

La dimension psychologique et les difficultés de l'approche psychothérapeutique de la maladie de Ménière

OUENNOUGHI Kheireddine
Université de Alger1

HARAOUBIA Linda
Université de Alger2

ZEMIRLI Omar
Université de Alger1

Résumé :

La maladie de Ménière (MD), ou hydrops endolymphatique (HE) idiopathique, représente un trouble de l'oreille interne, cliniquement caractérisé par des attaques de vertiges récurrents, de la perte de l'audition fluctuante, des acouphènes et / ou de plénitude de l'oreille.

Le caractère imprévisible de cette pathologie avec de graves crises de vertige peut entraîner une incapacité fonctionnelle avec un stress émotionnel, ce qui affecte sérieusement la qualité de vie des patients.

La gestion de la MD pose souvent un défi pour l'ORL et l'équipe soignante. À ce jour, de nombreuses options de traitement sont disponibles : la modification de style de vie, les médicaments, et l'intervention chirurgicale dans le cas échéant.

Les supports psychologiques pourraient être nécessaires pour améliorer les résultats dans les traitements médicaux et chirurgicaux pour les patients atteints de la maladie de Ménière.

Mots clés : maladie de Ménière, psychosomatique, difficultés psychologiques, qualité de vie.

الملخص:

يعتبر مرض مينير (MD) مرضا مجهول السبب، حيث يعرف على انه اضطراب في الأذن الداخلية. يتميز اكلينيكيًا بحدوث نوبات متكررة من الدوار، وتذبذب فقدان السمع، طنين و / أو احساس بالامتلاء في الأذن.

ان عدم القدرة على التنبؤ بهذا المرض مع نوبات الدوار الشديد مما يؤدي إلى إعاقة وظيفية مع ارتفاع في الضغط النفسي، والتي تؤثر تأثيرا سلبيًا على نوعية حياة المريض.

تسيير مرض مينير MD غالبا ما يشكل تحديا لطبيب الاذن، الأنف والحنجرة وطاقم الرعاية. حاليا هناك العديد من الخيارات العلاجية المتاحة: تعديل نمط الحياة، واستعمال الأدوية، وفي بعض الحالات تعتبر الجراحة مستلزما.

يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الدعم النفسي لدى المرضى بغية تحسين النتائج في العلاج الطبي والجراحي.

الكلمات الدالة: مرض مينير، مرض سيكوسوماتي، صعوبات نفسية، نوعية الحياة.

INTRODUCTION

Décrite depuis 1861 par Prosper Ménière, La maladie de Ménière reste toujours mystérieuse et de nombreux auteurs n'ont pas révélé son secret.

A l'heure actuelle des symposiums internationaux sur cette maladie se tiennent chaque cinq ans pour dévoiler les points non élucidés dans la physiopathologie, dans le diagnostic et même dans le traitement. Le dernier en date, s'est tenu en 2015 à Rome (Italie) où différents chercheurs ont essayé de trouver un consensus entre différentes sociétés savantes internationales dans la prise en charge de la maladie de Ménière.

LA MALADIE DE MENIERE

Dans la pratique quotidienne d'un médecin ORL, le diagnostic de la maladie de Ménière est clinique. C'est une affection chronique récurrente faite de vertiges, des acouphènes, de plénitude de l'oreille et d'une perte auditive fluctuante. Elle se déclenche dans des conditions de stress pendant la vie quotidienne du patient.

Sa pathogénie a été signalée pour la première fois en 1938 comme étant un hydrops endolymphatique, ceci a été mis en évidence sur des pièces de dissection de deux os temporaux (1,2). Cependant, les mécanismes de génération de l'hydrops endolymphatique (à savoir les relations entre le stress et le métabolisme de l'eau de l'oreille interne) restent encore mal élucidés (3,4).

1- CLINIQUE : ATTEINTE DE L'OREILLE INTERNE.

La maladie de Ménière est une pathologie de l'oreille interne caractérisée par des vertiges, une perte auditive et des acouphènes. Il se produit à une fréquence de 15-50 pour 100.000 personnes (5). Les patients présentant un diagnostic clinique de la maladie de Ménière doivent être classés selon les critères de l'Académie Américaine d'Otolaryngology Head and Neck Surgery (AAO-HNS) 1995 (6,7). Ces critères peuvent être brièvement décrits comme suit :

a- Les attaques répétées de vertige : un sort définitif est le vertige spontané qui dure au moins 20 min. Un type mixte de nystagmus spontané est observé au cours de ces attaques.

b- Symptômes fluctuants cochléaires : le test d'audition révèle généralement une fluctuation marquée du seuil dans la gamme basse et moyenne du son. Si nécessaire, un test de glycérol ou électrocochléographie (Eco) est effectué pour détecter l'hydrops endolymphatique.

c- Eliminer d'autres causes : d'autres troubles peuvent être écartés en se basant sur l'histoire clinique, l'examen neurologique et à la demande une imagerie (IRM).

Certain Meniere's disease Definite Meniere's disease, plus histopathologic confirmation.

Definite Meniere's disease:

1. Longer than 2 years

2. More than 10 attacks

3. Vertigo > 3 hours Two or more definitive spontaneous episodes of vertigo 20 minutes or longer.

Audiometrically documented hearing loss on at least one occasion.

Tinnitus or aural fullness in the treated ear.

Other causes excluded.

Probable Meniere's disease:

One definitive episode of vertigo.

Audiometrically documented hearing loss on at least one occasion.

Tinnitus or aural fullness in the treated ear.

Other causes excluded.

Possible Meniere's disease: Episodic vertigo of the Meniere type without documented hearing loss, Or Sensorineural hearing loss, fluctuating or fixed, with disequilibrium but without definitive episodes.

Tinnitus or aural fullness in the treated ear.

Other causes excluded.

Classification de la maladie de Ménière (AAO-HNS 1995)

2- **PHYSIOPATHOLOGIE : ALTERATION DE LA FONCTION DU SAC ENDOLYMPHATIQUE.**

Le substratum anatomique dans la maladie de Ménière est l'hydrops endolymphatique, ce dernier affecte l'oreille interne : 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.

Anatomie de l'oreille interne

La physiopathologie de l'affection demeure incertaine, l'hydrops est une distension du labyrinthe membraneux ; c'est donc une découverte d'autopsie et non une donnée clinique.

Bien que l'histopathologie sur des études réalisées sur des pièces anatomiques de l'os temporal ait révélé l'hydrops endolymphatique chez les patients atteints de maladie de Ménière, nous sommes encore dans l'obligation d'utiliser plusieurs examens neuro-otologiques

indirects pour évaluer cet hydrops. Les tests d'exploration cochléo-vestibulaires sont le test au glycérol, le test au furosémide, l'électrocochléographie (EcoG), et les potentiels évoqués myogéniques vestibulaires (VEMP) (8).

Il a été longtemps considéré comme difficile à détecter cliniquement l'hydrops chez les patients atteints de maladie de Ménière en utilisant des examens morphologiques (9). Pendant la dernière décennie, Nakashima et al. (10) ont rapporté que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 3D avec injection de gadolinium (Gd) pourrait visualiser l'hydrops endolymphatique.

De nombreuses observations suggèrent un mécanisme infectieux viral, traumatique, immunitaire ou autre dans l'atteinte du sac endolymphatique.

A l'état normal, il existe une hydrodynamique de l'endolymphe. Les sécrétions de la cochlée et du vestibule vont être transportées vers le sac endolymphatique, c'est-à-dire la structure résorbant l'endolymphe. Le volume et la composition du liquide endolymphatique sont par ailleurs assurés par des mécanismes de transport actif d'ions (pompes à ions) au travers de la membrane limitant l'espace endolymphatique. En cas de maladie de Ménière, l'hydrops peut résulter de l'accroissement de production ou du manque de résorption de l'endolymphe. Un dérèglement des pompes à ions pourrait aussi être à l'origine de l'hydrops. C'est l'hypothèse la plus classique de la "rupture du labyrinthe membraneux et de l'intoxication potassique" décrite par Lawrence et McCabe en 1959, puis reprise et développée par Schuknecht. Cette rupture libère le potassium endolymphatique qui diffuse dans la périlymphe. Cet excès brutal de K^+ affecte directement la dépolarisation soit de la synapse neurosensorielle soit de la fibre nerveuse elle-même, cela se traduit en pratique par un vertige avec un nystagmus.

Plus précisément, la maladie de Ménière est le résultat de ce que l'on appelle, des troubles vasomoteurs, c'est-à-dire des perturbations de la circulation sanguine, qui entraîne une hypertension et une distension à l'intérieur du labyrinthe. Nous signalons dans ce contexte le rôle des hormones dans l'homéostasie de l'endolymphe :

-Rôle de réduction du sodium (Aldostérone-ADH)

-La surrénalectomie chez l'animal réduit le Na^+/K^+ ATPase avec modifications de la strie vasculaire restaurée par l'aldostérone.

-La présence de récepteur d'Aldostérone-Glucocorticoïdes.

-La Prostaglandine, les catécholamines et les hormones thyroïdiennes.

Il serait possible que ces hormones et ces neuromédiateurs libérés lors de stress ou de toute autre agression psychique soient capables de stimuler des récepteurs intra labyrinthiques encore

Non identifiés. On évoque aussi la présence de volorécepteurs, dont la mise en jeu pourrait modifier l'homéostasie des liquides labyrinthiques. On parlera du rôle de la modulation cholinergique à savoir :

-Augmentation de concentration en ions calcium avec dépolarisation et libération de glutamate.

-Action nicotin-like avec hyperpolarisation des cellules vestibulaires et cochléaires.

-Action muscarin-like avec dépolarisation des cellules sacculaires des canaux semi circulaires.

L'identification constitue à l'heure actuelle un important thème de recherche en otologie.

3- LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE MENIERE :

Malgré l'abondance des travaux qui lui sont consacrés, la maladie de Ménière échappe encore à tout contrôle médical réel.

L'algorithme de traitement pour la maladie de Ménière a été introduit dans le Séminaire Lancet en 2008 (5).

Le contenu de ce séminaire est tout à fait pratique :

-les traitements médicaux conservateurs (3-6 mois) avec mesures hygiéno-diététiques.

-le traitement d'impulsion de pression positive comme le dispositif Meniett (11),

-la chirurgie conservatrice (la décompression de sac endolymphatique) ou non conservatrice (neurotomie ou section du nerf vestibulaire, destruction chimique du labyrinthe avec de la gentamicine).

LE TRAITEMENT MEDICAL :

80 à 90% des cas de la maladie de Ménière peuvent être contrôlés par des médicaments

et / ou la modification de leur style de vie (12).

Les médicaments :

Le traitement de la crise inclus l'isolement au calme, l'administration d'un sédatif, d'un anti vertigineux et d'un antiémétique.

Le traitement de fond qui en prend le relais : divers médicaments histaminergiques, anticalciques ou vestibuloplégiques sont utilisés, en

cure de longue durée, pour être efficace sur les symptômes persistants de la maladie de Ménière (12).

L'hygiène de vie :

L'alimentation

Très peu d'études cliniques ont évalué l'efficacité des mesures diététiques à prévenir les crises et à en réduire l'intensité. Toutefois, d'après les témoignages de médecins et de gens atteints de la maladie, elles semblent être d'une aide précieuse pour plusieurs cas.

- Adopter une alimentation faible en sel (sodium) : les aliments et les boissons riches en sel peuvent faire varier la pression dans les oreilles, puisqu'ils contribuent à la rétention d'eau. On suggère de viser un apport quotidien de 1 000 mg à 2 000 mg de sel. Pour y parvenir, ne pas ajouter de sel à table et éviter les mets préparés (soupes en sachets, sauces, etc.).

- Éviter de consommer des aliments qui contiennent du glutamate mono sodique (GMS), une autre source de sel.

- Éviter la caféine, que l'on retrouve particulièrement dans le chocolat, le café, le thé et certaines boissons gazeuses. L'effet stimulant de la caféine peut aggraver les symptômes, plus particulièrement les acouphènes.

- Limiter également la consommation de sucre, car d'après certaines sources, une alimentation riche en sucre aurait un impact sur les fluides de l'oreille interne.

Le mode de vie

- Tenter de réduire son stress, puisqu'il s'agirait d'un facteur déclencheur de crises. Un stress émotionnel augmenterait le risque de crise dans les heures qui suivent.

- Ne pas fumer.

- Garder un éclairage important durant le jour, et un éclairage léger la nuit afin de faciliter les repères visuels pour prévenir les chutes.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

La chirurgie, qui ne s'adresse qu'au vertige, vit des échecs du traitement médical.

Lorsque les vertiges persistent et sont invalidants (13), des traitements chirurgicaux sont préconisés (décompression du sac endolymphatique, destruction chimique du labyrinthe et neurotomie vestibulaire).

Les promoteurs de la psychothérapie dans la maladie de Ménière ont tendance à insister sur la prise en charge de la santé mentale des patients pendant une longue période de temps avant et même parfois après la chirurgie (14).

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DANS LA MALADIE DE MENIERE

La maladie de Ménière est une maladie psychosomatique. Les patients présentent souvent un contexte psychologique particulier comprenant un état de stress, d'anxiété, de fatigue et de chocs affectifs. Il s'agit en général de patients perfectionnistes, intelligents et obsessionnels.

Dans la communauté du monde médical, il existe une confusion dans les esprits. Certes, la pathologie décrite précédemment est une maladie psychosomatique mais il existe pourtant des lésions dans l'oreille interne. On la confond le plus souvent à une simulation, une hystérie et parfois même à une maladie imaginaire.

Certains auteurs ont pu mettre l'accent sur des lésions somatiques à point de départ central. Cocker (15) a trouvé que 70% à 80% des patients atteints de maladie de Ménière, présentent un état de dépression et d'anxiété. Filipo (16) a retrouvé un nombre important de troubles somatiques avec une forte relation entre le stress et l'apparition des symptômes. Hinchcliffe, (17) dans son étude sur le profil de la personnalité des patients atteints de maladie de Ménière, a conclu que cette dernière n'est qu'une maladie psychosomatique.

Place des facteurs déclenchants :

Dans la maladie de Ménière "Les vertiges sont source d'angoisse et sont en eux-mêmes traumatisants", il serait plus utile pour le patient et/ou pour son médecin de rechercher la cause ou les causes d'apparition de cette affection qui survient sous la forme de crises.

A quoi sont dues les crises ?

Les patients le savent bien et pour peu qu'on prenne le temps de les interroger, il est possible de remonter aux causes (abus sexuels, faillites, séquelles de traumatismes et d'accidents, humiliations, harcèlements, victimes de braquages, pertes violentes de proches et particulièrement d'enfants, avortements...) et ainsi les traiter.

A l'instar d'autres maladies psychosomatiques, maladies digestives (colopathies, recto-colite hémorragique) maladies cutanées (psoriasis, eczéma) maladies neurologiques (céphalées de tension, migraine), la maladie de Ménière est d'origine psychosomatique "Il ne fait pas une maladie qui veut".

Les facteurs de risque liés à cette maladie ne sont pas connus, mais il semble que les éléments suivants sont susceptibles de déclencher des crises de vertige chez les personnes atteintes de la maladie :

Une période de stress émotionnel élevé.

- Une grande fatigue.
- Des changements de pression barométrique (en montagne, en avion, etc.).
- L'ingestion de certains aliments, comme ceux qui sont très salés ou qui contiennent de la caféine.

L'anxiété, la dépression, la phobie, la colère et même la culpabilité sont les troubles psychiques les plus souvent rencontrés.

Fowler (18) a retrouvé que le stress physique ou émotionnel déclenche surtout les crises de vertiges, les hormones de stress et de fatigue entraînent une diminution du système vestibulaire efférent.

Les cinq éléments de stress dans la vie qui précèdent les crises sont :

- 1-Les conflits personnels.
- 2-Les conflits sexuels : impotence et abstinence.
- 3-Le décès d'un proche.
- 4-Le stress de la vie avec ses proches : problèmes sociaux, éducatifs, financiers.
- 5-La peur de nouvelles crises de vertige.

Troubles psychiques liés à la maladie de Ménière :

La maladie de Ménière peut être très difficile à vivre et a un impact sur tous les aspects de la vie, qu'il s'agisse de la vie familiale, professionnelle, ou sociale. Parfois une réorganisation totale de la vie de la personne est nécessaire. 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. 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 détérioration de l'audition constitue un autre problème. 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 Ménière 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.

Sur le plan professionnel, 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.

Sur le plan social, l'anxiété est une conséquence réelle de la maladie.

Les patients souffraient de deuils prolongés ou de séparations mal acceptées, d'une incapacité à gérer les conflits familiaux, professionnels et sociaux. Leurs réactions inadaptées dans des situations difficiles engendraient des sentiments de honte ou de culpabilité. Leur fragilisation par des événements douloureux les rendait vulnérables et sensibles à la critique.

Une prise en charge psychologique peut alors être utile pour faire face à ces aspects de la maladie.

DIFFICULTES DE L'APPROCHE PSYCHOTHERAPEUTIQUE

L'approche psychothérapeutique de la maladie de Ménière se trouve confrontée à une contrainte double. La première, inhérente au médecin traitant qui n'adhère pas à la dimension psychologique de cette affection. La seconde, c'est le malade lui-même qui fuit ses problèmes et devient ainsi vulnérable à une telle prise en charge. Peu de médecins généralistes et de spécialistes en ORL sont formés aux psychothérapies, Le patient doit se sentir en confiance et le thérapeute doit être expérimenté. Le médecin doit être disponible à une écoute psychologique afin d'entreprendre un « décodage » des signaux émis par le malade. Pour cela, un temps important doit être accordé aux consultations et aux séances de thérapies. Au terme "très contesté" de la prise en charge des symptômes de la maladie de Ménière, le médecin cède la place à l'approche psychosomatique de cette affection tout en tenant compte des facteurs psychologiques prédisposant, précipitant ou concomitant à la maladie.

Les patients atteints de la maladie de Ménière, sont dans l'impossibilité d'exprimer leurs affects et émotions. Ils développent des défenses à type de rationalisation accompagnés d'une hyperactivité qui peut rendre le cadre thérapeutique difficile à supporter. Parfois avant de commencer les séances de psychothérapie proprement dite, la préparation peut prendre des semaines. Les patients doivent établir une alliance thérapeutique lors des premières séances surtout quand ils souffrent de crises de vertige.

Comment faire quand une psychothérapie est indiquée ?

La difficulté rencontrée est que le patient n'est pas demandeur, il ne perçoit pas la dimension psychologique sous-jacente. Le patient doit adhérer au processus psychosomatique sinon il risque de commencer ce qu'on appelle "un nomadisme médical". Par conséquent, les médecins vont rentrer dans une spirale de relances des explorations qui renforcent le malade dans ses convictions d'une étiologie organique.

A long terme, le malade se donne à des prescriptions médicamenteuses inappropriées ou bien à des interventions chirurgicales inutiles

Il est préférable d'évoquer plutôt la nécessité d'une prise en charge psychosomatique, ainsi patient et praticien pourront établir un contrat au terme d'une analyse fonctionnelle en psychothérapie. Les

Conséquences de la psychothérapie sont nombreuses :

- Le retour à une existence plus équilibrée.
- La reprise de la confiance en soi.
- La guérison de la dépression.
- La disparition des acouphènes.
- La prise de conscience exacte des troubles engendrés par la maladie.
- La prise de conscience de l'anxiété au moment des crises...

CONCLUSION

L'atteinte psychologique dans la maladie de Ménière reste un élément important à prendre en considération dans la prise en charge des patients. Ainsi, nous devrions relever le fait que les traitements médicaux ou chirurgicaux ne peuvent pas toujours se substituer à la prise en charge des effets psychologiques de cette affection psychosomatique.

Les échanges sont compliqués et parfois même complexes entre médecins ORL et psychologues. Des situations potentiellement problématiques pour tous sont susceptibles de se répercuter sur la qualité de vie de nos patients. Pour améliorer cette prise en charge, une collaboration étroite est nécessaire afin de familiariser les psychologues avec le traitement médical et chirurgical de la maladie de Ménière et d'informer les médecins ORL des contraintes psychiques et psychologiques de cette affection.

Seule une approche concertée, permettra d'améliorer à long terme les résultats de la thérapie.

REFERENCES

1. Hallpike C, Carins H. Observations on the pathology of Meniere's syndrome. *J Laryngol Otol* 1938; 53:625–55.
2. Yamakawa K. Hearing organ of a patient who showed Meniere's Symptoms. *J Otolaryngol Soc Jpn* 1938; 44:2310–12.
3. Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Meniere's disease. *Curr Opin Neurol* 2004; 17:9–16.
4. Baloh RW., Prosper Meniere his Prosper Meniere and his disease. *Arch Neurol* 2001; 58:1151–6.
5. Sajjadi H, Paparella M. Meniere's disease. *Lancet* 2008 ; 372:406–14
6. Committee on hearing and equilibrium. Committee on hearing and equilibrium guidelines for diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113:181–5.
7. Foster CA, Breeze RE. Endolymphatic Hydrops in Meniere's disease: cause, consequence, or epiphenomenon. *Otol Neurotol* 2013; 34:1210–14.
8. Ban JH, Lee JK, Jin SM, Lee KC. Glycerol pure tone audiometry and glycerol vestibular evoked myogenic potential: representing specific status of endolymphatic hydrops in the inner ear. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264:1275–81.
9. Merchant SN, Adams JC, Nadol JB. Jr., Pathophysiology of Meniere's syndrome: are symptoms caused by endolymphatic hydrops? *Otol Neurotol* 2005; 26:74–81.
10. Nakashima T, Naganawa S, Sugiura M, Teranishi M, Sone M, Hayashi H, et al. Visualization of endolymphatic hydrops in patients with Meniere's disease. *Laryngoscope* 2007; 117:415–20.
11. Arenberg IK. Pro position for endolymphatic sac and duct surgery. In: Arenberg IK, Graham MD, editors. *Treatment options for Meniere's disease*. Singular Publishing ; 1998. p. 19–23.
12. Claes J, Van de Heyning PH. A review of medical treatment for Meniere's disease. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; 544:34–9.
13. Sood AJ, Lambert PR, Nguyen SA, Meyer TA. Endolymphatic sac surgery for Meniere's disease: a systematic review and meta-analysis. *Otol Neurotol* 2014; 35:1033–45.
14. Kirby SE, Yardley L. Understanding psychological distress in Meniere's disease: a systematic review. *Psychol Health Med* 2008; 13:257–73.
15. Cocker NJ and al.: Psychological profile of patients with Meniere's disease. *Arch. Otolaryngol. HNS - 1989 ; 115: 1355-7.*
16. Filipo R and al. : Psychologic evolution of patients with Meniere's disease in relation to therapy - *Am. J. Otol. – 1988; 9: 306-9.*
17. Hinchcliffe R: Personality profile in Meniere's disease – *J. Laryngol. Otol. – 1967; 81: 477-81.*
18. Fowler EP- Psychosomatic aspect of Meniere's disease – 1952.