

Décision kinésithérapique : Lucienne D. Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)



Decision physiotherapy workshop: Lucienne D. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)

Société française de kinésithérapie vestibulaire, 81, boulevard Lazare-Carnot,
résidence Cap-Wilson, 31000 Toulouse, France

Éric Blin
Olivier Dumas
Maya Elzière
Dominique Gerbaulet

Lucienne, 78 ans, sort du cabinet de l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) qui a diagnostiqué un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) responsable de crises vertigineuses lors des mouvements de tête et d'une instabilité importante qui la gêne dans ses activités quotidiennes, quand elle se penche en avant, quand elle regarde en l'air, et surtout quand elle se lève le matin. La *Fig. 1* reproduit la Fiche de Décision Kinésithérapique [1] réalisée à l'arrivée au cabinet de rééducation.

L'intervention du kinésithérapeute doit être courte : le vertige est curable en une séance. La rééducation de l'équilibre doit être mise en œuvre rapidement en s'adaptant aux capacités physiques, cognitives mais aussi émotionnelles du sujet, qui sont souvent des inconnues.

ANALYSE DÉTAILLÉE

Diagnostic médical

Le diagnostic de VPPB a été retenu par l'ORL, médecin spécialiste ; mais cette pathologie très fréquente peut parfois présenter des pièges. Il faut se renseigner sur les tests pratiqués au cabinet de l'ORL.

L'utilisation d'une caméra de vidéonystagmoscopie est recommandée par la Société française d'ORL [2]. Une première crise de VPPB avec une otoscopie et acoumétrie au diapason normales, sans hypoacousie ressentie, ne justifie pas de test complémentaire [3,4].

Prescription

La prescription médicale se limite à une indication de prise en charge kinésithérapique vestibulaire, conformément à la législation actuelle. Le nombre de séances n'est pas mentionné, même dans ce cas.

Pour un VPPB du canal semi-circulaire postérieur, un nombre de 2 séances (acte thérapeutique et contrôle à distance) est habituellement suffisant [5], parfois davantage pour un canal semi-circulaire latéral, mais un besoin de plus de 10 séances oblige impérativement à réévaluer la prise en charge avec le médecin prescripteur. L'indication « kinésithérapie vestibulaire » sous-entend la réalisation d'actes par un professionnel formé et utilisant un matériel

Mots clés

Bilan
Décision
Diagnostic
Dossier
Écriture
Objectif
Pratique factuelle
Projet
Qualité
Responsabilité

Keywords

Assessment
Decision
Diagnosis
Record
Writing
Goal
Evidence-based practice
Project
Quality
Responsibility

COMMENTAIRE GÉNÉRAL

Cette fiche résume un cas fréquemment rencontré en cabinet libéral : la crise vertigineuse qui, même si elle est positionnelle et souvent nocturne, peut fortement invalider le patient et laisser des séquelles d'instabilité compromettant les capacités de gestion de l'équilibre d'un sujet âgé.

Note de la rédaction

Cette série de cas présente des processus décisionnels en kinésithérapie à partir de cas cliniques réels. Pour plus d'informations, se référer à l'article introductif (en accès gratuit pour tous) : Gedda M, et al. Atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001> ainsi qu'à l'annexe à la fin de cet article.

Auteur correspondant :

É. Blin,
Société française de kinésithérapie vestibulaire,
81, boulevard Lazare-Carnot, résidence Cap-Wilson,
31000 Toulouse, France.
Adresse e-mail : sfkv@orange.fr


FICHE DE DECISION KINESITHERAPIQUE		Date : 13 octobre 2014
Nom : Madame D. Prénom : Lucienne Age : 78 ans	Diagnostic Médical : Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)	
Prescription : « Séances de rééducation vestibulaire »		
<u>Conclusion des bilans M.K. :</u> - Pas d'antécédents rachidiens particuliers - Pas d'ataxie vestibulaire - Réponse symétrique du système vestibulaire - VPPB confirmé par vidéonystagmoscopie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de nystagmus spontané ni de nystagmus horizontal au supine roll test ▪ nystagmus torsionnel horaire lors de la manœuvre de Dix et Hallpike - Presbyacousie symétrique liée à l'âge, sans acouphène		<u>Projet du Patient :</u> Redormir comme avant, voir disparaître l'instabilité au lever Refaire son ménage pour ne pas avoir à compter sur des tiers Reprendre les cours de yoga et les promenades avec son chien
<u>Diagnostic M.K. :</u> Vertige positionnel paroxystique bénin du canal semi-circulaire postérieur gauche fragilisant une patiente âgée et sportive, qui souhaite retrouver ses activités et son autonomie antérieures. Cette situation génère un réel risque de précarisation.		
<u>Objectifs M.K. :</u> - Réduire, voire supprimer, les vertiges positionnels inopinés - Restaurer l'usage des mouvements de tête, et par là même de tout le corps, jusque-là évités par peur du déclenchement d'un vertige - Maintenir un état de confiance dans ses capacités de rééquilibration et dédramatiser la survenue des vertiges - Ralentir l'évolution de la presbyataxie en valorisant les activités à l'extérieur et les activités en groupe		

Figure 1. Fiche de Décision Kinésithérapique de Lucienne D., établie au début de la prise en charge.

dédié [6]. La caméra infrarouge – dite de vidéonystagmoscopie – facilite l'observation dans l'obscurité des nystagmus, car ils ne sont plus inhibés par la fixation.

Conclusions des bilans

Les tests sous vidéonystagmoscopie, sujet assis tête droite, montrent l'absence de nystagmus spontané. La présence d'un nystagmus spontané signifierait une asymétrie de réponse du système vestibulaire ; le diagnostic de VPPB devrait alors être réévalué.

La présence d'un nystagmus spontané révélé par la position couchée remet aussi en question le diagnostic initial [7]. On peut cependant trouver dans les VPPB des canaux horizontaux un pseudo-nystagmus spontané [8,9], mais la manœuvre du *supine roll test* [4] en poserait le diagnostic en mettant en évidence un nystagmus horizontal s'inversant au changement de position de la tête.

Le test le plus pertinent pour la recherche d'un VPPB du canal postérieur est la manœuvre de Dix et Hallpike [10] : en allongeant le patient tête tournée du côté de l'oreille atteinte (le canal postérieur se trouve alors dans un plan vertical), on déclenche un violent nystagmus torsionnel horaire à composante verticale supérieure, qui s'accélère, passe par un paroxysme, décélère puis s'éteint. Le même phénomène est observable mais inversé dans ses deux composantes au retour à l'orthostatisme, d'intensité généralement nettement inférieure.

Chacune de ces deux phases s'accompagne d'un vertige plus ou moins ressenti. Un temps de latence dans l'apparition de ce nystagmus caractérise le VPPB. Le caractère paroxystique, la latence d'apparition, l'inversion au redressement, le nystagmus torsionnel à composante verticale sont les critères indispensables au diagnostic de VPPB. L'inversion du nystagmus avec ses phases d'accélération et de décélération, sa composante verticale supérieure sont pathognomonique du VPPB du canal postérieur. L'extinction du nystagmus lors du maintien de la position de la tête a aussi une valeur primordiale, ce qui faisait écrire au Professeur Tran Ba Huy, dans son ouvrage « Le vertige et le praticien » (John Libbey, 1998) qu'il s'agissait d'un nystagmus révélé par la prise de position.

Le diagnostic différentiel avec des nystagmus révélés par la position peut parfois être compliqué. Un nystagmus révélé par la position peut être observé dans les suites d'un déficit vestibulaire unilatéral compensé, il est alors inépuisable ; c'est alors l'anamnèse qui oriente le diagnostic différentiel. De même il a été observé des nystagmus positionnels dans les syndromes pressionnels de l'oreille interne [11].

La présence de processus tumoraux, qu'ils soient bénins ou malins, est rare mais parfois rapportée dans la littérature [12,13]. La connaissance de la pathologie, l'utilisation de la vidéonystagmoscopie et l'imagerie permettent de réduire le risque de réaliser des manœuvres inadéquates sur une suspicion de processus tumoral. Pour un VPPB du canal semi-circulaire postérieur, la réalisation d'un test de Romberg et d'une marche en étoile de Babinski Weil ne montre en général aucune déviation posturale spécifique.

Projet du patient

Lucienne D. souhaite ne plus être gênée par des vertiges durant son sommeil et ses activités quotidiennes induisant des changements de position de tête (au lever, au coucher,

lors de la toilette, de l'habillage/déshabillage et en accomplissant ses tâches ménagères).

Elle veut ne plus être empêchée de bouger normalement et reprendre ses activités et ses sorties, comme déjeuner avec des amis, se promener avec son chien : le désir de découvrir le Taï Chi est aussi une motivation qui lui permettrait de s'investir dans un projet nouveau, améliorant ainsi, lors d'un travail de groupe (effet miroir), la gestion de l'équilibre afin de prévenir les risques de chute sur le long terme [14].

Diagnostic MK

La réalisation de la manœuvre de Dix et Hallpike [8] sous vidéonystagmoscopie (VNS) a confirmé le diagnostic de VPPB du canal postérieur gauche. L'utilisation d'un masque de VNS est fortement conseillée [6] pour déterminer le côté et le canal concernés.

Mais ces vertiges sont à resituer dans la globalité de la personne présente qui, bien qu'âgée (78 ans), présente la double caractéristique d'être encore sportive et déterminée pour retrouver son autonomie antérieure, mais semble aussi fragilisée par ces vertiges dont l'impact est à la fois fonctionnel (vertige ajouté à la presbyacousie physiologique à cet âge) et psychologique (comment ne pas être perturbé et inhibé dans ses gestes en ces conditions ?).

La peur de tomber liée au déclenchement possible de crises vertigineuses lors de la prise de position tête en bas ou en arrière peut en effet s'installer chez des patients âgés plus fragiles.

Des stratégies d'évitement se mettent rapidement en place : limitation de la marche à l'extérieur, peur de traverser une rue, de faire soi-même ses courses, d'utiliser les moyens de transport personnel ou en commun. Le confinement progressif et la restriction sensorielle qui en résultent peuvent alors augmenter le risque de chute notamment chez cette patiente vivant seule et en étage.

La simple anomalie de fonctionnement par la mobilisation d'une lithiase dans un canal semi-circulaire génère donc un réel risque de précarisation, potentiellement très dangereux dans le contexte général de cette patiente âgée.

Objectifs

Les objectifs visent donc deux dimensions :

- l'une relative à la libération du canal semi-circulaire latéral pour faire disparaître les vertiges positionnels inopinés ;
- l'autre plus générale pour réassurer Mme D. et éviter tout déconditionnement général.

La rééducation doit aider à restaurer l'usage des mouvements de tête, ceci peut se faire de façon active ou passive, de façon libre ou instrumentale. Elle doit aussi aider à se réapproprier les mouvements de tout le corps, jusque-là évités par peur du déclenchement d'un vertige, là aussi les exercices peuvent être libres ou utiliser des machines.

Il faut redonner une complète autonomie lors des activités quotidiennes et maintenir un état de confiance dans ses capacités de rééquilibration.

Il ne faut pas oublier d'essayer de ralentir l'évolution de la presbyataxie en suggérant les activités à l'extérieur (marche, randonnée) mais aussi les activités en groupe comme le Taï Chi pour son effet miroir.

CONCLUSION

Comme souvent auprès des patients ayant ou présentant des VPPB, il est nécessaire chez Mme D. de dédramatiser la survenue d'un nouvel épisode vertigineux, de rassurer sur les faibles survenues de récurrences et surtout d'inciter la patiente à reprendre ses activités habituelles.

Comme souvent pour les VPPB, il est fort probable que Mme D., correctement traitée, recouvre totalement son état antérieur, ce qui permet de confondre son projet et ses possibilités : elle pourra faire tout ce qu'elle voudra sans restriction gestuelle spécifique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

ANNEXE A FLASH CODE / QR CODE

Un formulaire de fiche de décision kinésithérapique (FDK) vierge est mis en ligne pour permettre à chacun de s'habituer à structurer en ce sens sa démarche thérapeutique. Il est librement téléchargeable en consultant, sur le site de la revue, l'article introductif mentionné dans l'encadré en début d'article ou en cliquant sur ce lien <http://fdk.kinedoc.org> ou en flashant le QR code ci-dessous avec un téléphone mobile ou une tablette. N'hésitez pas à nous soumettre vos propres fiches de décision, quel que soit le support utilisé, pour valoriser vos investigations, partager vos expériences ou même solliciter un avis : nous publierons celles les plus susceptibles d'intéresser la communauté.

Vous pouvez accéder au formulaire en flashant le code ci-dessous.



RÉFÉRENCES

- [1] Gedda M, et al. Atelier de Décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev* 2014;14(145):26–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001>.
- [2] Société française d'ORL. Vertige positionnel paroxystique bénin. Référentiel; 2012. <http://www.orfrance.org/article.php?id=42>.
- [3] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Vertiges chez l'adulte : stratégies diagnostiques, place de la rééducation vestibulaire. In: Conférence de consensus; 1997.
- [4] Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, Barrs D, Bronston LJ, Cass S, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139(5):S47–81.
- [5] Haynes DS, Resser JR, Labadie RF, Girasole CR, Kovach BT, Scheker LE, et al. Treatment of benign positional vertigo using the Semont maneuver: efficacy in patients presenting without nystagmus. *Laryngoscope* 2002;112(5):796–801.
- [6] Guidetti G, Monzani D, Rovatti V. Clinical examination of labyrinthine-defective patients out of the vertigo attack: sensitivity and specificity of three low-cost methods. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2006;26(2):96–101.
- [7] Fluor E. Positional and positioning nystagmus as a result of utriculocupular integration. *Acta Otolaryngol* 1974;78:19–27.
- [8] von Brevem M, Clarke AH, Lempert T. Continuous vertigo and spontaneous nystagmus due to canalolithiasis of the horizontal canal. *Neurology* 2001;56:684–6.
- [9] Asprella-Libonati. Pseudo-spontaneous nystagmus: a new sign to diagnose the affected side in lateral semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo. *G. Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28(2):73–8.
- [10] Dix MR, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Proc R Soc Med* 1952;45:341–54.
- [11] Mancini F, Catalani M, Carru M, Monti B. History of Ménière's disease and its clinical presentation. *Otolaryngol Clin North Am* 2002;35(3):565–80.
- [12] Trijolet JP, Pondaven-Leturmy S, Robier A, Morinière S. Vertige positionnel paroxystique découvrant un kyste épidermoïde du quatrième ventricule. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008;125(3):146–50.
- [13] De Stefano A, Kulamarva G, Dispenza F. Malignant paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx* 2012;39(4):378–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2011.07.008> [Epub 2011 Aug 30].
- [14] Tousignant M, Corriveau H, Roy PM, Desrosiers J, Dubuc N, Hébert R. Efficacy of supervised Tai Chi exercises versus conventional physical therapy exercises in fall prevention for frail older adults: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil* 2013;35(17):1429–35. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.737084> [Epub 2012 Nov 20].