

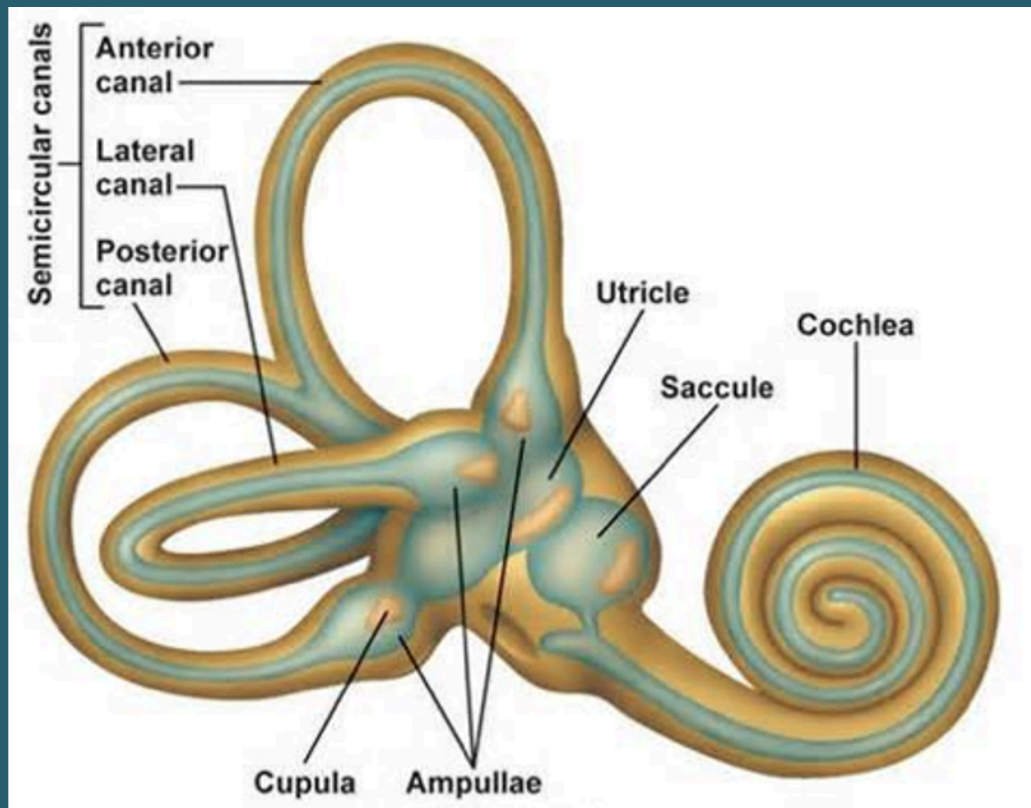


RCDO – avril 2025

**Le vertige
positionnel
paroxystique
bénin**



Qu'est-ce que le VPPB?



This Photo by Unknown Author is licensed under [CC BY-SA-NC](#)

- Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est une pathologie vestibulaire caractérisée par des épisodes de vertige intense causés par un changement dans la position de la tête.
- En plus des vertiges, certaines personnes présentent un nystagmus lorsque leur tête est dans la position qui stimule le canal affecté et induit des nausées, et possiblement des vomissements.
- Le VPPB est la cause de vertige la plus fréquente. Il touche les canaux semi-circulaires de l'oreille interne et se divise en deux sous-types : la canalolithiase et la cupulolithiase.
- Le VPPB peut toucher n'importe quel canal, mais c'est le canal postérieur qui est concerné dans 85 à 95 % des cas.
- Il est plus fréquent chez les femmes, et chez les personnes âgées de 50 à 70 ans.



Orthopaedic Division
CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION

Bhattacharyya et al., 2017 *Otolaryngol Head Neck Surg*
Herdman et al., 2014 *Vestibular Rehabilitation*

Canalolithiase

- Dans la canalolithiase, les otoconies (cristaux de carbonate de calcium) flottent librement dans l'endolymphe des canaux semi-circulaires.
- Lorsque la tête se retrouve dans la position symptomatique, ces otoconies changent de position dans le canal et déplacent l'endolymphe, qui stimule alors la cupule.
- Cette stimulation provoque alors un bref épisode de symptômes latents (moins d'une minute), notamment un nystagmus et des vertiges.



Cupulolithiase



- Dans la cupulolithiase, les otoconies adhèrent à la cupule et la rendent ainsi sensible à la gravité; lorsque la position de la tête change, la cupule est donc tirée vers le bas.
- Les symptômes de cupulolithiase sont immédiats (nystagmus y compris) et peuvent durer jusqu'à une ou deux minutes.



Dépistage des pathologies graves



Avant d'évaluer pour un VPPB, les cliniciens doivent écarter toutes les pathologies graves pouvant contribuer à la symptomatologie. L'évaluation et le traitement du VPPB impliquent des extensions et des rotations cervicales, c'est pourquoi il est d'abord nécessaire d'évaluer le risque vasculaire de prime abord. Dans les deux cas, le Guide international IFOMPT pour l'examen cervical recommande un cadre permettant de savoir si l'évaluation est sécuritaire. Ce cadre a fait l'objet d'une révision dans un numéro antérieur, mais vous trouverez ci-dessous un résumé de ses composantes qui guident la décision clinique.

1. Antécédents subjectifs: évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire, antécédents de traumatismes et signes/symptômes de compression vasculaire.
2. Examen physique
 1. Mesure de la tension artérielle
 2. Examen neurologique (surtout les nerfs crâniens)
 3. Auscultation/palpation de la carotide



Évaluation du VPPB



- L'évaluation des six canaux semi-circulaires (trois par côté) est effectuée à l'aide de deux tests : la manœuvre de Dix-Hallpike et le test de torsion du cou.
- Les canaux postérieurs ipsilatéral et controlatéral sont évalués à l'aide de la même manœuvre. En d'autres mots, si vous effectuez une manœuvre de Dix-Hallpike du côté droit, vous évaluez le canal postérieur droit et le canal postérieur gauche.
- Les canaux horizontaux sont évalués à l'aide du test de torsion du cou. C'est le canal de l'oreille face à la table qui est évalué.
- La nomenclature du nystagmus dépend de la direction du mouvement (vers le haut, vers le bas, géotropique ou agéotropique), de la présence ou non de torsion (et de sa direction : droite ou gauche), et du caractère immédiat ou latent du nystagmus.



Traitement du VPPB

Selon le type de VPPB, différentes manœuvres peuvent être utilisées. Dans ce numéro, nous aborderons principalement la canalolithiase.

La manœuvre d'Epley est à privilégier en première intention dans les cas de canalolithiase postérieure ou antérieure. En cas de canalolithiase horizontale, il faut préférer la manœuvre de Lempert (rotation barbecue).

Dans une étude de 2020 sur l'efficacité des deux manœuvres, 84 % des patients présentant une canalolithiase postérieure traités par la manœuvre d'Epley et 81 % des patients présentant une canalolithiase horizontale traités avec la manœuvre de Lempert ne présentaient plus de nystagmus après le premier traitement.



Orthopaedic Division
CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION

Alsolamy et al., 2025 *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*

Herdman et al., 2014 *Vestibular Rehabilitation*

Guide de pratique clinique :

Une mise à jour du guide de pratique clinique sur le VPPB a été publiée en 2017. Le tableau ci-dessous résume les recommandations cliniques de l'article.

Section	Action	Degré de recommandation
1a. Diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire postérieur	Un diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire postérieur doit être posé en cas de vertiges associés à un nystagmus vers le haut avec torsion provoqué par la manœuvre de Dix-Hallpike.	Fortement recommandé
1b. Diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire latéral	Lorsque les antécédents sont compatibles avec un VPPB et que la manœuvre de Dix-Hallpike provoque un nystagmus horizontal ou ne provoque pas de nystagmus du tout, effectuer (ou faire effectuer par une personne compétente) un test de torsion en décubitus dorsal pour évaluer un VPPB du canal semi-circulaire latéral.	Recommandé
2a. Diagnostic différentiel	Distinguer, ou orienter vers un(e) clinicien(ne) capable de distinguer, le VPPB des autres causes de déséquilibre, d'étourdissement et de vertige.	Recommandé
2b. Facteurs modificateurs	En cas de VPPB, évaluer les facteurs qui modifient le traitement, notamment les déficits de mobilité ou d'équilibre, les troubles du SNC, l'absence d'aide à domicile et/ou un risque de chute élevé.	Recommandé
3a. Examens de radiographie	Ne pas opter pour l'imagerie radiographique en cas de diagnostic de VPPB à moins que la personne ne présente d'autres signes/symptômes qui ne rentrent pas dans le diagnostic, mais nécessitent un examen de radiographie.	Non recommandé
3b. Évaluation vestibulaire	Ne pas opter pour l'évaluation vestibulaire en cas de diagnostic de VPPB à moins que la personne ne présente d'autres signes/symptômes qui ne rentrent pas dans le diagnostic, mais nécessitent une évaluation vestibulaire.	Non recommandé



Guide de pratique clinique :

Section	Action	Degré de recommandation
4a. Comportements de repositionnement en première intention	Traiter, ou orienter vers un(e) clinicien(ne) capable de traiter, les patients présentant un VPPB touchant le canal postérieur à l'aide d'une manœuvre de repositionnement des otoconies.	Fortement recommandé
4b. Restrictions postprocédure	Ne pas recommander de restrictions posturales après une manœuvre de repositionnement pour un VPPB touchant le canal postérieur.	Fortement non recommandé
4c. Observation en première intention	Possible observation avec suivi en première intention pour les personnes présentant un VPPB.	Option
5. Réadaptation vestibulaire	Possible réadaptation vestibulaire en autonomie ou avec un(e) clinicien(ne) dans le traitement du VPPB.	Option
6. Traitement pharmacologique	Éviter un traitement pharmacologique du VPPB reposant sur des supprimeurs vestibulaires comme les antihistaminiques et/ou les benzodiazépines.	Non recommandé
7a. Évaluation des résultats	Réévaluer la personne à un mois après la première période d'observation ou le premier traitement pour vérifier la persistance ou la résolution des symptômes.	Recommandé
7b. Évaluation de l'échec du traitement	Évaluer, ou orienter vers un(e) clinicien(ne) capable d'évaluer, les patients présentant des symptômes persistants de VPPB et/ou de troubles vestibulaires périphériques/du SNC sous-jacents.	Recommandé
8. Éducation	Éduquer la patientèle sur l'impact du VPPB sur la sécurité, le risque de récurrence et l'importance du suivi.	Recommandé



Le rôle de la bétahistine



- La bétahistine est un médicament histaminique fréquemment prescrit par les médecins pour atténuer les symptômes d'étourdissement résiduels liés aux épisodes de VPPB.
- L'effet vasodilatateur du médicament augmente la circulation sanguine vers l'oreille interne; on estime qu'il agit comme un supprimeur vestibulaire. Son mécanisme exact est encore à l'étude.
- Un article de revue systématique et de méta-analyse publié en 2025 rapporte des données de qualité suggérant que la combinaison bétahistine-manœuvre d'Epley pendant une période longue (> 4 semaines) améliore les scores EVA en ce qui a trait à la gravité des épisodes de crise vestibulaire.
- Les auteurs ne recommandent toutefois pas de changer les recommandations de pratique clinique en raison de la faible taille d'échantillon et des périodes de suivi courtes.



Dans le doute, orienter!

Il est important de réfléchir à nos propres compétences avant de prendre quelqu'un en charge, quelle que soit l'atteinte.

Fort heureusement, de nombreuses personnes de notre communauté ont suivi des formations en réadaptation vestibulaires et peuvent aider.

Si vous suspectez un VPPB, mais n'avez pas la formation pour le traiter, orientez la personne vers quelqu'un qui saura l'évaluer.

