas fait et ne feront probablement jamais l'objet de recherches scientifiques. Il y a deux raisons principales à cette situation : la première est que plusieurs de ces traitements sont issus de la tradition et ne présentent aucun intérêt commercial, la seconde, que ce sont souvent des approches globales qui se prêtent très mal au découpage analytique indispensable à l'évaluation de diverses variables.

Par contre, la tradition et un corpus de recherches de toute nature (publiées ou non, publiques ou privées) forment parfois une preuve assez solide pour que des organismes officiels comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Commission E d'Allemagne ou l'European Scientific Cooperative (ESCO) (voir *Nos références en phytothérapie*) reconnaissent l'efficacité de certains traitements, même en l'absence de recherches scientifiques de haut niveau. Nous avons accordé à ce type de reconnaissance « officielle » la mention « Usage reconnu » et nous lui accolons le symbole de deux petites feuilles vertes.

Il existe aussi un savoir traditionnel reconnu par les experts en phytothérapie et en pharmacognosie (étude des médicaments d'origine végétale et animale). Nous croyons qu'il faut tenir compte de ce savoir éprouvé même s'il n'a pas encore été soumis à une évaluation scientifique. C'est la raison pour laquelle nous avons ajouté à notre grille la catégorie « Usage traditionnel », associée au symbole d'une petite feuille verte.

Il nous fallait également tenir compte des approches globales qui sont parfois des traitements de soutien très importants dans diverses affections, qu'elles soient aiguës ou chroniques. Nous les mentionnons donc dans la catégorie « Approches à considérer » lorsque des experts indépendants reconnaissent qu'elles peuvent avoir un effet sur les symptômes de la maladie.

Cette grille ne pouvait être complète sans mises en garde concernant l'utilisation de certains traitements ou approches dont rien ne permet de croire à une efficacité réelle par rapport à un placebo ou qui présentent un niveau de risque relativement élevé par rapport aux bénéfices attendus. Ces approches et traitements portent donc la mention « approches non recommandées ».

Nous croyons que cette grille de classification, fruit d'un travail approfondi d'analyse et de synthèse, permet d'avoir une idée très précise de la qualité de l'information disponible sur les choix possibles présentés sur PasseportSanté.net.

Christian Lamontagne, éditeur

Références

Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford-Centre for Evidence Based Medicine. *Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. www.cebm.net

Natural Standard (Ed). Herbs & Supplements - *Natural Standard evidence-based validated grading rationale*. www.naturalstandard.com

Therapeutic Research Faculty (Ed). *Natural Medicines Comprehensive Database*. www.naturaldatabase.com

| © 2011 Totalmédia inc. |

Maladie de Ménière - Sites d'intérêt

Pour en savoir plus au sujet de la **maladie de Ménière**, Passeportsanté.net vous propose une sélection d'associations et de sites gouvernementaux traitant du sujet de la maladie de Ménière. Vous pourrez ainsi y trouver des **renseignements supplémentaires** et contacter des communautés ou des **groupes d'entraide** vous permettant d'en apprendre davantage sur la maladie.

Canada

Association des malentendants québécois

Information, sensibilisation, événements et activités d'entraide.
www.amq1985.org

Balance and Dizziness Disorders Society (BADD)

Information et aide aux personnes touchées (en anglais uniquement).
www.balanceanddizziness.org

The Canadian Hearing Society / La Société canadienne de l'ouïe

Informations, actualités et services aux malades. Ce site dispose aussi d'une e-boutique.
www.chs.ca

Menieres.org

Fiche maladie uniquement en anglais.
www.menieres.org

Meniere's Disease Information Center

Dossier sur la maladie : symptôme, diagnostic, traitement etc.
www.menieresinfo.com

Meniere's Disease

Fiches maladies sur les différents aspects de la maladie et témoignages.
www.menieres-disease.ca

Guide Santé du gouvernement du Québec

Pour en savoir davantage sur les médicaments : comment les prendre, quelles sont les contre-indications et les interactions possibles, etc.
www.guidesante.gouv.qc.ca

France

Amadys

AMADYS-LFCD est une association d'intérêt général, sans but lucratif de malades souffrant de dystonies ou de spasme hémifacial. Son but principal est de regrouper les adhérents malades dans un climat d'amitié, vaincre leur isolement, les informer par un bulletin de la vie de l'Association et des nouvelles thérapeutiques de traitement.
www.amadys.fr

Association France acouphènes

Revue, dossiers, conférences, témoignages et groupes de paroles.
www.france-acouphenes.org

Orphanet

Le portail des maladies rares.
www.orpha.net

Belgique

Entraide Ménière

Articles sur la maladie : symptômes,
www.entraide-meniere.be

États-Unis

The Hyperacusis Network

www.hyperacusis.net

Vestibular Disorders Association

www.vestibular.org

Consulter la liste des groupes de soutien Maladie de Ménière.

Recherche et rédaction : PasseportSanté.net

Mise à jour : Décembre 2013

Références

Note : les liens hypertextes menant vers d'autres sites ne sont pas mis à jour de façon continue. Il est possible qu'un lien devienne introuvable. Veuillez alors utiliser les outils de recherche pour retrouver l'information désirée.

Bibliographie

Association médicale canadienne. *Encyclopédie médicale de la famille*, Sélection du Reader's Digest, Canada, 1993.

Association médicale canadienne (Ed). Grand public, Maladies- Maladie de Ménière, *Amc.ca*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.cma.ca

Blumenthal M, Goldberg A, Brinckmann J (Ed). *Expanded Commission E Monographs*, American Botanical Council, publié en collaboration avec Integrative Medicine Communications, États-Unis, 2000.

InteliHealth (Ed). Diseases and Conditions - Meniere's Disease, *Aetna Intelihealth*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.intelihealth.com

Mayo Foundation for Medical Education and Research (Ed). Diseases & Conditions - Meniere's Disease, *MayoClinic.com*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.mayoclinic.com

National Library of Medicine (Ed). Medline Plus Health Information, Health topics - Meniere's Disease, *Medline plus*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.nlm.nih.gov

National Library of Medicine (Ed). PubMed, *NCBI*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.ncbi.nlm.nih.gov

Natural Standard (Ed). Condition Center ou Herbs & Supplements - Meniere's Disease, *Nature Medicine Quality Standards*. [Consulté le 25 octobre 2010].

www.naturalstandard.com

Salt AN. Information for Patients - The Meniere's Page, *Washington University in Saint-Louis, School of Medicine, Department of Otolaryngology*. [Consulté le 25 octobre 2010]. <http://oto.wustl.edu>

Société canadienne de l'ouïe. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.chs.ca

The Natural Pharmacist (Ed). Natural Products Encyclopedia, Conditions - Vertigo, *ConsumerLab.com*. [Consulté le 25 octobre 2010]. www.consumerlab.com

Vestibular Disorders Association (VEDA). [Consulté le 25 octobre 2010]. www.vestibular.org

Notes

1. Ménière's disease. James AL, Thorp MA. *Clin Evid* (Online). 2007 Mar 1;2007. pii: 0505.
2. Meniere's disease. Sajjadi H, Paparella MM. *Lancet*. 2008 Aug 2;372(9636):406-14. Review.

3. Orendorz-Fraczkowska K, Pospiech L, Gawron W. [Results of combined treatment for vestibular receptor impairment with physical therapy and Ginkgo biloba extract (Egb 761)] *Otolaryngol Pol.* 2002;56(1):83-8.
4. Rejali D, Sivakumar A, Balaji N. Ginkgo biloba does not benefit patients with tinnitus: a randomized placebo-controlled double-blind trial and meta-analysis of randomized trials. *Clin Otolaryngol.* 2004 Jun;29(3):226-31.
5. Homeopathic vs conventional treatment of vertigo: a randomized double-blind controlled clinical study. Weiser M, Strösser W, Klein P. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998 Aug;124(8):879-85.
6. Exploring the Evidence Base for Acupuncture in the Treatment of Meniere's Syndrome--A Systematic Review. Long AF, Xing M, et al. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2009 Jun 8.
7. Balance and Dizziness Disorders Society (BADD). [Consulté le 22 février 2007]. www.balanceanddizziness.org
8. Soderman AC, Moller J, et al. Stress as a trigger of attacks in Meniere's disease. A case-crossover study. *Laryngoscope.* 2004 Oct;114(10):1843-8.
9. Haguenaer JP, Cantenot F, et al. [Treatment of equilibrium disorders with Ginkgo biloba extract. A multicenter double-blind drug vs. placebo study]. [Article en français, résumé en anglais]. *Presse Med* 1986 Sep 25;15(31):1569-72.
10. Betahistine in the treatment of Ménière's disease. Lacour M, van de Heyning PH, et al. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007 Aug;3(4):441-53.
11. 'Complementary ENT': a systematic review of commonly used supplements. Karkos PD, Leong SC, Arya AK, et al. *J Laryngol Otol.* 2007 Aug;121(8):779-82. Epub 2006 Nov 24. Review.
12. Treatment of vertigo with a homeopathic complex remedy compared with usual treatments: a meta-analysis of clinical trials. Schneider B, Klein P, Weiser M. *Arzneimittelforschung.* 2005;55(1):23-9.