



Guideline de pratique clinique : La maladie de Ménière

Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR, Antonelli PJ, Burkard R, et al. Clinical Practice Guideline: Meniere's Disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(2_suppl):S1-S55

Executive summary : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599820909439>

DÉCLARATION 1. DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE MÉNIÈRE : Les cliniciens devraient diagnostiquer une maladie de Ménière comme certaine ou probable chez les patients présentant au moins 2 épisodes de vertige d'une durée de 20 minutes à 12 heures (certaine) ou jusqu'à 24 heures (probable) et une perte auditive neurosensorielle fluctuante ou non, des acouphènes ou une pression dans l'oreille affectée, lorsque ces symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble.

DÉCLARATION 2. ÉVALUATION DE LA MIGRAINE VESTIBULAIRE : Les cliniciens devraient déterminer si les patients répondent aux critères diagnostiques de la migraine vestibulaire lors de l'évaluation de la maladie de Ménière.

Critères diagnostiques de la migraine vestibulaire

Source : Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterston J, Seemungal B, Carey J, et al. Migraine vestibulaire: critères diagnostiques. Document consensuel de la Société Bárány et de la Société internationale des céphalées. Revue Neurologique. 2014;170(6-7):401-6.

Terminologie antérieure : vertige/étourdissement associés à la migraine, vestibulopathie liée à la migraine, vertige migraineux (concernant la relation entre migraine vestibulaire et migraine de type basilaire (migraine avec une aura du tronc cérébral selon ICHD-3) et la relation entre migraine vestibulaire et vertige paroxystique bénin de l'enfance, voir sous-commentaires).

Migraine vestibulaire

Les caractéristiques de la migraine vestibulaire sont :

- au moins 5 épisodes avec des symptômes vestibulaires (a) d'intensité modérée à sévère (b), d'une durée de 5 minutes à 72 heures (c);
- antécédents actuels ou passés de migraines sans ou avec aura selon l'ICHD (d);
- un ou plusieurs phénomènes migraineux accompagnant au moins 50% des épisodes vestibulaires (e) :
 - céphalées avec au moins deux des caractéristiques suivantes : localisation unilatérale, caractère pulsatile, intensité modérée à sévère de la douleur, aggravation par les activités physiques de routine,
 - photophobie et phonophobie (f),
 - aura visuelle (g);
- absence de meilleure explication par un autre diagnostic vestibulaire ou ICHD (h).

Migraine vestibulaire probable

Les caractéristiques de la migraine vestibulaire probable sont :

- au moins 5 épisodes avec des symptômes vestibulaires d'intensité modérée à sévère, d'une durée entre 5 minutes à 72 heures;
- seulement un des critères B et C pour la migraine vestibulaire est rempli (antécédents de migraine ou phénomènes migraineux durant l'épisode);
- absence de meilleure explication par un autre diagnostic vestibulaire ou ICHD.

a) Les symptômes vestibulaires comme définis selon la classification des symptômes vestibulaires de la Société Bárány (1) et éligibles pour un diagnostic de migraine vestibulaire inclus :

Vertige spontané comprenant :

- vertige interne, une sensation inappropriée de mouvement de soi-même et,
- vertige externe, une sensation inappropriée que l'environnement visuel tourne ou bouge;
- vertige positionnel, survenant après un changement de position de la tête;
- vertige visuellement induit, provoqué par des environnements visuels en mouvement de grande dimension ou complexes;
- vertige induit par des mouvements de tête, survenant durant le mouvement de tête;



- étourdissement induit par des mouvements de tête avec nausées. L'étourdissement est caractérisé par une sensation de désorientation spatiale. D'autres formes d'étourdissement ne font actuellement pas partie de la classification de la migraine vestibulaire.
- b) Les symptômes vestibulaires sont considérés « modérés », s'ils interfèrent, mais ne rendent pas impossibles les activités de la vie quotidienne, et « sévères » si ces activités doivent être interrompues.
- c) La durée des épisodes est très variable : environ 30% des patients ont des épisodes de minutes, 30% d'heures et 30% de jours. Les 10% restant ont des accès ne durant que quelques secondes mais ayant tendance à se répéter lors de mouvements de tête, des stimulations visuelles ou après des changements de position de la tête. Chez ces patients, la durée de l'épisode est définie comme la période entière durant laquelle les brefs accès se reproduisent. À l'autre extrême du spectre il y a des patients qui peuvent mettre 4 semaines à récupérer complètement d'un épisode. Néanmoins, l'essentiel de l'épisode dépasse rarement 72 heures (1-6).
- d) Les catégories de migraines 1.1. et 1.2. de l'ICHD (7).
- e) Un symptôme est suffisant au cours d'un épisode particulier. Des symptômes différents peuvent survenir lors de différents épisodes. Les symptômes associés peuvent survenir avant, durant ou après les symptômes vestibulaires.
- f) La phonophobie est définie par une gêne induite par un bruit. Il s'agit d'un phénomène transitoire et bilatéral qui doit être distingué du recrutement qui est souvent unilatéral et chronique. Le phénomène de recrutement est une perception augmentée et souvent déformée de sons forts dans une oreille atteinte de surdité.
- g) Les auras visuelles sont caractérisées par des lumières brillantes et scintillantes ou en zigzag, souvent avec un scotome qui gêne la lecture. Les auras visuelles s'étendent en général pendant 5–20 minutes et durent moins d'une heure. Elles sont souvent, mais pas toujours, limitées à un héli-champ. D'autres types d'auras migraineuses p.ex. somesthésiques ou aphasiques ne sont pas incluses dans les critères diagnostiques, car elles sont moins spécifiques et la plupart des patients ont également des auras visuelles.
- h) L'histoire de la maladie et l'examen clinique ne suggèrent pas une autre maladie vestibulaire ou une telle maladie a été évoquée et écartée par des investigations appropriées ou une telle maladie existe comme comorbidité ou comme maladie indépendante, mais les épisodes peuvent être clairement distingués. Des attaques de migraine peuvent être déclenchées par des stimulations vestibulaires (8). Pour cette raison, le diagnostic différentiel doit comprendre d'autres maladies vestibulaires qui sont compliquées par des attaques de migraine surajoutées. Voir les commentaires pour la discussion de certains diagnostics différentiels.

ÉNONCÉ 3. TEST AUDIOMÉTRIQUE : Les cliniciens devraient recourir à un audiogramme lorsqu'ils évaluent un patient en vue d'un diagnostic de la maladie de Ménière.

DÉCLARATION 4. UTILITÉ DE L'IMAGERIE : Les cliniciens peuvent proposer une imagerie par résonance magnétique (IRM) du conduit auditif interne et de la fosse postérieure chez les patients présentant une possible maladie de Ménière et une perte auditive neurosensorielle asymétrique vérifiée audiométriquement.

ÉNONCÉ 5. TEST VESTIBULAIRE OU ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE : Les cliniciens ne devraient pas demander systématiquement un test de la fonction vestibulaire ou une électrocochléographie (ECoChG) pour établir le diagnostic de la maladie de Ménière.

DÉCLARATION 6. ÉDUCATION DES PATIENTS : Les cliniciens devraient informer les patients atteints de la maladie de Ménière de l'histoire naturelle, des moyens de contrôle des symptômes, des options de traitement et des résultats.



Tableau 8	Questions fréquemment posées
Question	Réponse
Qu'est-ce que la maladie de Ménière (MM) ?	La MM est un trouble permanent de l'oreille interne, diagnostiqué par les symptômes de 2 épisodes ou plus de vertiges qui durent entre 20 minutes et 24 heures. Les autres symptômes que vous pouvez présenter en plus des vertiges sont les suivants <ul style="list-style-type: none"> • Perte auditive fluctuante • Une sensation d'oreille pleine ou bouchée • Acouphènes : sonnerie, bourdonnement ou autre bruit dans l'oreille. On pense que ce trouble est causé par un excès de liquide dans l'oreille interne.
Qu'est-ce que le vertige ?	Le vertige vous donne l'impression de tourner ou de bouger alors que vous êtes immobile. Il est causé par un dysfonctionnement du système vestibulaire. Le vertige peut être dû à des causes non vestibulaires.
Qu'est-ce que le système vestibulaire ?	Le système vestibulaire comprend l'oreille interne et les voies vestibulaires du cerveau dédiées à l'équilibre, la coordination et le maintien de la posture.
Qu'est-ce qu'un acouphène ?	On parle d'acouphènes lorsque l'on entend des sonneries, des bourdonnements ou d'autres bruits dans l'oreille, alors que rien ne les provoque. Les acouphènes sont différents pour chaque patient.(9)
Qu'est-ce qu'une perte auditive ?	Cette sensation peut survenir au début de la MM lorsque l'audition change brusquement, alternant entre une aggravation et une amélioration.
Comment le diagnostic de la Maladie de Ménière est-il établi ?	Votre prestataire de soins de santé vous posera des questions pour connaître l'historique de vos symptômes et pourra également vous faire passer des tests supplémentaires. Les questions suivantes peuvent être posées au sujet de vos symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la fréquence des symptômes ? • Combien de temps durent-ils ? • Décrivez vos vertiges. • Quelle est la gravité des symptômes ? • Les vertiges s'accompagnent-ils d'une perte d'audition ? Combien de temps cela dure-t-il ? La perte auditive fluctue-t-elle ? • Avez-vous d'autres problèmes d'oreille (plénitude ou changements dans les acouphènes) avec les vertiges ? • Vos vertiges vous ont-ils fait tomber ? • Avez-vous des acouphènes (tintement, bourdonnement ou autres bruits dans l'oreille) en plus de vos vertiges ? • Sentez-vous votre oreille pleine pendant vos crises de vertiges ou de perte d'audition ? • Lorsque vous vous sentez étourdi : Avez-vous des maux de tête ? Est-ce que la lumière ou le soleil vous font sentir plus mal ? • Vous sentez-vous plus mal lorsque vous bougez ? • Quelqu'un dans votre famille présente-t-il des symptômes similaires ? Tenir un journal des symptômes peut aider votre médecin à poser un diagnostic précis. Il faut parfois plusieurs consultations pour diagnostiquer la maladie.
Quels tests pourraient être demandés ?	Votre fournisseur de soins de santé peut vous demander de passer les tests suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Audiogramme <ul style="list-style-type: none"> ○ Il s'agit d'un test d'audition. Un audiologiste effectue ce test. Il mesure le niveau d'audition des basses et hautes fréquences. ○ Le test ne présente aucun risque important ○ Le test peut prendre du temps (environ 30 minutes) • Vidéo- ou électronystagmogramme <ul style="list-style-type: none"> ○ Cet examen évalue la fonction vestibulaire de l'oreille, les centres vestibulaires du cerveau et l'appareil oculomoteur. Dans une pièce sombre, les mouvements des yeux sont enregistrés pendant que de l'eau ou de l'air chaud et froid est introduit dans chaque canal auditif. Le test évalue la façon dont les yeux et les oreilles se coordonnent avec le cerveau. ○ Risques de vertiges, de nausées lors des tests ○ Les tests prennent du temps (environ 1 heure) ○ Peuvent entraîner une gêne lors des changements de position du corps. • Électrocochléographie <ul style="list-style-type: none"> ○ L'électrocochléographie mesure les réponses électriques de la cochlée et du nerf auditif à une stimulation électrique. ○ Risque de gêne au niveau de l'oreille.



	<ul style="list-style-type: none">• Imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau<ul style="list-style-type: none">○ Type d'imagerie qui utilise l'énergie magnétique pour visualiser l'anatomie du cerveau et des nerfs. Un contraste intraveineux est souvent nécessaire pour améliorer les images. L'appareil contient des aimants puissants, de sorte que les patients ayant des implants en acier inoxydable ou sans titane ne peuvent pas être examinés. Les risques de l'IRM sont les suivants:<ul style="list-style-type: none">○ Allergie au produit de contraste○ Inconfort lors de la pose d'une intraveineuse○ Si vous avez peur des petits espaces, vous pouvez vous sentir mal à l'aise en traversant le tunnel de l'appareil d'IRM.
Quels sont certains des traitements pour cette maladie ?	<p>Il n'existe aucun traitement pour la MM. Il existe des moyens de gérer la maladie et d'aider à en contrôler les symptômes. Les traitements de la MM se répartissent dans les catégories suivantes (du moins agressif au plus agressif) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Restrictions alimentaires : Bien que toutes les personnes ne soient pas soulagées en modifiant leur régime alimentaire, il est important d'essayer de voir si ces changements aident à réduire les symptômes.<ul style="list-style-type: none">○ Régime pauvre en sodium (1500-2300 mg par jour ; les recommandations spécifiques en milligrammes sont basées sur l'American Heart Association et non sur un précédent avis médical. American Heart Association et non sur une directive de traitement antérieure de MM) (10)○ Limiter la consommation d'alcool○ Limiter la consommation de caféine• Des médicaments peuvent aider à réduire les symptômes.<ul style="list-style-type: none">○ Diurétiques - médicaments qui éliminent l'excès de liquide corporel○ Les médicaments anti-vertigineux pour les symptômes aigus de vertige○ Antihistaminiques pour traiter les allergies○ Bétahistine (analogue de l'histamine pour augmenter la vasodilatation de l'oreille interne)• Thérapies non invasives<ul style="list-style-type: none">○ Rééducation vestibulaire (kinésithérapie)○ Aides auditives• Injections dans l'oreille moyenne à travers le tympan de l'oreille affectée<ul style="list-style-type: none">○ Stéroïdes○ Gentamicine• Chirurgie<ul style="list-style-type: none">○ Décompression du sac endolymphatique (épargne auditive)○ Section du nerf vestibulaire (épargne auditive)○ Labyrinthectomie (ablation de l'audition)
Que puis-je faire pour diminuer mes symptômes ?	<p>Pour atténuer vos symptômes, votre médecin peut vous aider à déterminer les éléments qui peuvent vous faire souffrir, notamment le sodium, l'alcool, la caféine, le climat, les allergies et le stress.</p>
Comment la MM peut-elle affecter ma qualité de vie ?	<p>La MM peut changer votre perception de la façon dont vous vivez votre vie. Vos symptômes peuvent vous rendre malade et vous fatiguer, ou vous pouvez avoir des difficultés d'audition ou d'attention. Souvent, lorsque les patients se sentent mieux, ils se souviennent de leur état et ont peur. Il est important de consulter régulièrement votre prestataire de soins de santé pour répondre à vos questions et vous aider à vous sentir mieux.</p>
Quelle est l'histoire naturelle de la MM ?	<ul style="list-style-type: none">• Il s'agit d'un trouble apparaissant à l'âge adulte (le plus souvent entre 40 et 70 ans).• Les crises de vertige et les fluctuations de l'audition, les acouphènes et la sensation d'oreille pleine sont sporadiques et imprévisibles.• Si l'audition du patient peut s'aggraver ou persister, les patients atteints de la MM peuvent aussi avoir une audition qui se stabilise avec le temps. La perte d'équilibre résiduelle ou permanente de l'oreille interne peut nécessiter une thérapie vestibulaire à long terme pour favoriser la compensation.
Existe-t-il d'autres liens éducatifs ou groupes de soutien pour la MM ?	<p>Les patients devraient être encouragés à rejoindre un groupe de soutien (ou association) afin d'acquérir des connaissances, des ressources et le soutien d'autres personnes. Quelques ressources qui ont des liens avec des groupes de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none">• Vestibular Disorders Association, https://vestibular.org/finding-help-support (en anglais seulement)• Ménière's Resources Inc, http://menieresresources.org/ (en anglais seulement)• Ménière's Society, http://www.menieres.org.uk/ (en anglais seulement)



	<ul style="list-style-type: none">• Ménière's Research Fund Inc, https://menieresresearchaustralia.org/ (en anglais)• Hearing Health Foundation, https://hearinghealthfoundation.org/ <p>Ressources pédagogiques supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• National Institutes of Health, "Ménière's Disease", https://www.nidcd.nih.gov/health/menieres-disease (en anglais)• American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, "Ménière's Disease", https://www.entnet.org/content/menieres-disease
--	--

DÉCLARATION 7. GESTION SYMPTOMATIQUE DU VERTIGE : Les cliniciens devraient proposer un traitement limité de suppression vestibulaire aux patients atteints de la maladie de Ménière pour la gestion des vertiges uniquement pendant les crises de la maladie de Ménière.

DÉCLARATION 8. RÉDUCTION ET PRÉVENTION DES SYMPTÔMES : Les cliniciens devraient sensibiliser les patients atteints de la maladie de Ménière aux modifications de l'alimentation et du mode de vie qui peuvent réduire ou prévenir les symptômes.

« Les principales modifications alimentaires recommandées dans la pratique clinique ont été la restriction en sodium et la réduction/élimination de la caféine, certaines personnes limitant également leur consommation d'alcool. Une revue systématique (11) n'a trouvé aucun résultat cliniquement important dans les études contrôlées randomisées comparant la restriction en sodium et l'absence de restriction en sodium ou la restriction en caféine et l'absence de traitement/les soins habituels. Il n'y a pas d'études contrôlées randomisées ni de revues systématiques qui soutiennent que ces restrictions alimentaires préviennent les crises de la MM. C'est pourquoi ces dernières ont été classés dans la catégorie " efficacité inconnue ". Une étude contrôlée randomisée identifiée (12) n'a trouvé aucune preuve que la restriction du sodium alimentaire était efficace pour contrôler les symptômes de la MM. »

« Aucune étude contrôlée randomisée n'a été trouvée qui incluait la caféine ou l'alcool, et seules quelques études très récentes ont été trouvées qui incluaient spécifiquement la caféine (13) ou l'alcool. (14) L'étude sur la caféine a révélé que les patients atteints de la MM avaient une consommation quotidienne moyenne de caféine plus élevée que les sujets témoins ou les patients souffrant de vertiges d'autres causes. »

« Aucune preuve n'a été trouvée pour soutenir ou exclure directement la restriction d'alcool ou de nicotine. »

Test et traitement des allergies

« Bien qu'aucune étude contrôlée randomisée n'ait été trouvée concernant le test et le traitement des allergies en relation avec la réduction des symptômes de la MM, de nombreuses études ont montré une relation entre l'allergie et la MM. (15, 16) »

Réduction du stress

Acupuncture et thérapies alternatives

« Bien qu'il n'y ait pas d'études scientifiques sur l'efficacité de ces traitements, les restrictions alimentaires et la réduction du stress sont deux options thérapeutiques auxiliaires conservatrices dont le risque et le coût sont minimes et qui peuvent contribuer à améliorer les symptômes de certains patients atteints de la MM et à réduire la nécessité de traitements plus agressifs, destructeurs ou coûteux. Les tests d'allergie et leur traitement chez les patients ayant des antécédents ou des symptômes évocateurs d'une allergie sont susceptibles d'être bénéfiques pour le patient en ce qui concerne les symptômes d'allergie, avec la possibilité supplémentaire d'aider à réduire les symptômes de la MM. »



Tabelle 9	FAQ für MM-Auslöser
Frage	Antwort
Welche Auslöser verschlimmern meine Symptome oder lösen einen Schwindelanfall aus ?	Die Auslöser von MM sind von Patient zu Patient verschieden. Es ist möglich, dass Sie einen Auslöser haben oder dass Sie viele Auslöser haben. Vielleicht sollten Sie ein Ernährungs- und Aktivitätstagebuch führen, um herauszufinden, welches Ihre Auslöser sind.
Wenn ich weiß, dass Natrium ein Auslöser für mich ist, wie viel Natrium kann ich dann täglich zu mir nehmen ?	Es gibt zwar keine speziellen Natriumempfehlungen für Patienten mit MM, aber die American Heart Association empfiehlt eine "ideale" Begrenzung auf 1500 mg und einen Konsum von nicht mehr als 2300 mg.
Ich habe einen stressigen Beruf/Leben, und das verschlimmert meine Symptome. Wie kann ich Stress vermeiden ?	Stress kann eine Rolle bei der Verschlimmerung von MM-Symptomen spielen. Es ist schwer, ein stressfreies Leben zu führen, aber es gibt jedoch verschiedene Möglichkeiten, mit Stress umzugehen. Ein paar Beispiele sind ausreichender Schlaf und Bewegung, Meditation, Selbsthilfegruppen und der Verzicht auf natürliche Depressiva wie Alkohol und Drogen.
Gibt es eine spezielle Diät, die ich befolgen sollte, um einen Anfall zu vermeiden ?	Die Ernährung wirkt sich nicht auf jeden Menschen in gleicher Weise aus. Allerdings kann ein erhöhter Natriumkonsum Flüssigkeit im Innenohr erhöhen. Das Lesen von Lebensmitteletiketten kann Ihnen helfen, den Überblick zu behalten und einen übermäßigen Natriumkonsum zu vermeiden. Zu den Lebensmitteln, die von Natur aus natriumarm sind, gehören frisches Obst und Gemüse, Vollwertkost (nicht verarbeitet) sowie frisches Rindfleisch, Geflügel und Fisch. Auch ein erhöhter Koffeinkonsum kann bei manchen Menschen einen Anfall auslösen, aber nicht bei allen.
Welche Änderungen der Lebensweise kann ich vornehmen, um Symptome zu vermeiden ?	MM ist eine sehr komplexe Krankheit und kann sehr schwer zu behandeln sein. Allerdings sind eine gesunde Lebensweise und die Entwicklung von Bewältigungsmechanismen eine gute Methode, um die Gesundheit zu erhalten. Das kann auch helfen die Symptome von MM zu kontrollieren. Beispiele hierfür sind <ul style="list-style-type: none"> • Begrenzen Sie den Salz-/Natriumgehalt in Ihrer Ernährung. • Vermeiden Sie übermäßigen Koffein-, Alkohol- und Nikotingenuss. • Essen Sie über den Tag verteilt ausgewogene Mahlzeiten. • Trinken Sie über den Tag verteilt viel Wasser und vermeiden Sie zuckerhaltige Getränke. • Gehen Sie angemessen mit Stress um. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewegen Sie sich ausreichend ○ Schlafen Sie ausreichend ○ Schließen Sie sich einer Selbsthilfegruppe an ○ Führen Sie ein Tagebuch ○ Üben Sie Atemübungen • Erkennen und behandeln Sie eventuelle Allergien • Patienten mit vermehrten Schwindelanfällen sollten auf Schlafapnoe untersucht werden.

DÉCLARATION 9. PHARMACOTHÉRAPIE ORALE COMME TRAITEMENT DE FOND: Les cliniciens peuvent proposer des diurétiques et/ou de la Bétahistine comme traitement de fond pour réduire les symptômes ou prévenir les crises de la maladie de Ménière.

«Une revue systématique Cochrane initialement publiée en 2006 et mise à jour en 2010 a été menée pour évaluer l'effet des diurétiques sur la fréquence et la gravité des crises (acouphènes, déséquilibre, perte d'audition et progression des symptômes) chez les patients atteints de la MM. (17) »

« Bien que les effets des diurétiques sur la MM n'aient pas pu être évalués de manière rigoureuse en raison du manque d'études de haute qualité, certaines études de la revue systématique Cochrane ont signalé une amélioration du vertige des patients avec l'utilisation de diurétiques. (18) »

« Il n'y a pas eu de différences significatives dans le taux moyen de crises sur 30 jours entre les groupes placebo et Bétahistine évalués à 7 à 9 mois de la période de traitement. (19)»

«Une revue systématique Cochrane de 2016 a réalisé une méta-analyse évaluant l'effet de la Bétahistine par rapport au placebo dans la réduction des symptômes de vertige chez les patients présentant un vertige sous-



jaçant (la population de patients comprenait les patients atteints de la MM, de vertige paroxystique bénin et d'autres vertiges) (20). Les auteurs ont constaté que les patients prenant de la Bétahistine présentaient un taux de réduction des symptômes de vertige de 30 % supérieur à celui des patients prenant un placebo (rapport de risque combiné, 1,30 ; IC à 95 %, 1,05-1,60) (20). En d'autres termes, le nombre nécessaire à traiter serait de 5 patients, ce qui signifie qu'on devrait traiter 5 patients avec de la Bétahistine pour qu'un patient signale une réduction des symptômes de vertige. Pour les patients atteints de la MM (n = 139), l'effet de la Bétahistine était plus fort que celui du placebo, les patients atteints de la MM rapportant une réduction de 56 % des symptômes de vertige lors de l'administration de Bétahistine par rapport celle du placebo (rapport de risque, 1,56 ; IC à 95 %, 0,92-2,65). (20)

Par conséquent, les auteurs ont noté que des preuves de meilleure qualité sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de la Bétahistine par rapport à celle du placebo. (20)»

« Il n'y avait pas de différences significatives dans le taux moyen des crises sur 30 jours entre les groupes placebo et Bétahistine évalués entre 7 et 9 mois de la période de traitement. (19) Par conséquent, l'utilisation de la Bétahistine à faible ou à forte dose pendant 9 mois n'a pas modifié le nombre moyen de crises de vertiges liées à la MM par rapport à celles constatées avec le placebo. (19)»

« Ainsi, l'essai BEMED représente peut-être les meilleures preuves dont nous disposons. Actuellement, le comité des GPC n'est pas en mesure de faire une déclaration définitive sur l'utilisation de la Bétahistine pour contrôler les symptômes de la MM. »

Effets secondaires

« La plupart des études sur la Bétahistine n'ont couvert qu'une période de 2 à 12 semaines 257, bien que l'étude la plus récente ait couvert une fenêtre de traitement de 9 mois (19); »

DÉCLARATION 10. THÉRAPIE PAR PRESSION POSITIVE : Les cliniciens ne devraient pas prescrire de thérapie par pression positive aux patients atteints de la maladie de Ménière.

DECLARATION 11. THÉRAPIE PAR CORTICO-STÉROÏDES INTRATYMPANIQUES : Les cliniciens peuvent proposer, ou orienter vers un clinicien qui peut le proposer, des corticostéroïdes intratympaniques (IT) aux patients atteints de la maladie de Ménière active qui ne répondent pas à un traitement non invasif.

DÉCLARATION 12. THÉRAPIE PAR GENTAMICINE INTRATYMPANIQUE : Les cliniciens devraient proposer, ou adresser à un clinicien qui peut le faire, de la gentamicine intratympanique (IT) aux patients atteints de la maladie de Ménière active qui ne répondent pas au traitement non suppressif.

DÉCLARATION 13. THÉRAPIE SUPPRESSIVE CHIRURGIQUE : Les cliniciens peuvent proposer, ou référer à un clinicien qui peut le proposer, une labyrinthectomie chez les patients atteints de la maladie de Ménière active chez qui une thérapie moins radicale a échoué et qui ont un handicap auditif.

DÉCLARATION 14a. ROLE DE LA THÉRAPIE VESTIBULAIRE POUR LE DESEQUILIBRE CHRONIQUE : En cas d'une instabilité entre les crises et après une thérapie suppressive : les cliniciens devraient proposer une rééducation vestibulaire/physiothérapie aux patients atteints de la maladie de Ménière avec un déséquilibre chronique.

« Proposer une thérapie pour les patients qui présentent un déséquilibre chronique, une MM bilatérale, et/ou suite à une thérapie suppressive. Promouvoir une thérapie efficace et une sécurité accrue pour les patients. »



« Cette intervention a été décrite à l'origine par Cooksey (21) et Cawthorne (22) avec l'objectif de favoriser la compensation vestibulaire centrale ; cependant, le perfectionnement et la modification de la rééducation vestibulaire au fil du temps ont conduit à une large gamme d'exercices physiques qui "favorisent la stabilité du regard ... entraînent l'habituation aux symptômes ... améliorent l'équilibre et la démarche . . . [et incluent] la marche pour améliorer l'endurance". (23) »

« Trois études contrôlées randomisées ont été identifiées qui concernaient exclusivement des patients présentant des symptômes vestibulaires chroniques dus à la MM. (24). A partir de cette revue, Garcia et al (25) ont rapporté que la rééducation vestibulaire basée sur la réalité virtuelle combinée à un régime alimentaire et à une prise en charge médicale améliorait les symptômes subjectifs basés sur le score DHI et l'échelle analogique des vertiges par rapport aux personnes traitées uniquement par le régime alimentaire et la prise en charge médicale. Yardley et Kirby (26) ont utilisé un programme de rééducation vestibulaire délivré par un livret d'exercices qui a entraîné une amélioration significative des restrictions d'activité associées aux troubles vestibulaires par rapport aux groupes témoin. Scott et al (27) n'ont trouvé aucune amélioration des scores d'équilibre par rapport aux contrôles en utilisant la relaxation appliquée classée comme une forme de rééducation vestibulaire. Cette revue Cochrane n'a pas révélé un niveau de preuve significatif pour suggérer qu'une forme de rééducation vestibulaire était meilleure que les autres. (24) »

« Sur la base des directives cliniques de rééducation vestibulaire, (23) il y a une forte recommandation d'utiliser la rééducation vestibulaire pour les patients présentant une hypofonction vestibulaire bilatérale. Ceci est basé sur 4 études contrôlées randomisées de niveau 1 et 5 études de niveau 3-4. »

DÉCLARATION 14b. RÔLE DE LA THÉRAPIE VESTIBULAIRE POUR LES VERTIGES AIGUS : Les cliniciens ne devraient pas recommander la rééducation vestibulaire/physiothérapie pour gérer les crises des vertiges aigus chez les patients atteints de la maladie de Ménière.

« Éviter une thérapie inappropriée/inefficace. »

« ... il y a un manque de preuves pour soutenir l'utilisation de la rééducation vestibulaire pour traiter les crises de vertige aiguës dans le cadre de la MM. »

« De plus, cette directive recommande d'arrêter la rééducation vestibulaire chez les patients souffrant de vertiges aigus et d'une fonction vestibulaire fluctuante dans le cadre d'une maladie de Ménière en phase active, sur la base de preuves de niveau 5. (23) »

« Une revue Cochrane de la recherche sur la rééducation vestibulaire n'a trouvé aucune étude traitant spécifiquement de l'utilisation de la rééducation vestibulaire dans le traitement des vertiges aigus. »

« La revue de 2015 n'a pas non plus rapporté de preuves de la réduction de la fréquence ou de la sévérité des crises de vertige aiguës dans la littérature... »

« Dans l'ensemble, il y a un manque de preuves pour soutenir l'utilisation de la rééducation vestibulaire pour atténuer la sévérité ou la fréquence des épisodes de vertiges aigus chez les patients atteints de la MM. »

DÉCLARATION 15. CONSEILS CONCERNANT L'AMPLIFICATION ET LA TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE AUDITIVE : Les cliniciens devraient conseiller les patients atteints de la maladie de Nièvre et de perte d'audition, sur l'utilisation de moyens d'amplification et sur la technologie d'assistance auditive, ou les adresser à un clinicien qui peut les conseiller.

DÉCLARATION 16. RÉSULTATS POUR LES PATIENTS : Les cliniciens devraient documenter la disparition, l'amélioration ou l'aggravation des vertiges, des acouphènes et de la perte auditive, ainsi que tout changement de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Ménière après le traitement.

Références

1. Johnson GD. Medical management of migraine-related dizziness and vertigo. Laryngoscope. 1998;108(1 Pt 2):1-28.



2. Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, Arnold G, Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology*. 2001;56(4):436-41.
3. Cass SP, Furman JM, Ankerstjerne K, Balaban C, Yetiser S, Aydoğan B. Migraine-related vestibulopathy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997;106(3):182-9.
4. Dieterich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? *J Neurol*. 1999;246(10):883-92.
5. Cutrer FM, Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache*. 1992;32(6):300-4.
6. Versino M, Sances G, Anghileri E, Colnaghi S, Albizzati C, Bono G, et al. Dizziness and migraine: a causal relationship? *Funct Neurol*. 2003;18(2):97-101.
7. Subcommittee.y. IHSC. The international classification of headache disorders. *cephalalgia*. 2004;24(1):9-160.
8. Murdin L, Davies RA, Bronstein AM. Vertigo as a migraine trigger. *Neurology*. 2009;73(8):638-42.
9. Doyle KJ, Bauch C, Battista R, Beatty C, Hughes GB, Mason J, et al. Intratympanic steroid treatment: a review. *Otol Neurotol*. 2004;25(6):1034-9.
10. Cogswell ME, Zhang Z, Carriquiry AL, Gunn JP, Kuklina EV, Saydah SH, et al. Sodium and potassium intakes among US adults: NHANES 2003-2008. *Am J Clin Nutr*. 2012;96(3):647-57.
11. Wright T. Meniere's disease. *BMJ Clin Evid*. 2015;2015.
12. Acharya A, Singh MM, Shrestha A. First line treatment of Meniere's disease. *Journal of Lumbini Medical College*. 2016;4(2):68-71.
13. Sanchez-Sellero I, San-Roman-Rodriguez E, Santos-Perez S, Rossi-Izquierdo M, Soto-Varela A. Caffeine intake and Meniere's disease: Is there relationship? *Nutr Neurosci*. 2018;21(9):624-31.
14. Sanchez-Sellero I, San-Roman-Rodriguez E, Santos-Perez S, Rossi-Izquierdo M, Soto-Varela A. Alcohol consumption in Meniere's disease patients. *Nutr Neurosci*. 2020;23(1):68-74.
15. Banks C, McGinness S, Harvey R, Sacks R. Is allergy related to Meniere's disease? *Curr Allergy Asthma Rep*. 2012;12(3):255-60.
16. Weinreich HM, Agrawal Y. The link between allergy and Meniere's disease. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;22(3):227-30.
17. Thirlwall AS, Kundu S. Diuretics for Meniere's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(3):CD003599.
18. Torok N. Old and new in Meniere disease. *Laryngoscope*. 1977;87(11):1870-7.
19. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, Gurkov R, Mansmann U, Strupp M, et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). *BMJ*. 2016;352:h6816.
20. Murdin L, Hussain K, Schilder AG. Betahistine for symptoms of vertigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(6):CD010696.
21. Cooksey FS. Physical medicine. *Practitioner* 1945;155:300e 5.
22. Cawthorne T. The physiological basis for head exercises. *J Chart Soc Physiother*. 1944;29:106e 7.
23. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Cass SP, Clendaniel RA, Fife TD, et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline: FROM THE AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION NEUROLOGY SECTION. *J Neurol Phys Ther*. 2016;40(2):124-55.
24. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD005397.
25. Garcia AP, Gananca MM, Cusin FS, Tomaz A, Gananca FF, Caovilla HH. Vestibular rehabilitation with virtual reality in Meniere's disease. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(3):366-74.
26. Yardley L, Kirby S. Evaluation of booklet-based self-management of symptoms in Meniere disease: a randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2006;68(5):762-9.
27. Scott B, Larsen HC, Lyttkens L, Melin L. An experimental evaluation of the effects of transcutaneous nerve stimulation (TNS) and applied relaxation (AR) on hearing ability, tinnitus and dizziness in patients with Meniere's disease. *Br J Audiol*. 1994;28(3):131-40.