

Maladie de Menière

Maladie de Menière	
<i>Classification et ressources externes</i>	
oreille interne	
CIM-10	H81.0 ^[1]
CIM-9	386.0 ^[2]
OMIM	156000 ^[3]
DiseasesDB	8003 ^[4]
MedlinePlus	000702 ^[5]
eMedicine	emerg/308 ^[6]
MeSH	D008575 ^[7]
 Mise en garde médicale	

La **maladie de Menière** est une maladie de l'ensemble du labyrinthe membraneux de l'oreille interne, de cause inconnue (affection idiopathique).

Elle réalise une entité clinique caractérisée par :

- la triade symptomatique associant vertiges vrais (sensations rotatoire), acouphènes et surdité, ces deux symptômes étant fluctuants dans le temps ;
- une lésion endolabyrinthique ;
- une altération de la circulation labyrinthique aboutissant à une modification de pression des liquides labyrinthiques.

Historique

Prosper Menière a le premier rapporté à l'oreille interne la maladie associant des vertiges paroxystiques et une surdité dans son célèbre mémoire présenté à l'Académie de médecine lors de la séance du 8 janvier 1861 sous le titre de *Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne*^[8], publié seulement en septembre de la même année sous un autre titre *Mémoire sur des lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme*^[9]. Une semaine après la présentation académique de Menière, Armand Trousseau s'appuyait sur la description de Menière pour démanteler la congestion cérébrale. Il confirmait ainsi le rôle de Prosper Menière dans l'identification de cette maladie de l'oreille interne^[10].

Le système du labyrinthe et sa circulation sont identifiés en 1927.

En 1927, le premier traitement chirurgical, par ouverture du sac endolymphatique, est proposé. L'hypothèse d'un déséquilibre entre sécrétion et réabsorption du liquide est émise en 1943.

Épidémiologie

La prévalence est estimée d'un peu moins de 50 cas par 100 000 habitants.

Il semble exister une discrète prédominance féminine. Elle est plus fréquente chez les personnes de type européen. L'âge de survenue est, en général, compris entre 40 et 60 ans. Avant 20 ans, la maladie de Menière est rare. Les formes familiales ne sont pas rares, ce qui laisse suspecter une cause génétique. De même, la maladie semble associée avec le groupe HLA A2.

Physiopathologie

La pathogénie de la maladie de Menière reste encore, très largement, méconnue. L'augmentation de la pression du liquide dans le labyrinthe de l'oreille, appelé hydrops endolymphatique, constitue, indiscutablement, sa caractéristique. Il relève soit d'une hypersécrétion d'endolymphe, soit de son insuffisante réabsorption.

L'hyperproduction d'endolymphe peut résulter de trois phénomènes :

- une élévation de la pression hydrostatique dans le segment artériel de la strie vasculaire entraînant une augmentation de la fuite liquidienne du capillaire vers le labyrinthe, ou une diminution de la pression osmotique plasmatique ayant la même conséquence ;
- une stimulation exagérée du processus de sécrétion ;
- une augmentation de la pression osmotique endolymphatique par accumulation de débris cellulaires ou de macromolécules hydrophiles (par exemple par une perte de la fonction phagocytosique du sac endolymphatique, ou par un déficit en hyaluronidase).

Le déficit de réabsorption de l'endolymphe résulterait d'un dysfonctionnement du sac endolymphatique. L'atteinte du sac peut être secondaire à une atteinte embryonnaire, génétique, infectieuse, traumatique ou autre.

L'hydrops affecte d'abord le canal cochléaire et le saccule, puis force la valvule utriculo-endolymphatique, et s'étend à l'utricule et aux canaux semi-circulaires.

Les symptômes de la crise résultent d'une variation brutale ou progressive de la pression endolymphatique avec trois conséquences possibles : rupture du labyrinthe membraneux et intoxication potassique, augmentation de la perméabilité du compartiment endolymphatique, découplage stéréocil-membrane tectoriale avec perturbation de la micromécanique cochléaire.

Symptômes

La maladie de Menière, étant une entité clinique, se caractérise par une triade symptomatique clinique et une évolution par crises répétées. Les trois symptômes majeurs sont :

- un vertige itératif survenant en crises spontanées de quelques minutes à quelques heures et se répétant à intervalles variables. Ce vertige est, le plus souvent, giratoire. Deux épisodes de plus de vingt minutes chacun participent au diagnostic du syndrome ;
- des acouphènes qui simulent classiquement un bruit de conque marine. Ils sont constants ou intermittents. Habituellement non pulsatiles, ils apparaissent ou s'accroissent, en règle, dans les instants qui précèdent la crise vertigineuse, constituant ainsi un signe annonciateur avertissant le patient de l'imminence de la crise ;
- une surdité de perception. Constante durant la crise, elle a, comme les acouphènes, une valeur localisatrice et diagnostique. Au début de l'évolution, elle prédomine sur les fréquences graves et présente des fluctuations éminemment caractéristiques de l'affection, avec retour à la normale en quelques heures ou jours. Ces fluctuations, imprévisibles et irrégulières, s'associent souvent à une sensation d'oreille bouchée, de plénitude ou de pression qui cède en règle générale après l'attaque. Au cours de l'évolution, la surdité s'accroît et atteint l'ensemble des fréquences, perd ses fluctuations et se stabilise aux environs de 50 – 70 dB. La cophose (ou surdité totale), reste exceptionnelle. Cette hypoacousie s'accompagne de signes témoignant de sa nature endocochléaire :

atteinte de la discrimination, intolérance aux sons forts, distorsion sonore, diplacousie.

Les signes vagues (nausées, vomissements, sueurs ; tachycardie) sont fréquents pendant la crise. Il est déconseillé de manger lorsqu'il y a des nystagmus.

Évolution

Dans une période de 10 à 15 ans, les "crises" de vertige se font plus rares, mais le trouble de l'équilibre est subintrant, l'audition est très souvent altérée.

Traitement

Médicamenteux

Médicaments antivertigineux (vestibuloplégique) pour une courte durée, certains diurétiques associés à des suppléments potassiques tels la bétahistine^[11] ou (a contrario) les antihistaminiques.

Non médicamenteux

On peut faire appel à la rééducation vestibulaire lors de ces manifestations pour réagir face aux vertiges et tenter de les soustraire ; la rééducation ne subviendra pas au phénomène pressionnel inclus à ceux-ci. Cette voie demeure alors irrecevable.

Chirurgical

Dans les cas persistants ou créant un réel handicap quotidien :

- la décompression du sac endolymphatique qui vise à baisser la pression intra-labyrinthique ;
- la neurectomie vestibulaire (section du nerf vestibulaire) ;
- la destruction du labyrinthe postérieur : labyrinthectomie chirurgicale ou chimique par injection trans-tympanique d'un aminoside ototoxique (gentamicine) ayant pour conséquence d'aggraver la surdité déjà préexistante.

Prise en charge psychosomatique

Si les personnes souffrent d'angoisse post-traumatique, l'EMDR pourrait être proposé^{[12][réf. insuffisante]}.

Notes et références

[1] <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H81.0>

[2] <http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=386.0>

[3] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/156000>

[4] <http://www.diseasesdatabase.com/ddb8003.htm>

[5] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000702.htm>

[6] <http://www.emedicine.com/emerg/topic308.htm>

[7] http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2012/MB_cgi?field=uid&term=D008575

[8] Lire en ligne (<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?cote=epo1108&do=chapitre>)

[9] Lire en ligne (<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/index.las?dico=perio&cote=90182&chapitre=meniere&p=142&do=page>)

[10] Lire en ligne (<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/orlh.htm>)

[11] Monzani D, Barillari MR, Alicandri Ciuffelli M, Aggazzotti Cavazza E, Neri V, Presutti L, Genovese E. « Effect of a fixed combination of nimodipine and betahistine versus betahistine as monotherapy in the long-term treatment of Ménière's disease: a 10-year experience » (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552538/>) *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2012;32(6):393-403. PMID 23349559

[12] Apport des TCC dans la prise en charge des patients vertigineux en Psychosomatique. Anne-Marie Piffaut. Société ORL Paris 2003

Sources et contributeurs de l'article

Maladie de Menière *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=99448596> *Contributeurs*: AEIOU, Amadeo1457, Ange Gabriel, Archaeodontosaurus, Artvill, Baronnet, BeatrixBelibaste, Benefactor, Boeb'is, BonifaceFR, Briling, Coyote du 86, Dampinograaf, Daniel⁸D, Defonteny, Degourdon, Dfeldmann, Didierklodawski, Dimdle, Elg, Floflo, Fluti, Gordjazz, Grook Da Oger, Gzen92, Habertix, Hbourj, Joe La Truite, Jules78120, KLR FreeLance, Kropotkine 113, Lomita, Meissen, Mtehrani, Nabalio59, NguyenId, Nicoco95310, Ofix, Petiteperledebucarest, Phe, Piffaut, S Frantz, Salix, Sally Mara, Sken, Tibauk, Warinhari, Yakafaucon, Zelda, 40 modifications anonymes

Source des images, licences et contributeurs

Image:Star_of_life_caution.svg *Source*: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Star_of_life_caution.svg *Licence*: GNU Lesser General Public License *Contributeurs*: Raster version by User:Mike.lifeguard Vector version by Lokal_Profil

Licence

Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0
[//creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/)
