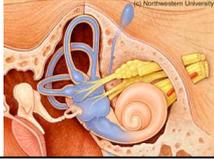


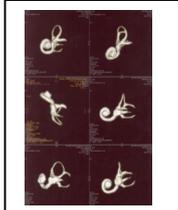
Résultats de la rééducation vestibulaire dans les suites des chirurgies destructrices de l'oreille interne et de la chirurgie de comblement des canaux. (Eric BLIN Enghien)



Prosper Ménière décrit en 1861, la maladie qui porte son nom. L'hypothèse qui prévaut actuellement est celle de l'hydrops endolymphatique, c'est-à-dire l'augmentation de pression des liquides compris dans le labyrinthe membraneux. Les signes cliniques sont classiquement la triade : hypoacousie fluctuante, crise de vertige de plus d'une heure, acouphènes. L'évolution se fait au cours du temps vers la cophose et l'aréflexie vestibulaire.



Rééducation dans le cadre d'une chirurgie de comblement des canaux

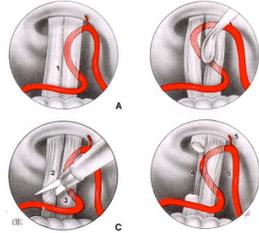


Les techniques conservatrices du patrimoine sensoriel sont la chirurgie du sac endolymphatique et la chirurgie de comblement des canaux. Dans cette dernière technique le chirurgien ORL vient délicatement aborder les canaux semi-circulaires externe et postérieur et impacter de la poudre d'os sans léser le labyrinthe membraneux. Il n'y a pas de désafférentation donc pas besoin de compensation. L'intervention ne laisse que des troubles de l'équilibre de type de « sidération » vestibulaire.

INTRODUCTION

La maladie de Ménière peut dans certaine forme être rebelle au traitement médical et kinésithérapique. Cette forme invalidante avec la succession de crises de vertige rend la vie des patients insupportable. Une solution chirurgicale est parfois proposée pour contrôler la survenue des crises. Cette solution peut être conservatrice des structures neurosensorielles (décompression du sac endolymphatique ou comblement des canaux semi-circulaires) ou destructrice par labyrinthectomie ou neurotomie vestibulaire. Nous nous sommes intéressés aux nombre de séances de rééducation vestibulaire qui suivent la neurotomie du nerf vestibulaire versus la technique de comblement des canaux semi-circulaires. Le critère de fin de rééducation a été défini par une normalisation des tests 5 et 6 avec 2 essais maximum au test d'organisation sensorielle d'Equitest.

Rééducation vestibulaire dans le cadre d'une neurotomie vestibulaire



Dans le cadre d'une neurotomie vestibulaire, la section du nerf VIII entraîne une déafférentation brutale. Un processus de compensation vient se mettre en place. La rééducation vestibulaire doit accélérer et pérenniser cette compensation. La stabilisation de l'image, par la compensation du réflexe vestibulo-oculaire (RVO) est acquise en utilisant la technique du fauteuil rotatoire (méthode A. Sémont). On modifie ainsi le gain du RVO. La symétrisation des réponses aux rotations horaires et anti-horaires signe l'arrêt de la rééducation au fauteuil. Dans le cadre d'une labyrinthectomie chimique ou chirurgicale le processus est identique. La rééducation du réflexe vestibulo-spinal fait appel aux techniques de stimulations optocinétiques et de déséquilibres aléatoires grâce au Smart-Equitest. La normalisation des tests 5 et 6 avec 2 essais maximum au test d'organisation sensorielle d'Equitest signe la fin des séances de rééducation vestibulaire. Dans le cadre de la rééducation après destruction définitive de l'organe vestibulaire (neurotomie, labyrinthectomie) un nombre variable de séances de rééducation est nécessaire pour atteindre une compensation du RVO. De même, le SNC doit recalibrer le réflexe vestibulo-spinal en partie responsable de l'équilibration du corps, les informations vestibulaires qui provenaient de deux capteurs ne provenant plus que d'un seul.



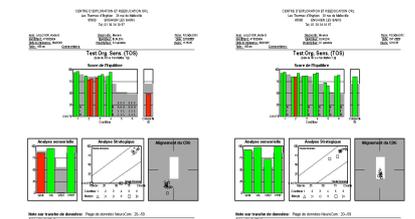
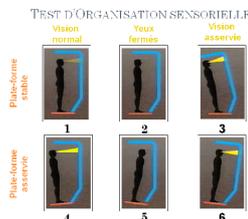
Rééducation des troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire

La rééducation de l'équilibre se fait essentiellement sur une plate-forme de rééducation le Smart-Equitest (Neurocom) à l'aide de stimulations déséquilibrantes aléatoires. Ces séances alternent avec des stimulations optocinétiques. La rééducation de l'équilibre utilise les mêmes outils dans les suites opératoires des deux techniques mais la finalité est différente : compensation dans le cas de la destruction chirurgicale, réutilisation d'une information présente mais transitoirement mise de côté dans le cas de la chirurgie de comblement.

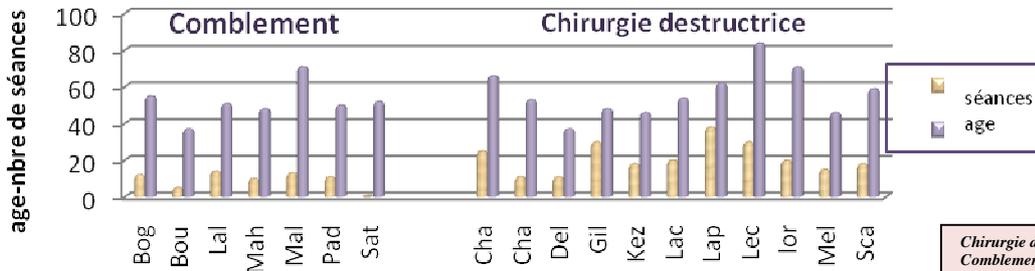


Quantification des résultats

L'Equitest est une plateforme de force dynamique capable de quantifier le « poids » des trois entrées sensorielles. Ces trois entrées sont la somesthésie, la vision et l'information vestibulaire. Le test se déroule en 6 étapes, répétables 3 fois. Le résultat s'affiche sous la forme d'un histogramme en pourcentage de stabilité. Une norme calculée par tranche d'âge permet de visualiser les résultats par rapport à une population asymptotique



Nombre de séances chirurgie destructrices/Comblement



Chirurgie destructives : 21,5 séances
Comblement : 10,6 séances

Résultats

Nous avons comparés un groupe de 11 sujets (7 neurotomies vestibulaires et 4 labyrinthectomies), 6 femmes et 5 hommes de 37 à 84 ans avec un groupe de 7 sujets ayant bénéficiés d'un comblement des canaux semi-circulaires latéraux et postérieur sauf pour un sujet qui n'a bénéficié que du comblement du canal externe. La population est certes faible mais on constate que les sujets présentant un comblement des canaux ont besoin de moitié moins de séances de rééducation

Discussion : La chirurgie de comblement des canaux est un temps opératoire court et peu invasif. La kinésithérapie post-opératoire de levée est beaucoup plus aisée. La rééducation vestibulaire est facilitée par le fait qu'il n'y a pas besoin de rechercher une compensation vestibulaire ni du réflexe vestibulo-oculaire ni du réflexe-vestibulo-spinal. La rééducation vestibulaire dans la chirurgie de comblement des canaux demande donc moitié moins de séances de rééducation que la neurotomie ou la labyrinthectomie.

Remerciements aux docteurs Hervé Lacombe chef de service et Jean-Louis Queslier (service ORL hospital Delafontaine Saint-Denis 93)
Eric BLIN : kinésithérapeute rééducateur vestibulaire pole médical des Thermes 38 rue de Malleville 95880 Enghien les Bains blin.eric@wanadoo.fr