

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Qu'est-ce que le VPPB?

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est caractérisé par un vertige bref provoqué par des changements de position de la tête par rapport à la pesanteur. C'est le trouble vestibulaire le plus fréquent, représentant un tiers des diagnostics vestibulaires.¹ Le VPPB est causé par une masse otoconiale délogée de l'utricule et migrant dans un ou plusieurs des canaux semi-circulaires. Les particules modifient la densité des fluides des canaux, les rendant sensibles à la gravité. Les otoconies peuvent théoriquement pénétrer dans n'importe quel canal, cependant le canal postérieur est le plus souvent affecté en raison de son alignement anatomique avec l'utricule.² Le VPPB peut survenir après un traumatisme crânien, une labyrinthite ou une ischémie sur le territoire de l'artère vestibulaire antérieure, mais près de la moitié des cas sont idiopathiques.³

Comment le VPPB est-il diagnostiqué ?

Les patients se plaignent fréquemment de symptômes de vertiges, d'étourdissements, de nausées ou de déséquilibre aux changements de position de tête. Les symptômes sont souvent provoqués en se retournant dans son lit, en levant les yeux, en se penchant ou en ayant la tête en arrière, comme lors d'une visite chez le dentiste. Le diagnostic de VPPB du canal postérieur se fait en effectuant la manœuvre de Dix-Hallpike.⁴ Les résultats des manœuvres du VPPB du canal postérieur sont:

- Nystagmus oculaire torsionnel vers l'oreille testé, crescendo de moins de 60 secondes,
- Latence entre 1 et 40 secondes
- Symptômes de vertige ressentis par le patient lors de la manœuvre de Dix-Hallpike.

Comment le VPPB est-il traité ?

Une fois le diagnostic de VPPB du canal postérieur posé, le traitement vise à déplacer la masse otoconiale hors du canal et à la ramener vers l'utricule où l'on pense que les particules sont réabsorbées.⁵ La manœuvre de repositionnement canalaire (MRC) développée par Epley est la manœuvre recommandée pour les VPPB du canal postérieur.⁶ La technique pour cette manœuvre est décrite et détaillée sur plusieurs sites Web.^{7,8} Le traitement alternatif est la manœuvre libératrice.⁹ Bien que développée pour une autre variante du VPPB, la manœuvre libératrice peut également être utilisée pour le traitement du canal postérieur. Une revue systématique récente de l'efficacité du traitement BPPV du canal postérieur a rapporté des taux de succès pour la MCR entre 67% et 95% et pour la manœuvre de libération entre 80% et 85%.¹⁰

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Physiothérapie pour les patients atteints de VPPB

Les physiothérapeutes ayant une formation spécialisée en rééducation vestibulaire sont compétents pour diagnostiquer le VPPB, sélectionner la manœuvre appropriée pour chaque patient et effectuer l'intervention. Les kinésithérapeutes vestibulaires informent les patients sur leur diagnostic, l'intervention fournie et comment effectuer un auto-traitement supplémentaire, le cas échéant. Les problèmes secondaires liés au VPPB, tels que des sensations vertigineuses persistantes ou une instabilité posturale, peuvent être traités par des kinésithérapeutes vestibulaires dans le cadre d'un plan de soins complet.

Références :

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:710-715.
2. Herdman, SJ, et al. Eye movement signs in vertical canal benign paroxysmal vertigo. In Fuchs, AF, et al (eds): *Contemporary Ocular Motor and Vestibular Research: Tribute to David A. Robinson*, Stuttgart, Thieme, 1994, pp 385-387.
3. Baloh, RW, Honrubia V, Jacobson K: Benign positional vertigo: clinical and oculographic features in 240 cases. *Neurology*. 1987; 37:371-378.
4. Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice parameter therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2008; 70:2067-2074.
5. Lim DJ. Formation and fate of the otoconia: scanning and transmission electron microscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1973;82:23-35.
6. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;107:399-404
7. Hain TC. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/bppv/bppv.html>. Updated July 3, 2010. Accessed July 17, 2010.
8. Sinus Institute of Northern Virginia, Associates in Otolaryngology. Epley maneuver + Video. <http://www.entdr.com/dizziness.html>. Accessed July 17, 2010.
9. Semont A, Freyes G, Vitte E. Curing BPPV with a liberatory maneuver. *Adv Otorhinolaryngol* 1988; 42:290-293.
10. Helminski JO, Zee DS, Janssen I, Hain TC. Effectiveness of particle repositioning maneuvers in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review. *Phys Ther* 2010; 90 (5):663-678.