

FACT SHEET: Diagnostic différentiel et traitement des différentes pathologies vestibulaires

Auteur: Suzanne Moore, PT, DPT, OCS

Traduction: Loïc Vest PT

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Vertige Positionnel Paroxystique Bénin (VPPB)

Anamnèse :

Vertige provoqué par le changement de position de tête (ex: tourner dans le lit ou s'allonger), durant **de quelques secondes à une minute**. Peut aussi se plaindre d'un déséquilibre lors de la marche ou en position debout immobile.

Examen Clinique principal :

Manœuvre diagnostic de **Dix-Hallpike** positive, reproduisant les symptômes de vertiges et nystagmus torsionnels avec composante verticale supérieure (canal postérieur) et inférieure (canal antérieur). Manoeuvre de **Roll** reproduit les symptômes du vertige et un nystagmus horizontal (canal latéral). Les nystagmus induits en fonction du canal ont une courte latence et diminuent en intensité avec la répétition des manœuvres.

Traitement :

Manœuvres de repositionnement comme celles d'Epley ou Sémont, faites par un thérapeute expérimenté. La rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre est recommandée si le patient se plaint d'instabilité persistante. L'opération est envisagée pour des cas récalcitrants, mais sont rares.

Névrite vestibulaire / Déficit unilatéral aiguë

Anamnèse :

L'apparition soudaine de vertiges rotatoires constants, instabilité posturale, nystagmus et nausées *sans* perte auditive depuis **24-72 heures**. Après quelques jours, le patient va commencer à rebouger mais se plaindra d'étourdissements et d'instabilités aux mouvements de tête, à différents degrés.

Examen Clinique principal :

Phase aiguë : Nystagmus horizontaux (phase rapide vers l'oreille saine) et instabilité posturale sévère. *Phase chronique* : Degrés variables d'instabilité posturale et étourdissements aux mouvements. Un test d'Halmagyi peut être positif. Diminution de réponse unilatérale aux épreuves caloriques. Audiogramme non pathologique.

Traitement :

Phase aiguë : les vestibulo-suppresseurs et corticostéroïdes sont indiqués ³. Les vestibulo-suppresseurs ne doivent pas être prolongés. La rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre est indiquée pour améliorer la stabilité de la vision, le contrôle postural et diminuer les vertiges persistants.⁴

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Labyrinthite

Anamnèse :

Idem que la névrite vestibulaire à l'exception que le patient se plaint de **perte auditive** et **acouphènes**. Souvent associée avec une otite moyenne (virale ou bactérienne)

Examen Clinique principal :

Idem que névrite, excepté un audiogramme pathologique se traduisant par un déficit neurosensoriel.

Traitement

Traitement de la pathologie primaire (bactérienne ou virale). Vestibulo-suppresseur, stéroïdes ou antiviral en fonction de la pathologie

Pathologie de Menière

Anamnèse :

Crises répétées de vertiges rotatoires durant de 20 minutes à plusieurs heures. Accompagnées de plénitude d'oreille, diminution de l'audition, acouphènes, instabilités, nausées +/- vomissements⁵. La plupart du temps, il ne souffre d'aucun symptôme entre les crises. Avec le temps, le patient se plaint de pertes auditives progressives et d'instabilités (si déficit de la fonction vestibulaire progressif).

Examen Clinique principal :

Phase aiguë : Nystagmus horizontal (phase rapide vers l'oreille saine), instabilité posturale sévère. Perte auditive à l'audiogramme. Diminution de réponse unilatérale aux épreuves caloriques. Avec le temps, l'audiogramme va montrer une atteinte auditive progressive. Le patient peut développer une atteinte bilatérale.

Traitement

Phase aiguë : Les vestibulo-suppresseurs sont indiqués. Les injections intratympaniques avec des antibiotiques ototoxiques, ou les chirurgies (neurotomie vestibulaire, labyrinthectomie), sont indiquées si les symptômes sont trop handicapants et/ou si les crises sont trop fréquentes. La rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre est indiquée en phase aiguë. Tant dans l'évaluation que dans l'éducation du patient sur la physiopathologie de la pathologie de Menière. Elle est indiquée si le patient se plaint d'instabilités, si déficit vestibulaire et après les injections ou chirurgie.^{6,7}

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Références :

1. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;139:S47-S81.
2. Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis. *Semin Neurol.* 2009;29(5):509-519.
3. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med.* 2004;351(4):354-361.
4. Giray M, Kirazli Y, Karapolat H, Celebisoy N, Bilgen C, Kirazli T. Short-term effects of vestibular rehabilitation in patients with chronic unilateral vestibular dysfunction: a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1325-1331.
5. Committee on Hearing and Equilibrium. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113 (3):181-185.
6. Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ, Balough BJ. The role of vestibular rehabilitation in the treatment of Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;133(3):326-328.
7. Shepard NT, Telian SA. Programmatic vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;112(1):173-182.
8. Brown KE, Whitney SL, Wrisley DM, Furman JM. Physical therapy outcomes for persons with bilateral vestibular loss. *Laryngoscope.* 2001;111:1812-17.