

# Maladie de Menière.

## Le diagnostic

La maladie de Menière est d'étiologie inconnue. Le substratum anatomique est l'hydrops endolymphatique. Les 4 arguments majeurs pour poser ce diagnostic sont les suivants [1-2]:

- Plus de 2 crises de vertiges rotatoires dont la durée varient de 20 minutes à 12 heures ; parfois 24 heures.
- Perte auditive généralement sur les fréquences graves, pouvant évoluer depuis plusieurs années avant l'apparition des crises et devenant stable et permanentes au fil du temps (indépendamment des crises) avec souvent acouphènes et plénitude d'oreille.
- Fluctuation de ces signes fonctionnels auditifs et répétition des crises d'allure identique.
- Absence d'arguments pour un autre diagnostic

Ces symptômes pris indépendamment ne permettent pas de parler de maladie de Menière. Par exemple, des acouphènes et des vertiges seuls ne suffisent pas ; on pourrait éventuellement évoquer un syndrome menièriforme. Elle touche jusqu'à 0,2% de la population de 30 à 70 ans.

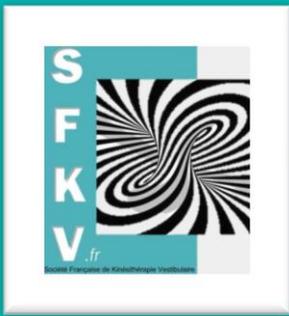
## Diagnostic différentiel

- Migraine vestibulaire, autres formes d'hydrops "secondaires" à une pathologie intracochléaire perturbant l'homéostasie de l'endolymphe.
- Il convient d'éliminer par la réalisation d'une IRM de la fosse postérieure et de la charnière cervico-occipitale les étiologies tumorales ou malformatives (Arnold Chiari).

## Prise en charge de la maladie de Menière [3-5]

Lorsque le diagnostic de la maladie de Menière est supposé, il faut réaliser un bilan ORL avec au minimum une otoscopie, une audiométrie tonale et vocale et une Vidéo-Nystagmo-Graphie(VNG) et si possible des potentiels évoqués otolithiques cervicaux et un VHIT.

L'utilisation de l'échelle de niveau fonctionnel permet d'évaluer le niveau et l'évolution de la gêne fonctionnelle pour le patient.



# Maladie de Menière.

La prise en charge se fait en 5 niveaux d'intervention [4]:

	Prise en charge médicale	Prise en charge kinésithérapique
1 <sup>er</sup> Niveau	Amélioration de l'hygiène de vie du patient : alimentation hyposodée, limitation des excitants (caféine) de l'alcool et du tabac, prise en charge des troubles du sommeil, respect du rythme nyctéméral, gestion du stress, prise en charge psychologique. Bétahistine en première intention (traitement de fond) Diurétique pour diminuer les symptômes vertigineux	La rééducation vestibulaire permet de diminuer les sensations de vertiges et d'instabilités en améliorant la pertinence de la fonction vestibulaire et l'organisation de la stratégie d'équilibration du patient
2 <sup>ème</sup> Niveau	Injection intra-tympanique de Corticoïde.	
3 <sup>ème</sup> Niveau	Chirurgie conservatrice : pose d'aérateur transtympanique, chirurgie du sac endolymphatique.	
4 <sup>ème</sup> Niveau	Injection intra-tympanique de gentamicine (ototoxique) mais avec un risque pour l'audition.	La rééducation vestibulaire permet de compenser le déficit vestibulaire généré et de permettre au patient de retrouver une stratégie d'équilibration pertinente.
5 <sup>ème</sup> Niveau	Chirurgie destructrice: neurotomie vestibulaire, labyrinthectomie, oblitération des canaux semi-Circulaire.	

Note : la labyrinthectomie ne se pratique en général que sur l'oreille la plus atteinte (en cas de geste bilatéral, risque d'aréflexie bilatérale de prise en charge plus délicate).

## La rééducation vestibulaire [6-9]

Elle a sa place dans la prise en charge de la maladie surtout entre les crises.

Les outils utilisés entre les crises :

- Technique d'habituation sur fauteuil rotatoire
- Technique de stabilisation du regard
- Technique de renforcement de la proprioception
- Technique optocinétique
- Travail musculaire global
- Education thérapeutique

Les outils utilisés en sortie de crise :

- Technique de stabilisation du regard
- Technique de renforcement de la proprioception
- Education thérapeutique

# Maladie de Ménière.

## Prise en charge psychothérapeutique [10-11]

- La maladie de Ménière est une maladie invalidante sur le long terme. L'impact est non seulement somatique mais aussi psychosocial, avec souvent limitation de la qualité de vie.
- La peur de déclencher une attaque de vertige peut empêcher les personnes atteintes de la maladie de Ménière de s'engager dans une stratégie de réadaptation efficace.
- La reconnaissance des efforts fait par les patients pour contrôler leurs symptômes est essentielle pour guider au maximum la reprise des activités.
- Le soutien psychothérapeutique a montré son efficacité sur la réhabilitation vestibulaire et sur les symptômes d'anxiété.

- 1 Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease, *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113(3):181-5.
- 2 Lopez-Escameza JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, Newman-Toker DE, Strupp M, Suzuki M, Trabalzini F & Bisdorff A. Diagnostic criteria for Ménière's disease, *J Vestibul Res* 2015;25:1-71.
- 3 Magnan J, Özgirgin N, Trabalzini F, Lacour M, Lopez Escamez A, Magnusson M, et al. European Position Statement on Diagnosis, and Treatment of Ménière's Disease. *J Int Adv Otol* 2018;14(2): 317-21.
- 4 Nevoux J, Barbara M, Dornhoffer J, Gibson W, Kitahara T, Darrouzet V. International consensus (ICON) on treatment of Ménière's disease. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck dis* 2018;135(15):S29-S32.
- 5 Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou, Stratégie diagnostique et thérapeutique dans la maladie de Ménière, 2017.
- 6 Garcia AP, Ganança MM, Cusin FS, Tomaz A, Ganança FF, & Caovilla HH. Vestibular rehabilitation with virtual reality in Ménière's disease. *Bra J Otorhinolaryngol* 2013;79(3):366-374.
- 7 Gottshall KR, Topp SG, & Hoffer ME. Early Vestibular Physical Therapy Rehabilitation for Ménière's Disease. *Otolaryngol Clinics North Am* 2010;43(5):1113-1119.
- 8 Shepard NT, Telian SA. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112(1):173-182.
- 9 Van Esch BF, van der Scheer-Horst ES, van der Zaag-Loonen HJ, Bruintjes TD & van Benthem PPG. The Effect of Vestibular Rehabilitation in Patients with Ménière's Disease: A Systematic Review. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 2016;156(3), 426-434.
- 10 Talewar KK, Cassidy E & McIntyre A. Living with Ménière's disease: an interpretative phenomenological analysis, *Disabil Rehabil* 2020;42(12):1714-1726.
- 11 Yardley L, Redfern MS. Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *J Anxiety Disord* 2001;15(1):107-119.

