

Le diagnostic repose sur trois types d'arguments :

- **Survenue d'un grand vertige rotatoire** obligeant le patient à s'aliter et accompagné de signes neurovégétatifs intenses : nausées, vomissements, sueurs, troubles du transit. La sensation vertigineuse dure 2 à 3 heures en laissant un patient épuisé qui s'endort volontiers. A la fin de la crise, le patient peut se sentir en état d'ébriété pendant encore une semaine.

- **Surdité unilatérale de type perceptif** qui, au début de l'évolution, prédomine sur les fréquences graves et présente de grandes fluctuations. Elle s'associe souvent à une impression d'oreille bouchée, de plénitude ou de pression, qui régresse après la crise aiguë. Au cours de l'évolution, la surdité s'aggrave, atteint l'ensemble des fréquences et se stabilise à un niveau de perte de 50 à 70 dB (Figure 3). Il est essentiel de noter que les signes auditifs peuvent inaugurer seuls la maladie, que leur unilatéralité permet d'identifier le côté atteint, et surtout que leur présence est absolument indispensable au diagnostic de la maladie, laquelle, rappelons-le, est une affection de l'ensemble du labyrinthe membraneux.

- **Acouphènes** réalisant une sensation de bourdonnement, sifflement ou vrombissement, non pulsatiles. Ils peuvent annoncer la crise vertigineuse en la précédant ou l'accompagner.

Extrait d'un article du Dr Hung Thaï Van, CNRS, Lyon, in La Revue de France Acouphènes n° 39, janvier 2003.

La maladie de Ménière est une affection de l'oreille interne définie par l'association de quatre symptômes : crises de vertige, acouphènes de tonalité grave, sensation de plénitude de l'oreille et baisse de l'acuité auditive prédominant sur les fréquences graves au début de la maladie. Elle touche l'homme comme la femme avec un pic d'incidence à la cinquième décennie. Chez l'enfant et jusqu'à l'adolescence, elle constitue une cause plus rare de vertiges. Les formes bilatérales ne sont pas rares (30%). Elle a longtemps été considérée comme la conséquence d'une distension du labyrinthe membraneux encore appelée " hydrops endolymphatique ". Des données récentes semblent indiquer chez certains patients la participation de phénomènes auto-immuns.

Les recommandations thérapeutiques, qui peuvent différer d'un pays à un autre, reposent sur l'expérience empirique des médecins et sur la constatation d'une nette amélioration au bout de deux ans de traitement chez la majorité des patients. Elles associent des mesures diététiques, pharmacologiques et un soutien psychologique. Il y a trois étapes dans la prise en charge des patients ayant une maladie de Ménière :

1. Le traitement de la phase aiguë : il vise à supprimer le vertige et les symptômes associés (anxiété, nausées, vomissements) sans compromettre les mécanismes de compensation vestibulaires. Ces mécanismes reflètent la capacité du système nerveux

central à réorganiser les informations nécessaires au maintien de l'équilibre en réaction à un dysfonctionnement vestibulaire aigu.

2. La prise en charge au long cours : elle vise à améliorer la qualité de vie en diminuant la fréquence des crises vertigineuses et en prévenant autant que possible la détérioration de l'audition. Les traitements médicaux permettent de contrôler l'évolution de la maladie dans près de 80% des cas. Aussi, la chirurgie n'est indiquée que lorsque toutes les thérapeutiques médicales se sont révélées inefficaces.

3. Le soutien psychologique : il représente une part très importante du traitement. On doit bien expliquer au patient que son affection n'a rien à voir avec une tumeur cérébrale. Quel que soit son profil psychologique, la nature des symptômes peut faire naître chez lui une grande anxiété. Il est reconnu qu'une bonne gestion de l'anxiété par des soins de relaxation et/ou des moyens pharmacologiques va de paire avec une évolution favorable de la maladie de Ménière.

Il n'existe pas de consensus international sur la façon de traiter la maladie de Ménière, et ce quel que soit le stade de la maladie. On peut néanmoins proposer des protocoles thérapeutiques qui, que ce soit pour la phase aiguë ou pour le traitement au long cours, reposent avant tout sur l'expérience des cliniciens et sur l'amélioration qu'ils observent chez la grande majorité des patients. Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'un suivi régulier où le soutien psychologique doit occuper autant de place que l'évaluation de la réponse au traitement. En cas d'acouphènes invalidants, une consultation auprès d'un audioprothésiste en vue d'un appareillage auditif spécialisé peut déboucher sur une amélioration notable de la qualité de vie du patient. Les indications chirurgicales sont rares, réservées aux cas de vertiges résistants à tous les traitements médicaux.

A lire également :

La maladie de Ménière *

La maladie de Ménière est une maladie de l'oreille interne dont la cause exacte n'est pas identifiée et qui se traduit par des crises de vertiges associées à des acouphènes et une perte de l'audition.

par Dr Didier Bouccara ORL, Hôpital Beaujon, AP-HP, Paris