

## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques

Décembre 2017

**Messages clés**

- Le vertige position paroxystique bénin (VPPB) est le plus fréquent de tous les vertiges : c'est vertige rotatoire vrai, déclenché par les changements de positions de la tête, durant moins de 60 secondes, associés à un nystagmus, sans signe cochléaire ni neurologique. Il disparaît spontanément dans 30 % des cas dans les 7 jours.
- Il implique un ou plusieurs canaux semi-circulaires et provoque différents types de symptômes associés (nausées, vomissements).
- S'ils n'ont pas suivi de formation spécifique, les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes doivent réorienter tout patient présentant un VPPB vers un professionnel spécialisé.
- Le mode de prise en charge et les moyens utilisés pour traiter les symptômes du VPPB doivent systématiquement respecter plusieurs principes : un interrogatoire adapté pour identifier l'histoire et l'expression du VPPB, l'exécution du test de Dix-Hallpike et du test positionnel rotatoire couché pour identifier le ou les canaux semi-circulaires incriminés, une évaluation complète de l'équilibre et des handicaps du patient, l'élaboration d'un plan de traitement incluant la ou les manœuvres les plus adaptées pour traiter les canaux semi-circulaires incriminés.

**SAVOIR REORIENTER LE PATIENT**

S'ils n'ont pas suivi de formation spécifique, les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes doivent réorienter un patient présentant un VPPB vers un professionnel formé.

Les professionnels formés doivent réorienter le patient vers un médecin oto-neurologue :

- en présence des drapeaux rouges suivants : céphalées, diplopie, ataxie, acouphènes, otalgie, cervicalgies et/ou tout autre signe neurologique ;
- en cas de nystagmus spontané :
  - nystagmus spontané torsionnel et vertical,
  - nystagmus s'inversant selon la position du regard,
  - nystagmus s'inversant spontanément,
  - nystagmus spontané sans vertige ;
- en cas d'apparition, immédiatement après la manœuvre déclenchante, d'un nystagmus qui dure quelques minutes, de vitesse constante sans paroxysme et ne s'accompagnant pas d'une sensation de vertige ;
- en cas d'évolution inattendue.

## DENTIFIER L'ORIGINE DU VPPB

Le diagnostic de VPPB se pose devant un vertige ou une sensation rotatoire positionnelle déclenchés au lever, au coucher ou au lit à dominante matinale avec une tendance à l'amélioration dans la journée et associés à un nystagmus dont les caractéristiques sont précises et objectivables.

L'histoire de la maladie du patient est un critère diagnostique indispensable afin de repérer un vertige pouvant être d'origine périphérique et de préciser ces circonstances de déclenchement.

Afin de mettre en évidence l'origine du VPPB, idiopathique ou secondaire, il est suggéré d'identifier si les vertiges sont apparus à la suite d'un événement traumatique dans l'histoire du patient, tels qu'un traumatisme, une maladie virale ou une manipulation cervicale.

Lors de l'examen du patient, le clinicien déclenche en premier un nystagmus positionnel typique dépendant du canal impliqué sur la base de la symptomatologie.

Le diagnostic du VPPB est clinique et permet d'identifier l'origine du VPPB :

- canal semi-circulaire postérieur ;
- canal semi-circulaire antérieur (= supérieur) ;
- canal semi-circulaire horizontal (= latéral) ;
- cas particuliers :
  - VPPB présentant des formes multicanalaires ou bilatérales,
  - VPPB ressenti mais sans nystagmus visible,
  - conversion de canal.

Concernant le **VPPB du canal semi-circulaire postérieur** :

<b>A</b>	Le test de Dix-Hallpike est le premier test de référence pour son diagnostic
<b>B</b>	Le diagnostic est posé quand le vertige associé à un nystagmus torsionnel géotropique, vertical supérieur, épuisable et paroxystique, apparaissant après un temps de latence, est provoqué par le test de Dix-Hallpike.

Concernant le **VPPB du canal semi-circulaire horizontal** :

<b>C</b>	Il est diagnostiqué quand le vertige associé à un nystagmus horizontal est provoqué par le test positionnel rotatoire couché (« <i>supine roll test</i> ») avec une flexion légère de la tête et lorsque le sens du nystagmus s'inverse lors du changement de rotation de la tête.
<b>AE</b>	Il est recommandé de positionner la tête en antéflexion de 30 degrés pour déterminer le côté affecté dans les canaux horizontaux.

## CHOISIR LES BONNES MANŒUVRES

Le traitement du VPPB est clinique, et dépend notamment du canal semi-circulaire impliqué.

Pour traiter le **VPPB du canal semi-circulaire postérieur**, il est recommandé d'utiliser :

<b>A</b>	la manœuvre de repositionnement des canolithes (MRC) d'Epley
<b>B</b>	ou la manœuvre libératrice de Sémont <i>et al.</i>
<b>C</b>	En cas de persistance et de typicité des symptômes après exécution d'une première manœuvre, il est recommandé de répéter plusieurs fois la manœuvre sur une même séance si le test de Dix-Hallpike est positif et que les conditions physiques et le ressenti du patient le permettent.

Pour traiter le **VPPB du canal semi-circulaire horizontal**, il est recommandé d'utiliser :

- |          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | la manœuvre de Lempert et Tiel-Wilck ou la manœuvre de Gufoni <i>et al.</i>  |
| <b>C</b> | L'état des connaissances ne permet pas de recommander ou réfuter l'utilisation de la manœuvre de Vannucchi-Asprella pour cette forme de VPPB.                      |
| <b>A</b> | Il est recommandé d'utiliser la manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> pour convertir une forme agéotrope de VPPB du canal semi-circulaire horizontal en forme géotrope. |

Pour traiter le **VPPB du canal semi-circulaire antérieur** :

- |          |   |
|----------|---|
| <b>C</b> | L'état des connaissances est insuffisant pour recommander ou réfuter les différentes manœuvres proposées. |
|----------|---|

## SAVOIR PRESCRIRE

- |           |   |
|-----------|---|
| <b>AE</b> | Il est recommandé de formuler la prescription de kinésithérapie de la façon suivante :<br>« Bilan-diagnostic kinésithérapique, manœuvres thérapeutiques pour vertige positionnel et contrôle si nécessaire ». |
|-----------|---|

## CONTINUE DE LA REEDUCATION

- |          |   |
|----------|---|
| <b>C</b> | Les cliniciens peuvent réévaluer les patients dans un délai d'un mois après une période initiale d'observation ou de traitement pour confirmer la résolution des symptômes et orienter vers un médecin spécialiste en cas d'évolution non attendue. |
|----------|---|

## EDUCATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

- |           |  |
|-----------|--|
| <b>C</b>  | La littérature est insuffisante pour recommander le type de conseils à prodiguer aux patients relativement aux comportements qu'ils doivent adopter selon leur VPPB.   |
| <b>AE</b> | Il est recommandé que le professionnel de santé prenant en charge le patient atteint de VPPB délivre au minimum les informations suivantes : mécanisme du VPPB et identification et compréhension des symptômes. |

~