



SURDIFICHE

N° 7

LE SYNDROME DE MÉNIÈRE

SES CARACTÉRISTIQUES

Elle se caractérise par des crises imprévisibles de vertiges accompagnées d'acouphènes et d'une baisse d'audition partielle et fluctuante.

Lors de la survenue de cette affection, les premières crises sont très rapprochées. Par la suite, elles peuvent survenir plusieurs fois par semaine ou se produire que quelques fois par an.

La période de rémission (espace entre deux crises) peut même durer quelques années.

Une crise peut durer quelques heures à quelques jours. Elle monte en intensité si on ne la traite pas immédiatement à la survenue de ses symptômes.

Elle atteint le plus souvent les femmes et survient généralement entre 40 et 60 ans. Elle se manifeste plus rarement chez les enfants.

Elle peut être d'origine génétique. Elle est plus fréquente chez les personnes de type européen que chez les personnes d'origine africaine.

SIGNES ANNONCIATEURS D'UNE CRISE

Une appréhension et une anxiété s'installent face à l'imprévisibilité des crises.

Savoir identifier les signes avant-coureurs d'une crise réduit l'appréhension et permet d'intervenir avant la survenue de la crise (voir le paragraphe : Gérer au quotidien).

PATHOLOGIE

C'est une maladie rare (1 à 5 pour 10 000) - voir le site d'Orphanet).

L'origine et le mécanisme de cette affection chronique de l'oreille interne ne sont pas encore totalement connus. Mais divers phénomènes ont été identifiés :

- Il est observé une augmentation de la pression à l'intérieur du labyrinthe (hydrops endolymphatique), accompagnée d'une distension de celui-ci.

Quand cette pression augmente, les cellules neurosensorielles de

2-AS
Association pour
l'Accessibilité
du cadre de vie aux
personnes Sourdes,
devenues sourdes
ou malentendantes
12, rue d'Auffargis
78690 Les Essarts-le-Roi
www.2-As.org
Fax : 01 30 41 55 17

Prosper Ménière

Médecin chef des sourds-muets de Paris au 19^e siècle, il a été le premier, en 1861, à établir le lien entre vertige et oreille interne.

Ce n'est qu'en 1874 que Jean-Martin Charcot décrira une maladie de l'oreille interne, associant Vertige, Acouphène et Surdité, à laquelle il a donné le nom de Ménière, en hommage à celui-ci.

la cochlée (transmission du son) et de l'appareil vestibulaire (mouvement de la tête - équilibre) ne parviennent plus à interpréter correctement les signaux reçus.

- Il y aurait aussi rupture d'une membrane labyrinthique et/ou une infiltration des liquides endolymphatique (potassium) et périlymphatique qui se traduit par une intense sensation de vertiges disparaissant quand la pression dans l'oreille interne baisse ou redevient normale.

- Il semblerait aussi que cela soit dû à un virus latent dans le ganglion méatal du nerf facial.

- possibilité de gènes (non identifiés) du fait de l'existence de familles atteintes.

Cette atteinte de l'oreille interne (une seule oreille dans 80% des cas) se caractérise par trois symptômes concomitants ou étalés :

- bourdonnements d'oreille (acouphènes) invalidants;

- vertiges de nature rotatoire : la crise vertigineuse violente et persistante, dure quelques heures à parfois quelques jours. Le sujet essaye de trouver et de rester dans une position dans laquelle il ressent le moins ces vertiges, en évitant de bouger la tête. La crise peut s'accompagner d'une diminution importante des forces musculaires avec un abattement profond et de sensations de nausées pouvant aller jusqu'aux vomissements;

- fluctuations de l'audition durant quelques secondes jusqu'à quelques jours surtout dans les sons graves. Avec des atteintes permanentes (surdité de perception sur les basses fréquences - mais parfois aussi une surdité mixte (due au blocage des étriers). La surdité progressive se stabiliserait à 60 ou 80 décibels.

Il y a également une hyperacousie à certains bruits.

Le recrutement

Ce terme qualifie le comportement de l'oreille qui ne perçoit plus les sons faibles tout en étant extrêmement sensible et intolérante aux bruits forts.

LE DIAGNOSTIC

Avant la pose du diagnostic, des examens poussés doivent être réalisés :

- ophtalmologiques (électro-nystagmographie) qui permettent d'évaluer les fonctions vestibulaires;

- ORL pour éliminer toutes autres causes possibles des vertiges (tumeurs, labyrinthites, malformations, ostéospongiose, traumatismes, lésions cholestérotomateuses ou post-opératoires);

- examen tomo-densitométrie (structures osseuses);

- imagerie par résonance magnétique (IRM) qui analyse en détail le nerf cochléo-vestibulaire et les cavités labyrinthiques et permet d'éliminer d'autres causes sans identifier ce syndrome;

- tests osmotiques tels que le « test au glycérol », lorsqu'ils apportent une amélioration, confirme l'hypothèse de l'hydrops endolymphatique.

TRAITEMENT MÉDICAL

Traitements préventifs (et non curatifs) en cure médicamenteuse de longue durée, ils soulagent 80 % des patients. Ce sont le traitement des vertiges et le traitement de fond pour lutter contre l'hydrops.

Le réglage de l'appareil auditif

La variation de l'audition pendant la crise peut nécessiter de faire réadapter le réglage de l'appareil auditif pendant cette période de crise, quitte à le faire remodifier après.

Les anti-vertigineux : Bétahistime (Serc); Acétylleucine flunarizine (Tanganil - en comprimés ou par piqûres); Sibélium - mais il peut avoir des effets secondaires sur de longues périodes).

Ils se présentent sous forme de sirops (Hydrops), comprimés (Sercs, Tanganil) ou piqûres intraveineuses (Tanganil).

En prévention des crises de vertiges ou traitement de fond des vertiges, le Tanganil serait le plus efficace.

Le Serc et le Sibélium agissent également sur les bourdonnements d'oreille.

- les Anti-nausées, Anxiolytiques, ou Antihistaminiques sont prescrits selon les symptômes. Mais leurs effets secondaires sont l'assoupissement et parfois la dépendance.

- Certains patients se tournent vers les Médecines parallèles telles que l'acupuncture ou la Thérapie par le son.

Des recommandations pour un meilleur mode de vie sont également conseillés :

- Repos absolu (avec sédatifs).

- Présence d'une personne près de soi.

- Éviter le stress, l'énerverment et la fatigue.

- Supprimer les excitants alimentaires.

- Régime sans sel et/ou diurétique (déshydratation du labyrinthe membraneux et freinage de l'accumulation d'endolymphe).

LA CHIRURGIE

Elle a pour but de supprimer les vertiges. Les thérapies utilisées pour les acouphènes ne seraient pas efficaces.

Hyperacousie

Il s'agit d'un problème de réduction de la gamme dynamique de la sonie « par le haut » : les sons tolérables deviennent de moins en moins élevés (c'est-à-dire que les sons forts sont de moins en moins tolérés).

C'est la détérioration de la tolérance aux sons normaux de l'environnement.

Les gens souffrant d'hyperacousie n'ont pas une meilleure acuité auditive que la moyenne : les tests audiologiques révèlent une audition normale.

Même atteint de surdité, on peut être sujet à l'hyperacousie.

Cette chirurgie peut avoir, selon les individus, des effets secondaires sur l'audition et la stabilité (instabilité chronique).

Trois méthodes existent :

- la décompression du sac endolymphatique par l'établissement de zone de « trop plein » dans le canal cochléaire. L'opération est réalisée derrière le pavillon de l'oreille en ouvrant l'os mastoïde. L'efficacité à long terme n'a pas été mise en évidence.

- la neurectomie vestibulaire : intervention sur le crâne pour récliner le cervelet et sectionner les nerfs vestibulaires supérieurs et inférieurs entre le cerveau et le conduit auditif interne. Le contrôle des vertiges est excellent mais il y a des risques : atteinte du nerf facial et fistule de liquide céphalo-rachidien.

- l'antibiotique vestibulotoxique : injection (avec anesthésie locale) d'un médicament ototoxique (Gentamycine) à travers le tympan. L'accumulation du médicament entraîne une intoxication des

La fin des crises de Ménière

Quand les crises vertiges ne se manifestent plus, cela ne veut pas forcément dire que l'on est guéri mais que l'on a une « Ménière vieillie »....

cellules vestibulaires, mais aussi des cellules cochléaires, ce qui entraîne une surdité aux sons aigus. Pour les vertiges, les résultats sont similaires à ceux de la neurectomie vestibulaire.

La recherche scientifique tente de maîtriser le dosage afin de ne pas engendrer une aggravation de la perte d'audition ;

- la labyrinthectomie chirurgicale : en dernier recours, elle consiste à détruire totalement les cellules de l'appareil vestibulaire. Les vertiges sont supprimés mais la surdité est totale à l'oreille opérée.

GÉRER AU QUOTIDIEN

Le plus pénible de ce syndrome ce sont les crises de vertiges. Il faut donc arriver à les anticiper et les stopper à temps en gérant notre activité en conséquence et avec les médicaments.

Il faut donc « écouter les signes » que nous envoie notre corps : les signes avant-coureurs sont nombreux et faciles à repérer si on y fait attention.

De plus, c'est à nous d'identifier jusqu'à quelle limite on peut attendre avant d'avaliser les miracles comprimés ou de passer aux piqûres (prévenir est plus efficace que d'intervenir au moment de la vraie crise) :

- marche non rectiligne : on ne marche plus droit, on marche comme quand on est dans le noir (ou comme une personne ivre). On en prend conscience en regardant si on suit bien les lignes d'un carrelage ou si on dévie ;

- maladresse : on se cogne aux murs et aux objets lorsque l'on se déplace comme si notre perception de l'espace était faussée ;

- étourdissements ;

- perte d'équilibre ;

- gêne dans les escaliers (besoin de se tenir à la rampe) ;

- bouffées de chaleur (difficiles parfois à distinguer de celles de la ménopause) ;

- on se sent mal dans sa peau, sans arriver à définir pourquoi ;

- on a l'impression d'avoir envie plus souvent d'aller aux toilettes ;

- bouche sèche : il faut se forcer à boire même sans soif : cela favorise l'élimination de l'hydrops accumulée dans l'oreille ;

- pressions dans la tête, à l'intérieur du crâne sans douleurs : ce n'est pas des maux de tête ;

- bourdonnements d'oreille (ils sont différents des habituels...) ;

- la sensation d'une pression qui « pousse le tympan vers l'extérieur » (plénitude) ;

- sensation d'une diminution d'audition ;

- sensibilité aux sons (le réglage de l'appareil auditif semble trop fort) ;

- mais aussi une gêne visuelle, un voile, qui peut être léger, mais qui peut évoluer jusqu'à la survenue de strabisme devant l'un ou les deux yeux (comme quand, à la télévision, ils masquent le visage d'une personne).

Ce dernier phénomène peut être c'est le signe flagrant de la survenue imminente d'une crise. Ce sont des Nystagmus dus à un trouble du vestibule (mouvements saccadés du globe oculaire, de faible amplitude, le plus souvent horizontaux, plus rarement verticaux ou circulaires) : tout tourne autour de soi, sans que l'on se sente soi-même bouger : cela provoque une perte d'équilibre.

C'est un phénomène oculaire qui n'affecte pas les fonctions visuelles.

- la crise peut être accompagnée de tachycardie (rythme cardiaque plus rapide que la normale).

COMPRIMÉS OU PIQÛRE ?

Il est recommandé d'avoir en permanence sur soi (même si ça va bien, on n'est pas à l'abri d'une crise imprévue !) des comprimés de Tanganil et en prendre immédiatement deux (on peut aller jusqu'à six-huit par jour.) : la prise anticipée évite généralement la crise.

En fait c'est un peu comme le mal de tête : si on prend les comprimés de suite on a toutes les chances de stopper la crise, mais si on

attend trop longtemps c'est plus difficile à faire passer et on a la certitude qu'on aura, au final, la crise de vertige.

Si au bout de trois jours, les sensations n'ont pas disparues ou diminuées, alors il faut demander une piqûre intraveineuse de Tanganil (avoir sur soi en permanence une prescription médicale de moins de trois mois, précisant la prescription en urgence de celles-ci) cette prescription permet parfois d'éviter l'attente de la venue d'un docteur.

Si l'état vertigineux perdure, une séance de piqûres pour trois ou cinq jours peut être prescrite. Ces séries de piqûres ont en plus, parfois un effet préventif pour plusieurs mois.

Cette gestion permet de n'avoir plus que rarement (une fois par an) des crises violentes.

UNE MALADIE INVALIDANTE

Cette maladie peut être très invalidante (répercussions sur la santé et le moral, sur le travail et la vie sociale, etc.).

Contactez la Maison Départementale des Personnes (MDPH) pour faire reconnaître l'invalidité, obtenir le statut de travailleur handicapé (permettant d'obtenir l'aménagement du poste ou des horaires du travail) et/ou la carte d'invalidité; et pour établir un plan personnalisé de compensation du handicap (aides financières, humaines...). De plus, le statut de travailleur handicapé peut permettre de partir en retraite avant 60 ans.

Cette maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle.

Prescription de piqûre intraveineuse

Même si vous avez la piqûre sur vous et que vous avez une prescription médicale valable plusieurs mois (ou que l'infirmière de votre travail en dispose et que la prescription est inscrite sur votre fiche médicale de travail), une infirmière ne peut faire une piqûre intraveineuse qu'avec l'accord d'un médecin.

En effet, la procédure du corps médical précise que pour faire une injection intraveineuse, en cas d'urgence que :

- la prescription formulée oralement peut être exécutée, mais il faut faire confirmer celle-ci par écrit dans les meilleurs délais;
- le fax est accepté.

Un ordre permanent peut être réalisé si les conditions « arrêtées » par le médecin sont remplies.

Elle devra obligatoirement téléphoner à votre médecin ou au médecin du travail, voire appeler le Samu, avant de vous faire cette piqûre. Cela veut dire que parfois des heures peuvent s'écouler entre le moment de votre demande de piqûre et l'injection de celle-ci (ce qui laisse malheureusement le temps à la crise de s'installer !).

Mais cette prescription prouve que vous êtes suivi(e), que votre maladie est bien identifiée et reconnue, ce qui vous permet d'avoir « rapidement » cette piqûre sans examens inutiles.

À noter qu'il est extrêmement rare qu'un médecin généraliste (hors Samu) vous fasse lui-même cette piqûre : il vous conseillera d'appeler une infirmière.

Bibliographie



La tête au carreau
Antoine Tarrabo,
Éditions du Fox, 2007

Adresses

Orphanet
Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins

<http://www.orpha.net/>

Thérapie par le son
Docteur thomatis
<http://www.therapie-par-le-son.com/Pathologies/meniere.htm>

Centre de l'Écoute et du Langage (Audio-Psychophonologie)
www.tomatis-toulouse.com/

Maisons départementales des personnes handicapées
<http://www.mdph.fr/>