

Vertiges et Audition

Compte rendu de la conférence organisée par Surdi 13 à Aix en Provence le 29 janvier 2005

Intervenants : Dr Fatou (ORL) et Dr Paolino (ORL)

Sommaire

I. Physiologie de l'oreille et principales maladies rencontrées : Dr Fatou (ORL)

1. Le labyrinthe antérieur (l'audition) et le labyrinthe postérieur (l'équilibre)
2. L'équilibre : un système plurifactoriel
3. Définition du vertige
4. Atteintes vestibulo-cochléaires
 - Causes infectieuses
 - Causes traumatiques
 - Causes fonctionnelles
 - Causes neurologiques
 - Causes tumorales
 - Quelques mots sur les vertiges sans atteintes auditives

II. Troubles de l'équilibre chez la personne âgée : intervention Dr Paolino (ORL)

1. Les vertiges liés à l'âge
2. Problème de santé publique
3. La posturographie statique et dynamique
4. La population atteinte
5. Rééducation vestibulaire

III. Témoignages

IV. Questions/réponses



I. Physiologie de l'oreille et principales maladies rencontrées : Dr Fatou (ORL)

1. Le labyrinthe antérieur (la cochlée pour l'audition) et le labyrinthe postérieur (les canaux semi circulaires pour l'équilibre)

Ce qu'ils ont en commun :

- Cellules ciliées
- Liquide endolymphatique qui circule entre les deux compartiments
- Système de transduction c'est-à-dire transformation d'une information mécanique (vibration, accélération) en information électrique

Ce qui les différencie :

- Stimulation de la cochlée par les vibrations sonores
- Stimulation du vestibule par les mouvements et la pesanteur
- Message transmis au cerveau par: le nerf cochléaire pour la cochlée, le nerf vestibulaire supérieur pour le CSC (canal semi circulaire) supérieur, le CSC externe et utricule, le nerf vestibulaire inférieur pour le CSC postérieur et le saccule

2. L'équilibre : un système plurifactoriel

Noyaux vestibulaires en relation avec 4 voies : la voie visuelle, la voie labyrinthique, la voie proprioceptive, la voie neurovégétative
Equilibre si cohérence entre les différentes informations

3. Définition du vertige :

Illusion de mouvement par conflit d'informations sensorielles entre la source vestibulaire malade et les deux autres (visuelle et proprioceptive).

Il y a quatre symptômes importants que l'on ressent plus ou moins : vertige, vomissement, nystagmus (réflexe vestibulo-oculaire), ataxie. Si l'oreille interne ne marche plus, les yeux vont se mettre à bouger. C'est un nystagmus qui va apparaître, ce n'est pas normal.

4. Atteintes vestibulo-cochléaires

- Les causes infectieuses

➤ Otite chronique cholesteatomateuse (atteinte du CSC externe) :

Les osselets sont détruits.

L'infection pénètre à l'intérieur de l'oreille, elle va abîmer ce canal semi-circulaire, cette pathologie peut arriver à tout âge, elle se manifeste par une oreille qui coule de façon constante, les gens mettent souvent un petit coton, et souvent ça ne se sent pas très bon. L'origine peut être congénitale, c'est assez rare, elle est le plus souvent acquise à la suite d'otites à répétition.

On confirme avec un scanner de l'oreille moyenne.

Le traitement chirurgical est obligatoire car le seul efficace.

➤ Labyrinthite sur otite chronique simple ou virale :

Il s'agit d'une infection bactérienne ou virale qui va perforer le tympan et qui se manifeste par une surdité, des acouphènes et des vertiges d'apparition brutale.

Quelqu'un qui a une oreille normale peut faire une otite normale qui devient une labyrinthite. Cela peut donner des surdités de perception très importante, et il faut mettre en urgence les patients sous corticoïdes et antibiotiques.

L'urgence du traitement permet en général de récupérer l'audition. (NDLR : il faut signaler l'urgence lorsque l'on prend contact avec le médecin ORL ou l'hôpital.)

➤ Syndrome de Sicard (Névrite) :

C'est une infection virale qui va toucher le nerf de l'audition, le nerf de l'équilibre et le nerf facial. On appelle cela le paquet acoustico-facial. Le syndrome se manifeste par un grand vertige, une atteinte auditive, et une paralysie faciale d'apparition brutale. Le traitement médical doit être rapide soit par corticoïdes soit par anti-herpétique. (NDLR : il faut signaler l'urgence lorsque l'on prend contact avec le médecin ORL ou l'hôpital.)

• **Les causes traumatiques**

➤ La fracture du rocher :

Des gens qui tombent d'une hauteur peuvent se fracturer le rocher.

Cette fracture se manifeste par un saignement de l'oreille, il y a souvent un hématome derrière le pavillon.

Il peut y avoir des complications, par exemple une surdité. Il peut y avoir des osselets qui bougent et se disloquent, provoquant une surdité de transmission, mais le plus souvent une surdité de perception (atteinte de la cochlée)

L'atteinte vestibulaire n'est pas systématique, il n'y a pas forcément de vertiges.

Le diagnostic sera fait grâce au scanner qui montrera le trait de fracture. Le traitement sera le repos et des corticoïdes. Une autre complication plus embêtante est la paralysie faciale.

➤ Les fistules labyrinthiques :

Elles peuvent être responsables de vertiges positionnels : les gens se plaignent de vertiges quand ils font un effort, quand ils se lèvent ou quand ils remuent.

Il y a une petite fuite de liquide, et l'oreille interne souffre. On observe des vertiges et une chute d'audition. Quand quelqu'un se plaint d'une chute d'audition progressive avec des vertiges positionnels, il faut penser à la fistule. Parfois le repos seul suffit, mais quelquefois il faut faire une exploration chirurgicale pour reboucher cette fuite.

• **Les causes fonctionnelles**

➤ L'hydrops

C'est une hypertension du liquide endolymphatique dans l'oreille.

Il y a des formes mono symptomatiques, elles s'expriment soit par une chute d'audition isolée, soit par des vertiges. Et des formes où il y a les deux signes ensemble.

Au niveau des vertiges, cela donne des crises de vertiges qui reviennent régulièrement. Quand on cherche autre chose, a priori on ne trouve rien d'autre. Il s'agit bien de l'oreille interne.

Souvent cela passe très bien avec des traitements médicamenteux.

C'est souvent déclenché par le stress. Cela peut s'arrêter comme c'est venu, cela n'évolue pas forcément vers la maladie de Ménière. C'est une sorte de maladie de Ménière, mais moins grave.

➤ Maladie de Ménière

On parle de la maladie de Ménière quand on a les 3 symptômes : acouphènes, vertiges, chute d'audition.

Cette maladie de Ménière provoque une surdité d'abord sur les fréquences graves, elle peut être responsable d'une surdité jusqu'à 70 décibels.

Souvent, au début de la maladie, les patients ont des crises de vertiges associées à des bourdonnements. Puis, au bout de dix ans, les crises de vertiges s'arrêtent une fois que l'audition a baissé de 70 décibels.

Ces crises de vertiges sont liées aux augmentations de pression dans l'oreille interne.

Il y a encore beaucoup de recherche à faire parce qu'on n'a pas tellement avancé par rapport à la prise en charge de cette maladie.

On essaie bien sûr de faire baisser la tension. Mais aucun traitement n'est révolutionnaire. Cette maladie peut s'arrêter spontanément. Il y a le même taux de guérison avec tous les traitements, on ne sait pas si l'arrêt de la maladie est spontanée ou du au traitement médicamenteux.

Il y a aussi le traitement chirurgical : on utilise beaucoup la neurotomie vestibulaire mais aussi « le décompression du sac »
Il y a des gens qui ne sortent plus de chez eux, qui ont des vertiges toutes les semaines, qui n'osent plus rien faire.
Après cette intervention, il n'y aura plus ce genre de problèmes. Cela marche très bien l'équilibre se fait alors sur une seule oreille. Il peut rester quelques instabilités. Cela nécessite une semaine d'hospitalisation.
La deuxième solution utilisée dans d'autres régions de France : on injecte de l'aminosine (antibiotique toxique pour l'oreille interne) dans l'oreille interne. Le problème, c'est qu'il y a un risque auditif. C'est une chose utilisée chez les gens qui ont perdu l'audition. Une perte de 20 % supplémentaires sur 70 décibels ce n'est pas grave.
Chez les gens qui ont des restes auditifs importants, c'est très dangereux pour l'audition.

➤ Le vieillissement

Il y a également le vieillissement, je laisserai le Dr Michel PAOLINO en parler plus longuement.

• **Les causes neurologiques**

Parfois, la surdité et les vertiges sont associés à des signes neurologiques.

La SEP, (sclérose en plaque). Il va y avoir des signes associés, des acouphènes et distorsion auditive, des troubles visuels, des troubles sensitifs de type fourmillements. On ira très rapidement faire une IRM

Une autre cause : l'infarctus d'une artère cérébelleuse. Quand il y a une thrombose, tout ce qui est en amont va être détruit. Le terrain est très important lorsqu'il s'agit d'une personne âgée fragile sur le plan vasculaire. Parfois, cela se bouche et se débouche. Les vertiges disparaissent en deux jours.

• **Les causes tumorales**

C'est exceptionnel mais il ne faut pas passer à côté.

Le neurinome : on constate une chute d'audition progressive, associée à des acouphènes.

Absence de vertiges, quelques instabilités

Signes neurologiques si taille importante: maux de tête, vomissements...

Détectées aux PEA (potentiels évoqués auditifs) et IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)

Traitement chirurgical si augmentation de taille ou taille importante.

• **Quelques mots sur les vertiges sans atteintes auditives**

Il y a les vertiges positionnels, la cause réside dans ces fameux cristaux qui se décrochent avec l'âge et qui font fausse route.

Cette pathologie touche les femmes à partir de 50 ans, c'est pour cela que l'on pense qu'il y a des causes hormonales

Elle touche habituellement un des canaux semi-circulaires

La nuit, quand vous êtes allongés dans votre lit, les cristaux vont tomber par gravité. C'est un vertige bref, liée à la position (le vertige se produit quand on se retourne). Souvent aussi, le patient va se plaindre d'un vertige rotatoire très fort lorsqu'il se lève. Tous les examens sont normaux, il n'y a pas de signes auditifs. Cela se traite très bien avec un kinésithérapeute spécialisé.

Il y a également la névrite vestibulaire.

Il s'agit d'une infection virale : elle se manifeste par des vertiges violents d'apparition brutale, vomissements et alitement pendant 3 à 5 jours.

Il y a une instabilité résiduelle pendant 1 mois mais il n'y a pas d'atteinte auditive

En conclusion, vertiges et auditions sont intimement liés, parce que c'est le même organe. Le vieillissement va accélérer ces manifestations. On a, le plus souvent, le moyen maintenant de soigner cela.

II. Troubles de l'équilibre chez la personne âgée : intervention du Dr Paolino (ORL)

Je vais vous parler d'un problème qui est lié au vieillissement : ce sont des troubles de l'équilibre qui apparaissent avec l'âge. Aujourd'hui on a les moyens de les diagnostiquer un peu mieux qu'auparavant.

Je vous rappelle que le fonctionnement de l'appareil de l'audition et celui de l'équilibre est intimement lié. En ce qui concerne la pathologie, l'exemple le plus complet d'une intrication entre la cochlée et le vestibule est la maladie de MENIERE, mais il y a des formes totalement dissociées comme la surdité brusque pour la cochlée et la névrite vestibulaire pour le vestibule.

La fonction d'équilibration est gérée par trois grands systèmes : le système vestibulaire, le système visuel et le système proprioceptif, le tout sous le contrôle du cervelet. Il faut qu'il y ait une cohérence entre ces différents systèmes, pour que le cerveau fournisse un équilibre stable.

Le trouble de l'équilibre lié à l'âge apparaît préférentiellement sur le système vestibulaire.

1. Les vertiges liés à l'âge

Voyons quelques idées générales pour évoquer le problème des troubles de l'équilibre .

Il faut retenir qu'un sujet sur cinq qui chute après 65 ans pour des raisons d'équilibre meurt dans l'année qui suit la chute.

Cela représente 10 000 décès par an.

Malgré la consultation de divers spécialistes, de la réalisation de nombreux examens pour connaître l'origine du trouble, (scanner, IRM etc..) on était en général tout à fait incapable de reconnaître ce trouble jusqu'à ces dernières années.

2. Problème de santé publique

Une personne âgée instable devient de plus en plus dépendante au fur et à mesure de l'évolution de sa pathologie. Elle va avoir besoin d'une tierce personne, de soins à domicile etc...

La personne perd son autonomie locomotrice, reste chez elle, déprime et accroît de façon considérable son vieillissement.

Sa qualité de vie en est affectée. La morbidité et la mortalité sont élevées. Le coût social est important.

Vous comprenez alors que l'instabilité du sujet âgé est aujourd'hui un véritable problème de santé publique. à travers cela que c'est aujourd'hui un véritable problème de santé publique.

Aux états unis une étude récente a montré que pour l'instabilité du sujet âgé, la relation coût-bénéfice était très largement en faveur des mesures de prévention.

3. La posturographie statique et dynamique

Le sujet instable est exploré par un examen vestibulaire clinique et instrumental on a aussi étudié la verticale subjective, pour savoir si la personne se positionne bien dans l'espace ; de plus un nouvel examen est apparu récemment : la posturographie statique et dynamique.

Les premiers matériels provenaient des États-Unis parce qu'ils avaient une recherche fondamentale plus en avance que nous grâce aux recherches liées à l'envoi des hommes dans l'espace. Malheureusement l'appareil qui permet de diagnostiquer ces anomalies est extrêmement coûteux.

Il a fallu trouver des moyens pour que ce genre d'appareil soit financièrement accessible à de nombreux praticiens, de façon à ce que ce problème soit mieux connu et mieux traité.

Le matériel que nous utilisons est multiple : plateforme fixe et plateforme dynamique.

Tout d'abord nous travaillons avec la plateforme fixe, sur laquelle on étudie l'équilibre statique du sujet. Sur la plateforme mobile on apprécie le comportement du patient dans ces conditions dynamiques.

La comparaison des résultats statiques et dynamiques va nous permettre d'individualiser un certain nombre de troubles et de reconnaître grâce à des histogrammes délivrés par la machine le rôle respectif des différentes afférences visuelle, vestibulaire et proprioceptive participant à la fonction d'équilibration.

Plateforme motorisée :

La plate-forme va provoquer des stimulations brutales et transversales, et ensuite sinusoïdales. On va ensuite analyser le temps qu'il faut au sujet pour retrouver son équilibre. Puis on mesurera l'énergie musculaire que le patient dépense pour garder son équilibre.

Le temps de re-stabilisation, l'énergie dépensée, le déphasage, le gain sont les critères les plus pertinents pour repérer les sujets chuteurs.

On a ensuite étudié une population de sujets instables. Parmi eux, il y avait des sujets qui avaient chuté, et d'autres qui n'avaient pas chuté.

Par exemple et globalement se sont les femmes qui sont les plus atteintes.

Ce qui nous a intéressé, ce sont les gens qui n'avaient jamais chuté alors qu'ils présentaient les mêmes critères de potentialités de chutes que les sujets chuteurs.

Le résultat est le suivant :

Il est tout à fait normal de retrouver chez le sujet qui est chuteur, 3 ou 4 critères de chutes. Les critères choisis sont donc pertinents .

Chez les personnes qui n'ont pas chuté, il y a moins de critères de chutes, un ou deux au maximum, mais malgré tout il y a 31 % d'entre elles présentant 3 ou 4 critères de chutes ,comme les chuteurs. Cela nous intéresse tout particulièrement et c'est un des aspects intéressant du développement de nos techniques, car il a permis d'améliorer l'identification des sujets potentiellement chuteurs, d'améliorer la prévention du risque de chutes, d'adapter la rééducation et la réhabilitation des troubles de l'équilibre du sujet âgé, pour une meilleure qualité de vie et un coût social nettement moins important.

L'objectif est de vulgariser ces techniques auprès des maisons de retraite et de trouver des solutions pour empêcher ces personnes âgées de tomber ou tout au moins de limiter l'impact de ces chutes.

4. La population atteinte

L'apparition de l'instabilité est progressive, à partir de 65 ans, chez deux femmes pour un homme, provoquant une sensation d'insécurité, la peur de tomber, l'impression de tête lourde et parfois la chute.

Le bilan : ce sont des gens qui entendent mal (presbycusie), l'examen vestibulaire est le plus souvent normal, l'appareil périphérique est normal. On se retrouve devant un syndrome d'omission vestibulaire.

Quand on fait les tests, on s'aperçoit que le sujet ne se sert plus correctement de son appareil vestibulaire qui est pourtant encore fonctionnel. À partir de là, on a développé des techniques pour l'aider à restaurer, à rééduquer l'utilisation de cet appareil.

5. Rééducation vestibulaire

➤ Au domicile

Quand le trouble n'est pas très important, on peut essayer de faire de la rééducation à domicile, on va donner au patient un certain nombre d'indications pour qu'ils fassent ces exercices lui-même à la maison. On va donner des conseils généraux pour des personnes qui ont des troubles de l'équilibre avec pour principal objectif de retrouver la confiance en soi.

On va exécuter les exercices en partant du plus simple vers le plus compliqué pour ne pas décourager la personne.

Il est nécessaire de sécuriser l'environnement pour éviter de se cogner. Il faut que cela devienne une sorte de jeu pour que l'on soit motivé.

Il est important que l'entourage familial soit conscient du problème et participe à cette rééducation et il est important d'en parler.

➤ Chez un kinésithérapeute

Quand le trouble est plus important, on ne peut pas se permettre de laisser le sujet se guérir tout seul. On va développer des exercices par l'intermédiaire d'un kinésithérapeute, avec un appareillage adapté.

Cette rééducation ne peut s'effectuer que sur prescription médicale précisant le nombre de séances, le diagnostic le plus précis et, dans le meilleur des cas, la séquence rééducative. Le kiné doit posséder avec la prescription médicale un examen posturographique commenté. La rééducation vestibulaire doit toujours être précédée d'un testing initial. Dans notre centre, nous pratiquons « le parcours de l'équilibre », avec une notation clinique ; puis, pour chaque poste de rééducation, une appréciation de 1 à 5 est réalisée. A la fin de la rééducation, on effectue un testing final que l'on compare à l'initial pour juger de l'efficacité de la rééducation. Enfin un examen posturographique de contrôle est exécuté pour apprécier le résultat, le plus objectivement possible.

Pour l'exercice spécialisé, chacun des postes va essayer de travailler les différents systèmes dont on parlait tout à l'heure et qui participe à la fonction d'équilibration.

D'abord, on va voir par un petit parcours effectué dans une salle de rééducation, on va les faire marcher, avec un circuit à suivre au sol, qu'on va d'abord exécuter les yeux ouverts puis les yeux fermés, s'asseoir sur une chaise se relever ; on note tout ce qui se passe.

C'est une approche multi sensorielle qui fera appel aux trois facteurs d'équilibre.

Il y a le trampolino ; ensuite, dans une salle obscure on va délivrer des stimulations optocinétiques pour ne laisser travailler que l'appareil vestibulaire. Dans cette situation, le sujet est très déstabilisé car seul son vestibule «malade » lui permet de faire face.

Voilà un panel important de postes de travail pour essayer de retrouver un équilibre de meilleure qualité.

Les résultats sont les suivants :

Voici les résultats avant la rééducation on retrouve le vestibule qui est altéré

Après la rééducation : le score est largement remonté dans les deux cas avec une très bonne activité vestibulaire et les patients sont très contents de ce type de rééducation.

III. Témoignages

Témoignage de Catherine : (extraits de Résonnances n° 17)

J'ai connu 2 périodes de vertiges de Ménière : d'abord en 1986, puis ça a repris en 2000 et je suis toujours dans cette seconde période.

Entre les 2, il y a eu une intervention chirurgicale (en juillet 1990), absolument merveilleuse pour moi car elle a supprimé tous les vertiges pendant 10 ans. Je me suis empressée d'effacer de ma mémoire tout ce qui avait trait à cette période de 4 ans environ. L'intervention s'appelle « décompression du sac », pratiquée sur l'oreille gauche, la seule touchée à cette époque.

Au début, la veille, j'avais des acouphènes, mais je ne les prenais jamais comme un signal d'alarme. J'occultais totalement l'idée de vertige jusqu'à ce qu'il « me tombe dessus ». Là, il fallait bien que je me débrouille.

Mes vertiges s'accompagnant de vomissements et de diarrhées : rejoindre des toilettes le plus rapidement possible devenait mon seul objectif.

Après je devais téléphoner pour avoir une piqûre intraveineuse ; à Paris, les infirmières ont des plannings surchargés, et les urgences de ce genre doivent être « prévues à l'avance », m'a-t-on répondu un soir ! Donc un seul recours : SOS médecins qui, en général, envoyait quelqu'un assez rapidement. Je l'attendais, assise par terre, dans le couloir, dos et tête collés au mur, derrière la porte que je pouvais ouvrir en tendant le bras quand le médecin sonnait. Pas question de lire car tout se remet à tourner, juste la « cervelle » qui pense à ce que pourra être l'avenir...

Quand en septembre 2000 j'ai eu l'impression d'avoir de nouveau une surdité brutale, j'ai attendu pour m'en préoccuper : c'était le week-end du patrimoine et il n'était pas question que je rate les occasions de visites proposées.

Finalement j'ai dû aller aux urgences dans la soirée du dimanche et on m'a annoncé que c'était Ménière. Je ne voulais surtout pas revivre le cauchemar précédent.

On m'a conseillé de changer de vie car c'était très lié au stress. « Comment ? » « *Je ne sais pas, me dis le médecin, mais mes patients qui reviennent guéris, me disent j'ai changé de vie !* ». Je n'ai toujours pas compris ni su faire et pourtant je constate que je me suis beaucoup « calmée » depuis ces dernières années. Déjà, parce que malentendante je dois me concentrer pour comprendre ce qui est dit, je ne peux faire autre chose en même temps. Par ailleurs je me stresse moins, consciemment, mais la vie se charge quelques fois de le faire à votre insu ! et je ne sais pas agir sur mon inconscient puisqu'il ne suffit pas de dire « je n'aurai pas de vertige » pour que cela se réalise ! .

Je constate que je vis cela de façon tout à fait différente de la 1ère période :

- j'ai toujours une ordonnance pour les piqûres et comprimés sur moi. J'entrepose des piqûres dans tous les lieux où je vais régulièrement et je ne pars jamais en week-end sans la pochette les contenant.

Je peux me trouver dans 4 états différents :

*je n'ai pas de vertiges et n'y pense pas

*j'en ai un fort, je tombe par terre et appelle médecin ou infirmière,

*je sens que ça commence, je prends tout de suite des comprimés,

*je me sens « vertigineuse » : j'ai l'impression que c'est là, tout près et je ne me sens pas sûre de moi (je ne conduirais pas, par exemple), mais le vertige ne se « déclare » pas.

Ces états se retrouvent aussi bien le jour que la nuit : être réveillée par un vertige, alors qu'il me faut avoir la tête verticale, c'est assez dur !

Je n'ai pas rétréci mon univers comme je l'avais fait la 1ère fois ; je pense bien sûr qu'un vertige peut arriver, mais je sais ce que je ferai alors (vive les portables et les n° enregistrés !). Je refuse de ne plus vivre à cause de cela, la surdité m'a déjà supprimé suffisamment de choses auxquelles je tenais et que je ne peux remplacer !

Je vous raconte un exemple-type pour vous détendre !

Mon dernier sur la voie publique date d'un mois : je prends le RER pour aller voir un ami. Je dois changer de RER à St Michel lorsque cela me tombe dessus : vite les comprimés, « ça va passer ! Pas aujourd'hui on a eu trop de mal à trouver cette date ! ». Je sors du train, je dois descendre des escaliers qui s'enfoncent profondément, je m'agrippe à la rampe, ne regarde pas tout ce vide devant moi et me répète « ça va aller » ! Arrivée sur le quai, heureusement le train n'est pas là, je zigzague et m'appuie contre le mur de faïence blanche de façon à ne pas tomber. J'attends, ça empire, les comprimés n'ont pas marché. Je finis par demander de l'aide à des gens qui passent devant moi, je leur explique ce que j'ai, le fait que je ne peux marcher et qu'il faut demander de l'aide au service sécurité. Le grand jeu : la sécurité, le chef de station, puis les pompiers, et moi assise par terre maintenant. Les pompiers m'installent sur un fauteuil à 2 roues qui doit être basculé pour avancer, je leur ai dit que je devais garder la tête parfaitement verticale, donc ils me préviennent dès qu'on prend un nouvel escalator et qu'ils vont devoir incliner davantage le fauteuil. On ressort devant l'Hôtel Dieu où ils me mènent aux urgences. Je ne réaliserai qu'après, qu'on est ainsi passé sous la Seine et le parvis de Notre Dame : j'aime les ballades insolites, mais je n'ai pas su apprécier celle-ci à sa juste valeur !

Je ne dirai jamais assez combien les pompiers sont « sympas », ayant eu affaire à eux plusieurs fois. Comme il est dommage qu'on ne tombe pas dans les pommes lors d'un vertige car cela nous oblige à continuer de diriger les opérations car on est seul à même de donner les informations sur ce « malaise » rare et enfin combien le vertige est bestial : j'ai vraiment l'impression d'être ravalée au niveau d'un animal qui se traîne, sans même marcher à 4 pattes, par terre et qui ne peut qu'attendre que cela « passe » plus vite avec la fameuse piqûre, mais rendue KO jusqu'au lendemain matin.

Témoignage dans la salle :

J'ai eu toutes sortes de vertiges, je suis très montagnarde, et je n'ai pas de vertiges liés à la peur du vide.

Il y avait eu un très fort mistral, c'est l'explication que je me suis donné après coup. Avec ma copine, on s'est réfugié sur le versant qui était protégé. J'étais bien, je n'avais aucun trouble... À ce moment-là, j'ai piqué une tête dans cette pente raide, je me suis dit : je vais me fracasser quelque part.

J'ai pensé que la chute était inéluctable. Je me suis retrouvé par terre.

Réponse : en général cela n'est pas lié à un problème vestibulaire

Témoignage d'un homme dans la salle :

J'ai été très touché par le témoignage de Catherine, parce que c'est ce que j'ai : la maladie de Ménière. J'ai été complètement catastrophé lorsque j'ai subi ces premiers vertiges parce qu'on ne sait pas du tout ce qui nous arrive. Cela tourne tout d'un coup et on ne se tient plus droit. On vomit. On nous dit de prendre du Tanganyl. Mais comme on n'arrête pas de vomir, on le rend également.

J'attendais que cela passe tout simplement. Je suis allé chez plusieurs spécialistes qui m'ont dit qu'il n'y avait pas de moyens pour enrayer cela.

On me conseillait d'éviter d'y penser. Du coup, je me suis mis à faire beaucoup de sport, planche à voile, sport d'équilibre de façon à enrayer le processus. Mais de temps en temps, tous les 3 ou 4 ans, j'ai une crise assez grave.

Il y a quatre ans, j'ai eu une grosse crise, je suis allé voir un spécialiste. Je devais faire une opération parce qu'on me disait que cela devait annuler les vertiges.

Puis j'ai eu deux grosses crises, il y a plus d'un an à Noël, et depuis plus rien.

Témoignage dans la salle :

Simplement pour dire que je suis atteint de troubles de l'équilibre depuis une dizaine d'années, certainement liés à mon problème de surdité. Ces vertiges ne sont pas permanents, ils m'ont limité dans un certain nombre d'activités, ces crises se déclarent dans des périodes de stress, quand je dois reprendre le travail par exemple, et à chaque changement de saison. Ces vertiges se manifestent par des troubles très légers, j'ai pris des traitements ponctuels sans résultats, mais je voudrais dire que j'ai fait de la rééducation vestibulaire, et que c'est formidable. Je l'ai fait avec un kinésithérapeute de Martigues. Il y a un côté astreignant, à cause du nombre de séances, et ce n'est pas facile. Mais ces séances apportent énormément.

IV. Questions/Réponses

Je vais d'abord répondre à cette dame : elle nous a dit tout l'intérêt de la rééducation vestibulaire, et il n'y a pas de meilleur témoignage... mais elle dit que **d'année en année elle a des résultats moins importants**. C'est vrai qu'on a au fur et à mesure des résultats moins satisfaisants pour les personnes parce qu'on ne peut empêcher le vieillissement d'apparaître... C'est une constante. Pour ce qui nous concerne ce qui m'étonne, à travers ce que j'ai entendu dans votre témoignage, c'est qu'il semble que malgré tout vous êtes une personne stressée, et moi je vous conseillerais de pratiquer de la relaxation, et je pense que du coup vous auriez des résultats plus intéressants en rééducation.

L'origine des acouphènes peut-elle être médicamenteuse ?

La réponse est oui. Parmi les médicaments oto-toxiques, il y a l'aspirine à forte dose qui donne des acouphènes (NDLR : on considère que 2 grammes par jours pendant 4 à 5 jours n'est pas toxique, éviter de dépasser 2g par jours), le vaccin pour l'hépatite, non Il y a des gens qui présentent des acouphènes au réveil qui sont liés à des problèmes vasculaires... C'est la vascularisation de l'oreille qui pose le problème

La rééducation vestibulaire peut-elle se faire à Aix ?

La réponse est Oui.

Il y a au moins un kinésithérapeute spécialisé à Aix,

À Marseille, il y a au moins trois cabinets privés, 2 qui travaillent très bien, un qui travaille correctement, je pense que c'est là que l'on a aujourd'hui les meilleurs résultats parce qu'on travaille beaucoup en groupe. À Martigues, il y a ce fameux kinésithérapeute qui est très connu. Qui est très bien.

Pour les vertiges, maladie de Ménière, faut-il contrôler la prise de sel ?

Réponse : Je conseille de ne pas abuser du sel, mais je dis aux gens de vivre normalement, cela ne sert à rien de se priver. N'abusez pas du sel tout simplement.

Il faut rester modéré en tout. Il faut aussi éviter les excitants.

Comment sait-on qu'on est atteint du vertige de Ménière ?

Les crises de vertiges récidivantes et rotatoires sont un symptôme... On essaie de demander le moins possible d'IRM, parce qu'il y a maintenant plus de trois mois d'attente. La betahistidine marche bien.

Il faut toujours commencer par faire un examen audio vestibulaire. Si cet examen diagnostique quelque chose, on peut s'arrêter là.

Est-ce que le fait d'avoir une hépatite A ou B peut-être une cause de la maladie de Ménière ?

A priori, non il n'y a pas de rapport.

Mais il faut garder en tête qu'on ne sait pas à quoi est due la maladie de Ménière.

J'ai eu une amélioration en faisant un régime sévère pour le foie

Quand une maladie de Ménière s'arrête, on ne sait pas pourquoi. C'est le problème de cette maladie.

M. X l'a très bien décrit, parfois, cela s'arrête complètement.

La rééducation vestibulaire peut-elle être préventive chez une personne qui a eu des vertiges et des pertes d'équilibre ancien ?

Réponse : Je répondrai qu'il faut faire un bilan pour savoir s'il y a une pathologie résiduelle. Ce phénomène peut-être latent.

Les dames se posent la question : pourquoi sont-elles plus fragiles face à cette maladie ?

Réponse : Je pense que c'est un problème d'activités, elles avaient une activité physique moins importante que les hommes. On n'aura peut-être plus maintenant cette différence parce que les femmes sont plus actives. Une vie tonique est la meilleure façon de reculer ces problèmes.

Cette dame à un gros problème de vertige, isolé, et, a priori, non diagnostiqué.

Réponse : C'est sûr qu'il y a des vertiges que l'on n'arrive pas à identifier. Peut-être qu'avec l'évolution des techniques... Je ne sais pas si vous avez fait des examens récemment ? Avez-vous tout essayé ?

On ne peut pas vous répondre comme cela, il faut un examen complet. Évidemment, il n'y a jamais 100 % de réussite.

Y a-t-il une prédisposition familiale à faire des cupulolithiases ?

Réponse : Ce sont les fameux petits cristaux dont je parlais tout à l'heure.

J'ai lu que les chutes brutales ne seraient pas liées à des problèmes vestibulaires.

Il y a des causes vasculaires qui peuvent provoquer des déséquilibres brutaux, des causes neurologiques aussi. Il est rare que les problèmes vestibulaires causent des chutes brutales.

Conférence organisée par :

SURDI-13 Association de devenus sourds et malentendants

11 Rés. la Combe aux Peupliers, Aix Tel/fax : 04 42 64 13 57 après 18h

Permanences : Aix : Le Ligourès Place Romée de Villeneuve, salle 313, lundi 17h-18h30

Marseille : Cité des Associations, 93, La Canebière 13001 Marseille, Mardi 16h30-18h30

Surdi13@wanadoo.fr **<http://www.surdi13.org>**

