

La maladie de Menière

[La maladie](#)

[Le diagnostic](#)

[Les aspects génétiques](#)

[Le traitement, la prise en charge, la prévention](#)

[Vivre avec](#)

[En savoir plus](#)

Madame, Monsieur,

Cette fiche est destinée à vous informer sur la maladie de Menière. Elle ne se substitue pas à une consultation médicale. Elle a pour but de favoriser le dialogue avec votre médecin. N'hésitez pas à lui faire préciser les points qui ne vous paraîtraient pas suffisamment clairs et à demander des informations supplémentaires sur votre cas particulier. En effet, certaines informations contenues dans cette fiche peuvent ne pas être adaptées à votre cas : il faut se rappeler que chaque patient est particulier. Seul le médecin peut donner une information individualisée et adaptée.

La maladie

● Qu'est-ce que la maladie de Menière ?

La maladie de Menière est caractérisée par l'association de vertiges, de bourdonnements d'oreilles et d'une baisse d'audition (allant de quelques secondes à quelques jours), survenant brutalement par crises répétées.

● Combien de personnes sont atteintes de la maladie ?

La prévalence de la maladie de Menière (nombre de personnes atteintes de la maladie dans une population donnée à un moment donné) varie en fonction des études et des pays, de 1 sur 600 à 1 sur 10 000. Elle n'est généralement pas considérée comme une maladie rare.

● Qui peut en être atteint ? Est-elle présente partout en France et dans le monde ?

La maladie de Menière touche toutes les populations ; elle atteint aussi bien les hommes que les femmes, chez qui elle est légèrement plus fréquente (60-65 %). Elle survient habituellement entre 20 et 50 ans mais peut se voir à tous les âges de la vie. Elle est toutefois plus rare chez les enfants et les adolescents.

● Est-elle contagieuse ?

Non, la maladie de Menière n'est pas contagieuse.

● Quelles en sont les manifestations ?

La maladie de Menière se manifeste par des accès de vertiges, des bourdonnements d'oreille et une perte d'audition (surtout des sons graves). Le plus souvent (80 % des cas), la maladie de Menière ne touche qu'une seule oreille mais elle peut être bilatérale.

Les accès de vertiges surviennent brutalement et peuvent durer entre un quart d'heure et

plusieurs heures.

Parfois précédés par des maux de tête mais souvent sans aucun signe annonciateur, ces accès commencent généralement par une sensation d'oreille bouchée avec une baisse de l'audition (hypoacousie), et par des bourdonnements, tintements ou sifflements d'oreille (acouphènes) de sévérité variable, le plus souvent d'un seul côté. Au cours de ces crises, le malade a l'impression que tout tourne autour de lui, ce qui provoque des nausées, voire des vomissements. Parfois, les vertiges s'accompagnent de diarrhée, de pâleur et de sueurs. Dans certains cas, les yeux du malade effectuent des mouvements saccadés, horizontaux, involontaires et de faible amplitude (nystagmus) que l'entourage peut parfois remarquer.

La crise se calme progressivement, l'audition ayant tendance à redevenir normale entre les crises. Il est toutefois fréquent que les acouphènes persistent, tout comme, dans certains cas, un mal de tête (migraine) qui peut durer plusieurs jours. Dans certains cas, la sensation de perte d'équilibre et d'étourdissement persiste également quelques jours. Un état de somnolence et de faiblesse succède souvent aux vertiges.

La sévérité de la maladie de Ménière varie d'une personne à l'autre. Dans certains cas, les crises sont rares et peu intenses, n'occasionnant qu'une gêne passagère, alors que d'autres personnes seront particulièrement affectées par des accès de vertiges fréquents, sévères, pouvant survenir à tout moment, ainsi que par des acouphènes prolongés. Les crises, dont la périodicité et la longueur sont fortement variables, peuvent, dans les cas extrêmes, devenir presque permanentes, accompagnées d'une sensation d'instabilité continue. Dans quelques cas, les crises vertigineuses s'accompagnent d'une impression d'être violemment poussé aboutissant à une chute, potentiellement violente. On parle alors de crises « otolithiques de Tumarkin ».

De plus, les crises sont souvent impressionnantes pour l'entourage. La personne, en essayant d'adopter la position dans laquelle elle ressent le moins ses vertiges, peut rester totalement prostrée et présenter des signes d'abattement profond, ne réagissant plus aux sollicitations extérieures.

Enfin, 5 % malades environ présentent une forme particulière de la maladie de Ménière, caractérisée par une baisse progressive de l'audition, durant quelques heures ou quelques jours, sans autres manifestations, puis par l'apparition de crises vertigineuses au cours desquelles la surdité disparaît et l'audition se normalise. Cette forme est appelée syndrome de Lermoyez.

● Quelle est son évolution ?

L'évolution de la maladie de Ménière est variable et imprévisible. Pendant la phase active de la maladie, les symptômes fluctuent, et les périodes de crises surviennent avec une fréquence très variable (de quelques crises par an à plusieurs crises par semaine), sur une durée pouvant aller de 5 à 20 ans. Les périodes sans crise (rémissions) surviennent spontanément, et chez certains malades, elles peuvent durer longtemps, jusqu'à plusieurs années.

Avec le temps (plus ou moins long), la maladie finit par se stabiliser chez la plupart des personnes atteintes, les crises de vertiges s'atténuant et devenant de plus en plus rares. Néanmoins, des complications peuvent persister, et certains malades souffrent à terme d'une perte d'audition définitive plus ou moins importante, et/ou de troubles de l'équilibre quasi permanents (sentiment d'instabilité, de flou, voire d'ébriété).

Quant aux acouphènes, ils sont très fluctuants, atteignant leur maximum pendant les crises

mais pouvant aller et venir en continu. Ils ne constituent parfois qu'une simple gêne, mais ils peuvent être insupportables pour certaines personnes. Ils persistent parfois à long terme et sont considérés par certains malades comme le symptôme le plus gênant.

● A quoi est-elle due ?

La cause exacte de la maladie de Ménière est inconnue. Il s'agit d'une maladie de l'oreille interne, c'est-à-dire de la partie la plus profonde de l'oreille, jouant un rôle dans l'audition et l'équilibration (fonction qui permet de garder l'équilibre lors des changements de position de la tête et du corps).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer le dysfonctionnement de l'oreille interne. Il pourrait s'agir d'une réaction à des agressions extérieures (virus, traumatismes de tout ordre), d'une allergie ou encore d'un dérèglement du système immunitaire, le système de défense de l'organisme, qui se retournerait contre l'organisme lui-même (origine auto-immune).

Dans certains cas, les symptômes de la maladie de Ménière apparaissent chez une personne ayant une affection connue de l'oreille, comme une infection par exemple. On parle alors de syndrome de Ménière (qui disparaît généralement lorsque l'affection en cause est guérie).

● Comment expliquer les symptômes ?

L'oreille interne contient un petit organe en forme d'escargot appelé cochlée ou limaçon, qui transforme les sons en signaux électriques et les transmet au cerveau (par le biais des nerfs). Elle contient également l'organe de l'équilibre, ou vestibule (*figure 1*).

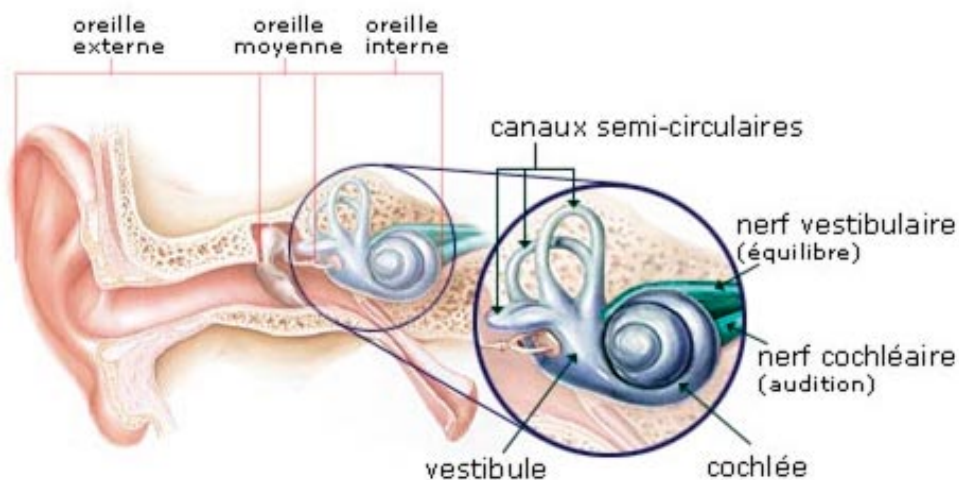


Figure 1

Oreille interne avec la cochlée (permettant de transformer les sons en signaux électriques) et le vestibule (organe de l'équilibration).

(http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=maladie_meniere_pm)

La cochlée est un organe creux, rempli d'un liquide appelé endolymphe et tapissé de cellules coiffées de « cils », appelées cellules ciliées (*figure 2*). Ce sont les cellules ciliées qui transforment les vibrations sonores en impulsions électriques. Lorsqu'une onde sonore arrive dans l'oreille et dans la cochlée, elle se propage dans l'endolymphe comme une vague. Les cils de ces cellules sont similaires à des algues oscillant sous l'effet de cette vague. Leur mouvement transforme l'onde en signal électrique transmis au cerveau.

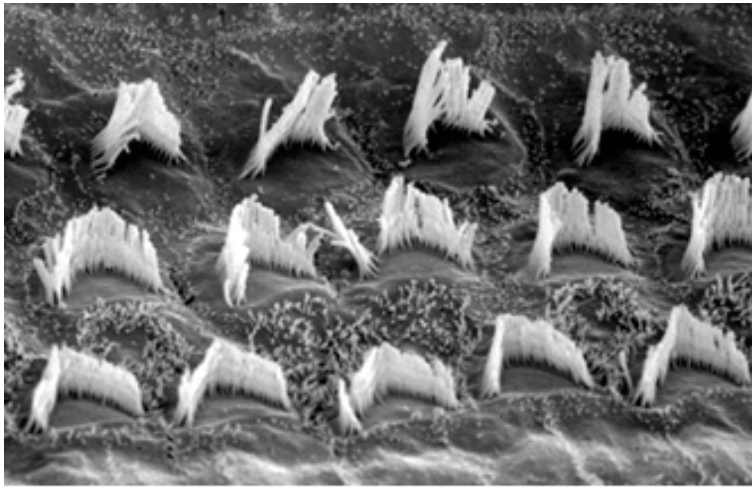


Figure 2
Photo des cellules ciliées de l'oreille interne (microscope électronique).
(<http://www.aecom.yu.edu/aif/gallery/haircells/haircell.htm>)

L'organe impliqué dans le maintien de l'équilibre, l'appareil vestibulaire, situé lui aussi dans l'oreille interne, est constitué de trois canaux en forme de demi cercle (les canaux semi-circulaires), disposés perpendiculairement les uns aux autres (*figure 1*). Ils sont remplis de la même endolymphe que la cochlée, et contiennent eux-aussi des cellules ciliées. Lorsque la personne bouge, ses mouvements sont détectés par les cellules ciliées. La disposition des canaux en trois plans perpendiculaires permet au cerveau de percevoir les mouvements de la tête dans toutes les directions possibles (en haut, en bas, en rotation et en inclinaison).

Dans la maladie de Ménière, un excès d'endolymphe (hydrops endolymphatique) dans l'oreille interne semble à l'origine des symptômes. Présent en excès, ce liquide augmente la pression dans la cochlée et les canaux semi-circulaires, ce qui empêche les cellules ciliées de percevoir les ondes sonores ou les mouvements correctement. Les signaux d'audition et d'équilibre qui sont envoyés au cerveau sont donc erronés, « brouillés », voire contradictoires.

Lorsque des renseignements contradictoires concernant la position du corps parviennent au cerveau (signalant par exemple que le corps est à la fois debout et couché), cela provoque une crise de vertiges, car le cerveau ne sait pas comment réagir. Les acouphènes sont des bruits parasites, qui n'existent pas en réalité mais qui sont générés par la cochlée qui interprète la surpression de liquide comme une onde sonore.

Le diagnostic

● Comment fait-on le diagnostic de maladie de Ménière ?

Le diagnostic est relativement facile à faire pour le médecin, lorsqu'une personne présente à la fois des vertiges, une baisse de l'audition et des acouphènes, survenant sous forme de crises qui se répètent. Cependant, il s'agit d'un diagnostic d'élimination, c'est-à-dire qu'il ne peut être confirmé qu'une fois que toutes les autres causes possibles de vertiges, bourdonnements et surdités ont été éliminées. Le diagnostic de maladie de Ménière ne peut donc être évoqué qu'après plusieurs crises de vertiges.

● En quoi consistent les tests diagnostiques ? A quoi vont-ils servir ?

Pour confirmer le diagnostic de maladie de Menière ou pour évaluer l'ampleur de l'atteinte, plusieurs examens sont habituellement effectués.

Tests audiométriques

Pour déterminer l'importance de la baisse d'audition, des tests auditifs sont réalisés, dans une cabine spéciale insonorisée. Ils consistent à écouter une série de sons, transmis par un casque posé sur les oreilles, chaque oreille étant testée séparément. Les résultats du test (représentés sur un graphique ou audiogramme) indiquent les sons les plus faibles que la personne est capable d'entendre à différentes fréquences (Hertz).

L'examen est également réalisé sans casque, à l'aide d'un vibreur posé derrière l'oreille, qui envoie des vibrations à l'oreille interne. Ces deux tests permettent de préciser quelles sont les parties de l'oreille responsables de la perte d'audition (l'oreille interne dans le cas de la maladie de Menière).

Enfin, l'audiométrie comporte des tests de répétition de mots simples, présentés à différentes intensités, de façon à évaluer le retentissement de la perte auditive en terme de compréhension.

Les épreuves caloriques (ou épreuve de Barany)

Les étourdissements (survenant par exemple après avoir tourné sur soi-même plusieurs fois), provoquent naturellement des mouvements involontaires des yeux (nystagmus), qui donnent l'impression que tout continue à tourner même si l'on est immobile.

Les épreuves caloriques consistent à enregistrer ces mouvements involontaires des yeux (à l'aide d'une caméra vidéo adaptée sur un masque) après avoir provoqué un vertige par stimulation de l'organe de l'équilibre. Cette stimulation est obtenue en introduisant successivement de l'eau chaude et de l'eau froide dans chaque oreille. Chez les personnes atteintes de la maladie de Menière, les mouvements des yeux sont anormaux, montrant que l'oreille interne n'est plus capable de rétablir l'équilibre normalement.

Ce test peut être un peu désagréable mais il est indolore, et la sensation vertigineuse induite s'estompe habituellement en quelques minutes. Ce test est important pour évaluer le niveau d'atteinte de l'oreille interne.

Les épreuves rotatoires

Elles permettent de vérifier que le vestibule fonctionne bien lorsque le malade tourne sur lui-même (sur une chaise en rotation), à différentes vitesses et sur des durées variables.

Les potentiels évoqués auditifs

C'est l'enregistrement de l'activité électrique des voies auditives jusqu'au cerveau en réaction à des stimulations sonores. Cet examen se pratique dans une cabine insonorisée avec un casque, les oreilles étant stimulées successivement par des sons brefs (20 clics par seconde environ). L'enregistrement se fait par une électrode placée sur la peau derrière l'oreille et dure de 1/2 heure à une heure. Il est surtout utile pour détecter certaines anomalies du nerf auditif qui donnent des symptômes proches de ceux de la maladie de Menière.

Imagerie médicale

Le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont parfois nécessaires pour observer le cerveau et écarter certaines causes de vertiges ou de surdité (comme les tumeurs

du cerveau ou des nerfs auditifs).

● **Peut-on confondre cette maladie avec d'autres ? Lesquelles ? Comment faire la différence ?**

A son début, la maladie peut être difficile à distinguer d'autres affections à l'origine de vertiges, de sifflements d'oreilles et de baisse de l'audition. Les principales causes à écarter sont l'otospongiose (maladie héréditaire caractérisée surtout par une surdité qui évolue progressivement et des acouphènes), les otites chroniques, et les « neurinomes de l'acoustique » ou schwannomes vestibulaires (tumeurs bénignes des nerfs vestibulaires et auditifs).

Parfois, les symptômes évoquent certaines affections sans rapport avec l'oreille, comme les crises migraineuses (avec vomissements et sensations vertigineuses) ou une chute de la concentration de sucre dans le sang (hypoglycémie), d'origine variable.

Les examens décrits ci-dessus permettent au médecin de reconnaître ces différentes maladies.

● **Peut-on dépister cette maladie chez les personnes à risque avant qu'elle ne se déclare ?**

Non, il n'existe aucune forme de dépistage de la maladie de Menière.

Les aspects génétiques

● **Quels sont les risques de transmission aux enfants ? Quels sont les risques pour les autres membres de la famille ?**

La maladie de Menière n'est pas une maladie héréditaire à proprement parler, c'est-à-dire qu'elle ne se transmet pas directement aux enfants. Cependant, il est possible que certains gènes favorisent la survenue de la maladie, rendant certaines personnes plus susceptibles que d'autres de la développer. A ce jour, les gènes en cause ne sont toutefois pas connus.

Le traitement, la prise en charge, la prévention

● **Existe-t-il un traitement pour cette pathologie ?**

Il n'existe pas de traitement qui guérisse de la maladie de Menière de façon définitive. Cependant, plusieurs mesures thérapeutiques permettent de limiter les symptômes et de vivre mieux avec cette maladie. Le traitement vise d'une part à traiter la crise vertigineuse et d'autre part à réduire la fréquence et l'intensité des crises (traitement de fond).

Traitement des crises

Il vise à atténuer les vertiges et les symptômes associés (anxiété, nausées, vomissements).

Il fait appel à trois types de médicaments : les anxiolytiques (benzodiazépines) qui entraînent une diminution de la sensibilité du système vestibulaire, les anti-vertigineux (comme l'acétyl-leucine), et les médicaments anti-vomissements (anti-émétiques). Ces médicaments sont donnés par injections intraveineuses en cas de crise grave, en patch, en suppositoires, ou par voie orale si la crise est modérée. La dose est fixée par le médecin et la durée

du traitement, la plus brève possible, est généralement de deux ou trois jours. De ce fait, ces médicaments induisent peu d'effets secondaires. Enfin, des solutions de médicaments dits diurétiques (mannitol notamment) peuvent être injectées par perfusion, et ce même au moment des crises. Le repos est nécessaire après une crise, mais il faut éviter de rester trop longtemps alité.

Traitement de fond

Il 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. Il consiste le plus souvent à faire baisser la pression du liquide dans l'oreille interne, mais ses résultats sont très aléatoires.

Certains anti-vertigineux, en particulier la bêtahistine, permettent ainsi d'atténuer la sévérité des nausées et des étourdissements en cas de crise de vertige et de diminuer les acouphènes.

Dans certains cas, des médicaments diurétiques (hydrochlorothiazide, triamtèrene ou acétazolamide), qui incitent les reins à excréter davantage de liquide (et font donc uriner le malade), peuvent aider à diminuer la pression dans l'oreille interne. Cependant, s'ils sont mal utilisés ou mal dosés, ils peuvent entraîner une déshydratation et une baisse de la pression sanguine, et parfois des allergies cutanées, une modification du taux de potassium sanguin, des troubles digestifs, une fatigue, des maux de tête, des troubles du sommeil... Ils doivent donc être pris sous contrôle médical strict.

Certains antihistaminiques (médicaments destinés à traiter les allergies) semblent efficaces, mais leur efficacité n'a pas été clairement démontrée.

Les corticoïdes (anti-inflammatoires) sont parfois utilisés en cas d'échec des autres médicaments. Ils diminuent l'intensité des vertiges et des bourdonnements. Ils peuvent être administrés par voie orale, en injections dans le muscle (intramusculaires) ou à travers le tympan (voie transtympanique). Cependant, ils peuvent entraîner des effets indésirables multiples : hypertension, troubles digestifs, prise de poids, risque accru d'infection...

Rééducation vestibulaire

Lorsque les médicaments ne sont pas suffisamment efficaces, les personnes atteintes peuvent entreprendre une rééducation vestibulaire. Il s'agit d'une spécialité de la physiothérapie destinée aux personnes souffrant de vertiges, étourdissements et troubles de l'équilibre causés par une anomalie de l'appareil vestibulaire. Cette rééducation est encadrée par une équipe spécialisée dans les troubles de l'équilibre, travaillant en collaboration avec les médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL). Plusieurs exercices peuvent être effectués, à l'aide d'un fauteuil rotatoire, de dispositifs permettant de travailler les mouvements oculaires, d'un trampoline, ou encore de lunettes spéciales (dites de Frenzel ou de vidéonystagmoscopie) permettant d'observer les mouvements des yeux.

Ces exercices permettent de rééduquer l'équilibre en renforçant les mécanismes complémentaires qui interviennent normalement dans l'équilibre pour compenser l'atteinte vestibulaire due à la maladie de Ménière.

Traitement « pressionnel »

En absence d'effet du traitement médicamenteux et de la rééducation vestibulaire, un traitement dit « pressionnel » peut être proposé. Il consiste tout d'abord à mettre en place une sorte de drain ou aérateur transtympanique, qui est un tube traversant le tympan. La mise en place du drain est réalisée sous anesthésie locale ou générale. Dans un certain

nombre de cas, la mise en place du drain réduit significativement la fréquence et l'intensité des crises. Si ce n'est pas le cas, il est possible de compléter ce traitement « pressionnel » à l'aide d'un appareil spécial, utilisé deux à trois fois par jour, qui permet de délivrer de l'air pulsé dans l'oreille à travers le drain. Ce système permet parfois de compléter l'effet du drain pour équilibrer la pression de l'oreille interne (*figure 3*).



Figure 3
Dispositif de traitement pressionnel.
(http://www.xomed.com/xomed_products_meniett.html)

● Quelles sont les autres modalités de traitement de cette maladie ?

Les traitements cités précédemment permettent de contrôler la maladie dans près de 80 % des cas. Cependant, lorsque les vertiges restent invalidants malgré un traitement médicamenteux et/ou pressionnel, une intervention chirurgicale peut être proposée.

Interventions chirurgicales

Décompression du sac endolymphatique

Elle consiste à faire diminuer la pression dans l'oreille interne en décompressant et éventuellement en ouvrant la poche qui contient l'endolymphe pour drainer un peu du liquide. On parle de décompression du sac endolymphatique. Cette opération s'effectue sous anesthésie générale, et est surtout préconisée dans les formes bilatérales.

Labyrinthectomie chimique

Son principe est de détruire les cellules du vestibule par injections à travers le tympan d'un produit toxique pour l'oreille interne (en général un antibiotique de la famille des aminosides comme la gentamicine). Les injections sont répétées jusqu'à l'obtention de l'arrêt des crises vertigineuses. Ce traitement est généralement bien toléré, même si le malade peut se sentir instable pendant une certaine période, le temps de s'adapter.

Labyrinthectomie chirurgicale

Certains médecins proposent également d'enlever ou de détruire complètement l'oreille interne (aussi appelée labyrinthe), du côté atteint. Cette opération détruit complètement l'audition.

Neurotomie vestibulaire

Une autre opération peut être pratiquée dans certains cas, lorsque la décompression du sac endolymphatique n'a pas d'effet. Il s'agit de la neurotomie vestibulaire, qui consiste à sectionner le nerf de l'équilibre qui transmet les informations du vestibule au cerveau. C'est une opération assez délicate, qui préserve généralement l'audition mais requiert une hospitalisation assez longue.

Ces trois dernières techniques doivent rester réservées aux personnes qui ne peuvent être aidées par aucune autre méthode, puisqu'elles détruisent définitivement l'oreille interne

ou le nerf vestibulaire. La labyrinthectomie ne se fait qu'en cas de perte sévère d'audition, puisque le malade est définitivement sourd après l'opération. Elle peut également être recommandée aux personnes qui souffrent de crises de Tumarkin, du fait de la gravité potentielle des chutes.

Prise en charge de l'audition et des acouphènes

En cas d'acouphènes invalidants et/ou de perte d'audition importante, des appareillages auditifs spécialisés peuvent permettre de masquer les acouphènes et parfois d'améliorer l'audition. Les acouphènes semblent moins difficiles à supporter lorsqu'ils sont noyés dans le bruit environnant et lorsque l'on parvient à les ignorer, c'est pourquoi les techniques de relaxation offrent souvent de bons résultats.

● **Quels bénéfices attendre du traitement ? Quels en sont les risques ?**

Les traitements permettent d'atténuer les crises et de les rendre plus supportables, mais ils n'ont pas d'influence démontrée sur l'évolution de la maladie. S'ils ne permettent en aucun cas de guérir définitivement, leurs effets permettent le plus souvent d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

● **Un soutien psychologique est-il souhaitable ?**

Le soutien psychologique représente une part très importante du traitement. Il est en effet particulièrement stressant de vivre avec une maladie qui peut à tout moment entraîner des crises de vertiges (particulièrement avant un événement important). Or, l'angoisse et le stress favorisent la survenue des crises : il est donc primordial d'apprendre à vivre avec la maladie, de l'accepter du mieux possible et de gérer l'anxiété qu'elle génère. Quant aux acouphènes, ils peuvent être très difficiles à supporter, et sont dans certains cas à l'origine de dépression importante et d'isolement, de perte d'emploi... Le soutien psychologique, en plus d'autres méthodes (relaxation, yoga...), permet en général d'améliorer ces troubles. Certains malades doivent en outre bénéficier d'un traitement antidépresseur. Les membres de la famille peuvent également ressentir le besoin de se faire soutenir psychologiquement car la maladie d'un proche est source d'angoisse et de bouleversements au quotidien.

● **Que peut-on faire soi-même pour se soigner ?**

Certaines règles diététiques semblent améliorer les résultats du traitement et diminuer les accès de vertiges ou leur intensité. Ainsi, il est recommandé de suivre un régime peu salé et de boire peu d'eau. Une bonne hygiène alimentaire est également bénéfique : il est préférable de réduire la consommation de caféine, des produits gras, de chocolat, d'alcool et de sucre. Il est recommandé d'arrêter de fumer.

Il est préférable d'éviter l'exposition aux bruits intenses et le stress en général. Chez certaines personnes, écouter de la musique peut « masquer » les acouphènes et permettre de se détendre.

Enfin, il est conseillé de tenir à jour un calendrier des crises de vertiges pour évaluer l'efficacité du traitement et découvrir les facteurs déclenchants éventuels.

● **Comment se faire suivre ?**

Le suivi de la maladie de Ménière est assuré au niveau des consultations d'oto-rhino-laryn-

gologie (ORL) ou de neurologie, en relation avec le médecin traitant.

En cas de crise prolongée, si les vomissements persistent plus de 24 heures (12 heures pour un enfant) et que le malade ne peut pas boire normalement, il est nécessaire de consulter son médecin pour trouver un moyen de faire cesser la crise et éviter la déshydratation.

● **Quelles sont les informations à connaître et à faire connaître en cas d'urgence ?**

Les personnes ayant une maladie de Menière peuvent porter sur elles une carte spéciale mentionnant qu'elles en sont atteintes. En cas de vertige, cela permet aux personnes qui se trouvent avec le malade de savoir quels moyens mettre en œuvre pour l'aider (numéros des personnes à joindre). Il est également nécessaire de faire connaître au personnel soignant la nature et la dose de tout traitement en cours afin d'éviter les associations incompatibles de médicaments ou les surdosages éventuels.

● **Peut-on prévenir cette maladie ?**

Non, cette maladie ne peut absolument pas être prévenue.

Vivre avec

● **Quelles sont les conséquences de la maladie sur la vie familiale, professionnelle, sociale, scolaire, sportive ?**

La maladie de Menière peut être très difficile à vivre et a un impact sur tous les aspects de la vie.

Les personnes atteintes vivent dans la crainte des crises, qui sont également impressionnantes pour l'entourage. Ces crises de vertiges, imprévisibles, rendent souvent les malades vulnérables, anxieux voire dépressifs, parfois même agressifs. Ils sont affaiblis par les nausées et l'incapacité de se tenir debout durant plusieurs heures.

Le fait de mal entendre est également très frustrant. A la crainte de voir survenir les vertiges s'ajoute parfois l'incapacité progressive à « déchiffrer » ce que les gens disent, ce qui pousse les personnes atteintes de maladie de Menière à s'isoler avec un sentiment de dévalorisation et d'altération de l'image de soi. Quant aux acouphènes, leurs allées et venues contribuent à fatiguer et à énerver le malade. Une prise en charge psychologique peut alors être utile pour faire face à ces aspects de la maladie.

De plus, pendant une période de crise, il peut être difficile d'exercer une activité professionnelle et de participer à la vie familiale. Certaines activités quotidiennes, comme la conduite, peuvent devenir très dangereuses et sont contre-indiquées. L'activité sportive peut également être entravée par le risque de survenue de vertiges inopinés. La peur des déplacements contraint souvent les malades à cesser leurs activités momentanément et à ne pas sortir de chez eux. En effet, les chutes, principal risque des vertiges, peuvent survenir n'importe où et peuvent donc être graves. Pour des trajets ou des activités à risque, le malade peut avoir besoin d'être accompagné, du moins tant que les troubles ne sont pas contrôlés. Ces restrictions peuvent être temporaires et revues en cas d'amélioration sous traitement. Dans certains cas, certains postes de travail tels que la conduite d'engins, les travaux sur échafaudages ou en hauteur, nécessitent une réorientation professionnelle, loin d'être évidente lorsqu'on est atteint d'une maladie chronique.

La détérioration de l'audition constitue un autre problème, moins dangereux mais néanmoins potentiellement handicapant dans la vie de tous les jours, qu'il s'agisse de la vie familiale, professionnelle, ou sociale. Parfois une réorganisation totale de la vie de la personne est nécessaire.

● ● ● En savoir plus

● Où en est la recherche ?

La recherche est actuellement orientée vers l'identification des causes et des facteurs environnementaux et biologiques susceptibles d'être à l'origine de la maladie de Menière ou des accès de vertige. Elle porte également sur le lien entre le mouvement du liquide endolymphatique, l'audition et l'équilibre. L'étude des cellules ciliées de l'oreille interne responsables de ces fonctions vise à comprendre comment s'effectue la transformation de l'énergie sonore et du mouvement en messages nerveux dans la maladie de Menière. La compréhension de ce mécanisme permettrait peut-être de définir une stratégie préventive et un traitement curatif.

● Comment entrer en relation avec d'autres malades atteints de la même maladie ?

En contactant les associations de malades consacrées à cette maladie et aux troubles de l'équilibre. Vous trouverez leurs coordonnées en appelant **Maladies Rares Info Services** au 0 810 63 19 20 (Numéro azur, prix d'un appel local) ou sur le site **Orphanet** (www.orphanet.fr).

● Les prestations sociales en France

Les personnes atteintes peuvent s'adresser à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour bénéficier d'un plan personnalisé de compensation du handicap (aides financières, humaines...). Elles peuvent éventuellement obtenir une carte d'invalidité.

POUR OBTENIR D'AUTRES INFORMATIONS SUR CETTE MALADIE

CONTACTEZ

**Maladies Rares Info Services au 0 810 63 19 20
numéro azur, prix d'une communication locale**

OU CONSULTEZ ORPHANET www.orphanet.fr

CE DOCUMENT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR :

orphanet

AVEC LA COLLABORATION DE :

Professeur Olivier Sterkers - Docteur Didier Bouccara

Association France Acouphènes

Consultation du centre de référence des surdités congénitales et d'origine génétique (adultes)

Service d'oto-rhino-laryngologie

Hôpital Beaujon

100 Boulevard du Général Leclerc, Clichy

Docteur Evelyne Ferrary

Chirurgie mini-invasive robotisée

INSERM U 867

Faculté de médecine Xavier Bichat, Paris

