



## **Le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)**

Le VPPB représente l'une des causes les plus fréquentes de vertiges. Il est un bon exemple de dysfonctionnement paroxystique de l'oreille interne.

### **1. Vertige positionnel du canal postérieur**



Le patient se plaint d'un vertige intense rotatoire lié aux mouvements de la tête qui présente trois particularités :

1. il se déclenche uniquement lors des changements de position de la tête dans l'espace,
2. il est très violent,
3. sa durée est brève, moins d'une minute,

4. Il peut entraîner des nausées et des vomissements.

Les positions de la tête qui déclenchent le vertige sont le plus souvent celles de la tête en extension ou lorsque le patient se couche dans son lit le soir ou passe le matin de la position couchée à la position assise. Ce vertige se reproduit à chaque fois que le patient replace sa tête dans la même position mais il s'amenuise en intensité traduisant ainsi sa fatigabilité. L'interrogatoire est donc d'emblée très évocateur. Toutefois, seul l'examen clinique va confirmer le diagnostic.

L'examen doit être réalisé sous VNG. Il va consister en la réalisation de manoeuvres de positionnement. En pratique, le patient est assis en travers du lit et on le fait passer rapidement de la position assise à la position décubitus latéral du côté qui déclenche le vertige, tête dans le vide et tournée à 45°.

Après une latence de quelques secondes, un nystagmus et un vertige rotatoire sont déclenchés. Nystagmus et vertige s'arrêtent après une dizaine de secondes si la tête est maintenue dans la même position. La remise en position assise déclenche à nouveau un nystagmus battant cette fois en sens inverse, lequel s'accompagne aussi d'une sensation rotatoire. La répétition de ces manoeuvres entraîne une diminution progressive de ce nystagmus et du vertige. Vertige et nystagmus sont donc fatigables.

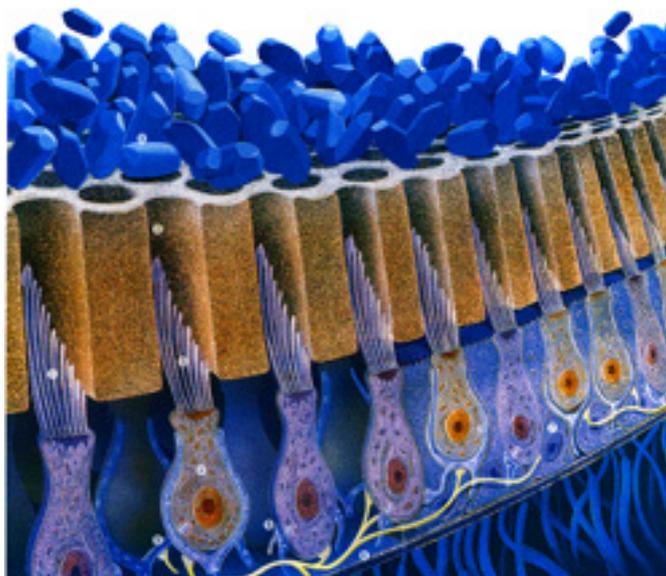
Le diagnostic de ce vertige repose donc à la fois sur l'interrogatoire et sur l'examen clinique.

## Évolution

La crise de VPPB se répète durant une période de 3 semaines à un mois. Passée cette période, les crises s'estompent, ne laissant alors au patient qu'une sensation d'inconfort et surtout d'appréhension lorsqu'il reprend la position déclenchante. Souvent, le patient souffre de sensations d'instabilité, d'ébriété, souvent insupportables dans la vie quotidienne.

## Physiopathologie

La physiopathogénie est aujourd'hui bien établie et incrimine une pathologie du canal semi-circulaire postérieur, elle même secondaire à une atteinte de la macule utriculaire. Cette lésion se caractérise par un détachement des otoconies de la macule utriculaire, lesquelles se déposent à l'endroit la plus déclive de la cavité labyrinthique, c'est-à-dire sur l'ampoule du canal postérieur. Ce détachement peut être d'origine traumatique, viral, infectieux ou dégénérative.



*Otoconies : cristaux de carbonates de calcium dans l'oreille interne*

## Traitement

Le traitement dépend du stade évolutif auquel est vu le patient. Si le patient consulte au moment des crises ou au cours d'une rechute, le traitement repose sur des manœuvres kinésithérapiques. Deux types de manœuvres ont fait la preuve de leur efficacité :

### La manœuvre d'habituation

Le patient doit se placer dans la position déclenchante pendant plusieurs minutes plusieurs fois par jour. Au bout d'un certain temps, ces prises de position déclenchantes vont aboutir à une atténuation durable des crises.

### La manœuvre libératoire

Elle consiste à mobiliser vigoureusement la tête du patient de façon à déplacer la cupule ou la canalolithiase. Cette manœuvre entraîne souvent une guérison du vertige positionnel. Elle peut être reproduite au cours d'une séance suivante si le vertige positionnel est encore présent. Si le vertige positionnel résiste à deux ou trois manœuvres bien faites, le praticien doit remettre en cause le diagnostic de VPPB. En aucun cas, ces manœuvres ne doivent être répétées de façon itérative. Or, il n'est pas rare de voir en consultation des patients ayant subi plus de 10 manœuvres et alléguant des sensations d'ébriété permanentes.

Si le patient est vu à distance de la crise, un bilan de l'équilibre doit être fait sur l'équiest. Ce dernier permettra de quantifier les troubles de l'équilibre et de prescrire des séances de rééducation et une thérapie médicale efficace.

## 2. Vertige positionnel du canal horizontal

Ce type de vertige positionnel est beaucoup plus rare. Il survient le plus souvent non pas lorsque le patient se couche ou se lève mais lorsque, couché, il se tourne d'un côté ou de l'autre dans son lit. Son diagnostic repose cliniquement sur plusieurs types d'arguments :

1. il n'est pas déclenché par la mise en décubitus latéral comme celui du canal postérieur mais il survient quand le sujet est placé en position assise, tête penchée en avant, ce qui place ses canaux horizontaux dans un plan vertical ;
2. le nystagmus induit est horizontal et non torsionnel. Dans cette position, le sens de la phase rapide du nystagmus indique le côté malade ;
3. il est rarement fatiguable ;
4. sa latence d'apparition est plus brève (inférieur à 5 s) et sa durée est plus longue (20 à 60 s). Le traitement repose sur la réalisation d'une manœuvre libératoire un peu différente : la manœuvre dite « en barbecue ».

## En conclusion

Tout vertige positionnel doit faire l'objet d'un traitement pour éviter que ne se créent des angoisses ou une dépression réactionnelle liée à la mauvaise qualité de vie du patient. Un bilan otoneurologique (voir exploration otoneurologique) complet doit être fait à distance de la crise pour essayer de retrouver la cause du vertige positionnel et prévenir une récurrence. Il ne faut en aucun cas laisser le doute et des comportements d'éviction s'installer comme se coucher lentement, ne pas bouger la tête etc. Il en va de la qualité de vie des patients et de la prévention des chutes chez les sujets séniors.