

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Vertiges positionnels paroxystiques bénins :

Manœuvres diagnostiques et thérapeutiques

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »](#).

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	4
Messages clés	5
Préambule	6
1. Identification des canaux incriminés	8
1.1 Interrogatoire	8
1.2 Examen clinique	8
1.3 Diagnostic différentiel	9
2. Stratégies thérapeutiques	10
2.1 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal semi-circulaire postérieur	10
2.2 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal horizontal	12
2.3 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal antérieur	13
3. Modalités de prescription	13
4. Continuité de la rééducation	13
5. Approches complémentaires	14
5.1 Médications.....	14
5.2 Auto-rééducation	14
6. Éducation du patient et de son entourage	14
Participants	15
Remerciements	15
Fiche descriptive	16

Abréviations et acronymes

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations utilisées sont explicitées ci-dessous.

Abréviation	Libellé
CSCP	Canal semi-circulaire postérieur
MK	Masseur-kinésithérapeute
MRC	Manœuvre de repositionnement des canalithes
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
PEC	Prise en charge
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
VNS	Vidéonystagmoscopie
VPPB	Vertige positionnel paroxystique bénin

Messages clés

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique.

Le grade reflète le niveau de preuve des études cliniques sur lesquelles les recommandations sont fondées. Il ne reflète pas l'importance clinique des recommandations.

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) implique un ou plusieurs canaux semi-circulaires et provoque différentes formes de symptômes associés, dont certains peuvent être très invalidants et inquiétants pour le patient.

L'identification du ou des canaux incriminés ainsi que la résolution des symptômes est essentiellement clinique, et requiert la maîtrise de stratégies et de gestes thérapeutiques, à la fois précis et complexes, dont la maîtrise ne s'improvise pas.

L'expertise du clinicien détermine la précocité du diagnostic, ainsi que la qualité et la sécurité du traitement du patient atteint de VPPB. Il est donc indispensable que chaque clinicien soit expérimenté et légitimé par une formation spécifique incluant des enseignements théoriques et des stages pratiques afin d'éviter les traitements inadaptés, voire inutiles, et générant des coûts supplémentaires.

Les médecins non spécialisés et les masseurs-kinésithérapeutes doivent donc suivre une formation continue spécifique pour exécuter les tests diagnostiques adéquats et les manœuvres thérapeutiques adaptées à la prise en charge du VPPB.

De nombreuses pratiques sont proposées dans la littérature, avec des niveaux de preuve scientifique variables quant à leur efficacité.

L'analyse des différentes recommandations et études révèle l'efficacité de plusieurs manœuvres à exécuter selon les canaux semi-circulaires à l'origine du VPPB. Néanmoins, les formes les moins courantes de VPPB manquent d'études de qualité pour définir la manœuvre la plus adaptée ainsi que sa posologie.

De fait, le mode de prise en charge et les moyens utilisés pour traiter les symptômes du VPPB doivent systématiquement respecter plusieurs principes :

- un interrogatoire adapté pour identifier l'histoire et l'expression du VPPB ;
- l'exécution du test de Dix-Hallpike et du test positionnel rotatoire couché pour identifier le ou les canaux semi-circulaires incriminés ;
- l'évaluation complète de l'équilibre et des handicaps du patient ;
- l'élaboration du plan de traitement incluant la (ou les) manœuvre(s) la (les) plus adaptée(s) pour traiter les canaux semi-circulaires incriminés.

Préambule

Contexte d'élaboration

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est le plus fréquent de tous les vertiges et affecte deux femmes pour un homme.

Il s'agit d'un vertige rotatoire *vrai*, déclenché par les changements de positions de la tête, qui dure moins de 60 secondes. Ce vertige peut être ressenti comme très anxiogène : il peut être intense et accompagné de nausées, voire de vomissements. Les vertiges se répètent ainsi plusieurs fois par jour, lors des mouvements de la vie quotidienne.

Bien que qualifié de « *bénin* », le VPPB n'est pas anodin car certains patients peuvent vivre une importante limitation d'activités, et souvent depuis longtemps. Le VPPB peut être à l'origine de troubles de l'équilibre, voire de chutes.

Qu'il soit idiopathique ou post-traumatique, le VPPB est supposé être causé par un déplacement d'otolithes (composants naturels formés de carbonate de calcium et présents sur les macules otolithiques) dans les canaux semi-circulaires – notamment le postérieur ; on parle de « *canalolithiase* ». Plus rarement, ces otolithes peuvent adhérer à la cupule, on parle alors de « *cupulolithiase* ».

La prise en charge des vertiges positionnels paroxystiques bénins a beaucoup progressé, notamment grâce aux techniques de repositionnement des otolithes.

En l'absence d'imagerie fiable pour confirmer la présence d'une lithiase labyrinthique, divers protocoles et techniques ont été décrits et sont pratiqués pour diagnostiquer le VPPB, identifier le canal affecté, et provoquer le déplacement des otolithes dans l'utricule.

En l'absence de traitement médicamenteux, le VPPB est recherché et traité au moyen de diverses manœuvres cliniques diagnostiques visant à recréer le vertige. L'interprétation se focalise alors à partir des caractéristiques de direction, de sens, d'intensité et de durée des nystagmus provoqués.

Diverses manœuvres libératrices peuvent être proposées en fonction de l'état de mobilité du patient et/ou de certains facteurs de risque ainsi que du canal incriminé. Ces manœuvres libératrices sont souvent immédiatement efficaces, en quelques séances.

Parallèlement, le traitement des vertiges positionnels paroxystiques bénins fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses et disparates. Aucune recommandation reconnue n'existe pour cette pratique qui requiert un professionnel formé et expérimenté, en l'absence de cadre réglementaire.

Il semble donc pertinent de faire le point sur l'état des connaissances, afin d'identifier ce qui est réellement établi, aussi bien en termes de techniques que de modalités de prise en charge afin d'émettre les recommandations en conséquence.

Cette recommandation est une auto-saisine de la HAS faisant suite à une demande du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK).

La HAS et le Collège des masseurs-kinésithérapeutes (CMK) ont élaboré conjointement cette recommandation.

Objectifs de la recommandation

Les points d'amélioration des pratiques attendus en termes de qualité et de sécurité des soins sont :

- permettre à un praticien confronté à un patient présentant des vertiges positionnels paroxystiques bénins d'orienter vers les modalités de prise en charge les plus pertinentes ;

- homogénéiser et optimiser les pratiques en termes de stratégie et de technologie rééducatives ;
- valoriser les solutions dont l'efficacité est avérée.

Délimitation du présent travail

Les patients concernés par le thème sont les patients adultes souffrant de vertiges positionnels paroxystiques bénins.

Ce travail n'aborde pas spécifiquement les VPPB concomitants à :

- des troubles évolutifs ;
- des atteintes psychogéniques ;
- des atteintes vestibulaires périphériques, uni ou bilatérales : névrites vestibulaires ou atteintes post-traumatiques (fracture du rocher ou commotion labyrinthique), labyrinthites ou progressives (schwannome vestibulaire et autres tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, en pré- ou postopératoire) ou fluctuantes (Hydrops) ;
- des atteintes vestibulaires bilatérales, avec aréflexie bilatérale d'origine toxique ou tumorale (schwannome vestibulaire bilatéral au cours de la neurofibromatose de type 2) ;
- des pathologies centrales d'origine vasculaire, tumorale ou dégénérative ;
- des lésions périphériques et/ou centrales post traumatiques (hors VPPB avéré) ;
- des cinétoses et naupathies, et autres discordances sensorielles (mal des transports, mal des hauteurs, « syndrome de l'autoroute », etc.) ;
- des troubles des stratégies de l'équilibration des personnes âgées (syndrome d'« omission vestibulaire ») ;
- la dépendance visuelle en posturographie, etc.

Personnes concernées

Les personnes concernées par le thème sont les patients adultes souffrant de vertiges positionnels paroxystiques bénins.

Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

Sont notamment concernés :

- masseurs-kinésithérapeutes (MK) ;
- médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR) ;
- médecins généralistes ;
- médecins gériatres ;
- médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL) ;
- médecins neurologues ;
- médecins urgentistes ;
- médecins du travail confrontés à l'identification de l'origine et à la pérennité des vertiges.

Recommandations

1. Identification des canaux incriminés

Le diagnostic de VPPB se pose devant un vertige ou une sensation rotatoire positionnelle déclenchés au lever, au coucher ou au lit à dominante matinale avec une tendance à l'amélioration dans la journée et associés à un nystagmus dont les caractéristiques sont précises et objectivables.

1.1 Interrogatoire

L'histoire de la maladie du patient est un critère diagnostique indispensable afin de repérer un vertige pouvant être d'origine périphérique et de préciser ces circonstances de déclenchement.

Afin de mettre en évidence l'origine du VPPB, idiopathique ou secondaire, il est suggéré d'identifier si les vertiges sont apparus à la suite d'un événement traumatique dans l'histoire du patient, tels qu'un traumatisme, une maladie virale ou une manipulation cervicale.

1.2 Examen clinique

L'histoire seule est insuffisante pour diagnostiquer précisément un VPPB. Le diagnostic du VPPB est clinique. Il permet d'identifier l'origine du VPPB :

- canal semi-circulaire postérieur ;
- canal semi-circulaire antérieur (= supérieur) ;
- canal semi-circulaire horizontal (= latéral) ;
- cas particuliers :
 - VPPB présentant des formes multicanalaires ou bilatérales,
 - VPPB ressenti mais sans nystagmus visible,
 - conversion de canal.

Le diagnostic du VPPB repose sur la reconnaissance le plus précocement possible d'un nystagmus de positionnement caractéristique chez un patient ayant une histoire typique de vertige positionnel. Les caractéristiques des nystagmus des VPPB répondent à deux cadres : l'évolution dans le temps des nystagmus et leur évolution dans l'espace. Le nystagmus objective la migration lithiasique et est synchrone au vertige.

Lors de l'examen du patient, le clinicien déclenche en premier un nystagmus positionnel typique dépendant du canal impliqué sur la base de la symptomatologie.

A	Le test de Dix-Hallpike est le premier test de référence pour diagnostiquer le VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
B	Le VPPB du canal semi-circulaire postérieur est diagnostiqué quand le vertige associé à un nystagmus torsionnel géotropique, vertical supérieur, épuisable et paroxystique, apparaissant après un temps de latence. Il est provoqué par le test de Dix-Hallpike.
C	Le VPPB du canal semi-circulaire horizontal est diagnostiqué quand le vertige associé à un nystagmus horizontal est provoqué par le test positionnel rotatoire couché (« <i>supine roll test</i> ») avec une flexion légère de la tête et lorsque le sens du nystagmus s'inverse lors du changement de rotation de la tête.
AE	Il est recommandé d'utiliser un dispositif de vidéoscopie lors de l'examen clinique pour diagnostiquer le VPPB.

Il est recommandé de positionner la tête en anté-flexion de 30 degrés pour déterminer le côté affecté dans les canaux horizontaux.

Le test de Dix-Hallpike modifié (en position assise vers la position déclenchante) peut être un test complémentaire au test de Dix-Hallpike.

1.3 Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel permet d'identifier d'éventuels drapeaux rouges contre-indiquant certaines manœuvres thérapeutiques et nécessitant de réorienter le patient vers un spécialiste : céphalées, diplopie, ataxie, acouphènes, otalgie et/ou cervicalgies. Il doit aussi alerter si un nystagmus apparu immédiatement après la manœuvre déclenchante dure plus de quelques minutes, est de vitesse constante sans paroxysme et ne s'accompagne pas d'une sensation de vertige.

L'interrogatoire, l'examen clinique, l'examen otoscopique et la recherche de signes neurologiques permettent de distinguer trois catégories de vertiges :

- les vertiges associés à des signes neurologiques ;
- les vertiges associés à une pathologie de l'oreille moyenne ;
- les vertiges isolés ou associés à des signes cochléaires dans lequel s'intègre le VPPB.

D'autres types de vertiges peuvent être confondus avec le VPPB, notamment ceux d'origines otologiques et neurologiques centraux. Les conditions physiopathologiques de ces causes permettent de les dissocier du VPPB en se basant sur l'histoire naturelle, la symptomatologie des vertiges (survenue, troubles associés, durée, etc.), et l'examen clinique.

Le clinicien doit considérer la possibilité que plus d'un désordre vestibulaire peut être présent chez le patient qui ne présente pas les symptômes spécifiques d'une entité vestibulaire simple.

De nombreux autres désordres non-otologiques et non-neurologiques, fréquemment attribués à l'hyperventilation, présentent des similitudes avec le VPPB : anxiété, crise de panique, agoraphobie, etc. Les vertiges d'origine cervicale peuvent produire des symptômes similaires à ceux du VPPB.

Les examens complémentaires n'ont vocation qu'à poursuivre de nouvelles investigations en présence d'un tableau clinique atypique de VPPB.

C Le clinicien doit différencier le VPPB des autres causes de déséquilibre et vertiges en réalisant un diagnostic différentiel précis (grade C).

C L'imagerie radiographique et les tests de la fonction vestibulaire ne sont pas utiles chez un patient diagnostiqué avec un VPPB typique et isolé, sauf si le diagnostic est incertain ou en cas de symptômes additionnels ou signes sans rapport avec un VPPB justifiant des examens complémentaires.

B L'électroencéphalogramme et l'écho-doppler ne sont pas indiqués en cas de vertiges isolés. Il n'y a pas d'indication d'imagerie en cas de VPPB typique, ayant guéri après manœuvre ou spontanément.

C L'état de la littérature ne permet pas de recommander ou réfuter l'utilisation des tests audiométriques chez des patients diagnostiqués avec un VPPB.

2. Stratégies thérapeutiques

Deux grandes méthodes thérapeutiques existent pour traiter le VPPB :

- les manœuvres thérapeutiques ayant pour objectif de déplacer les otolithes des canaux semi-circulaires vers l'utricule afin qu'ils soient réabsorbés dans la macule utriculaire ;
- les méthodes de « rééducation vestibulaire » visant l'adaptation, la substitution et l'habituation du système nerveux.

La « rééducation vestibulaire » peut recourir à des outils spécifiques comme le fauteuil rotatoire, les plates-formes de posturographie dynamique, le générateur d'optocinétique et les barres de diodes. Toutefois, la littérature est insuffisante, et ces moyens sont rarement inclus dans les études concernant le VPPB.

Le choix pour déterminer la manœuvre la plus adaptée dépend du canal incriminé et du type de VPPB.

2.1 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal semi-circulaire postérieur

Deux manœuvres sont principalement décrites pour le traitement des VPPB du canal semi-circulaire postérieur :

- la manœuvre libératrice décrite par Sémont *et al.* ;
- la manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) décrite par Epley.

Les principales différences entre ces manœuvres sont l'angle d'inclinaison du patient lors de la manœuvre, le temps de maintien avant et après réalisation de la manœuvre, et l'adaptation de la manœuvre en fonction de la morphologie du patient et du clinicien.

Les critères d'évaluation pour juger l'effet de ces manœuvres sont la résolution du nystagmus et du vertige lors de l'exécution du test de Dix-Hallpike.

2.1.1 Manœuvre libératrice de Sémont *et al.*

B	La manœuvre de Sémont <i>et al.</i> est recommandée pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
	La manœuvre de Sémont <i>et al.</i> est aussi efficace à court terme (une semaine) que la manœuvre d'Epley pour le traitement du VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
	La manœuvre de Sémont <i>et al.</i> apparaît moins efficace à long terme (un an) que la manœuvre d'Epley pour le traitement du VPPB du canal semi-circulaire postérieur.

2.1.2 Manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) d'Epley

A	La manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC), dite d'Epley, est recommandée pour les patients atteints d'un VPPB du canal semi-circulaire postérieur du fait de son efficacité et de sa sécurité.
	Il est recommandé de pratiquer la manœuvre de repositionnement des canalithes, dite d'Epley, en première intention pour le traitement du VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
AE	Le groupe de travail recommande toutefois de choisir la manœuvre (celle dite d'Epley ou celle dite de Sémont <i>et al.</i>) la plus adaptée aux limites physiques du patient et du praticien.

B	Il est recommandé de répéter la manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) durant la même session de traitement, si les symptômes sont reproduits par le test de Dix-Hallpike ou si l'apparition d'un vertige correcteur signalé par un nystagmus agéotropique n'est pas constatée après une seule application de la manœuvre.
	La manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC), dite d'Epley, est aussi efficace à court terme que la manœuvre libératrice dite de Sémont <i>et al.</i>
A	La manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) est plus efficace qu'une manœuvre simulée pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
C	La vibration de la région mastoïdienne lors de l'exécution de la manœuvre d'Epley est sans bénéfique pour les patients atteints de VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
A	Les restrictions posturales systématiques après réalisation de la manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) ne sont pas recommandées pour le VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
AE	Toutefois, selon les spécificités du patient (activités physiques et professionnelles, positions, etc.), il est recommandé de limiter les positions qui impliquent le canal concerné.
C	Il n'y a pas suffisamment de preuve pour recommander ou réfuter l'utilisation thérapeutique d'un fauteuil mécanique de positionnement multiaxial combiné à un système de vidéoscopie diagnostique.
	Il n'y a pas suffisamment de preuve pour recommander ou réfuter l'utilisation d'étapes additionnelles à la manœuvre de repositionnement des canalithes (MRC) dite d'Epley.
B	Les patients atteints de VPPB post-traumatique présentent plus fréquemment des atteintes de plusieurs canaux : ils nécessitent davantage de manœuvres de repositionnement pour résoudre les symptômes, comparés à des patients atteints de VPPB non-traumatique ou idiopathique.

2.1.3 Manœuvre de Gans

C	La manœuvre de Gans peut être indiquée pour les patients présentant des facteurs de risque aux manœuvres d'Epley (MRC) ou de Sémont <i>et al.</i>
----------	---

2.1.4 Méthodes de « rééducation vestibulaire » fondées sur l'habitation

La rééducation vestibulaire peut également être appelée « habituations vestibulaires », « exercices vestibulaires » ou « thérapie vestibulaire », et exclut les manœuvres thérapeutiques décrites ci-dessus.

Il n'existe pas de protocole spécifique unique, mais plutôt un programme thérapeutique développé sur la base du diagnostic sous-jacent, incluant des exercices d'adaptation pour la stabilisation du regard, des exercices d'habitation, des entraînements de substitution pour les entrées visuelles ou somato-sensorielles, des exercices de contrôle postural, des exercices de prévention des chutes, des exercices de reconditionnement physique, du réentraînement aux habiletés fonctionnelles et de l'éducation des patients et de la famille, etc.

C	La rééducation vestibulaire (hors manœuvres thérapeutiques) est moins efficace comparée aux manœuvres de repositionnements des canalithes (MRC) pour traiter les VPPB du canal semi-circulaire postérieur.
B	La rééducation vestibulaire peut être indiquée pour les patients qui ne tolèrent pas la manœuvre d'Epley (MRC) ou celle de Sémont <i>et al.</i> , qui n'y répondent pas ou qui présentent des comorbidités contre-indiquant les manœuvres thérapeutiques.

C	La rééducation vestibulaire, dont les exercices de Brandt-Daroff, n'est pas recommandée comme traitement initial du VPPB, mais plutôt comme une option secondaire.
AE	Les exercices de Brandt-Daroff et ceux d'habituation sont à réserver aux cas de VPPB résistant après bilan otoneurologique.
C	L'état actuel des connaissances ne permet pas de quantifier le nombre de répétitions des exercices de rééducation vestibulaire nécessaires pour résoudre le VPPB.

2.2 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal horizontal

Les méthodes proposées visent à détacher les débris otolithiques de la cupule ou d'évacuer les débris du bras antérieur du canal horizontal dans l'utricule.

Les principales manœuvres, identiques pour les formes géotropiques et agéotropiques du VPPB du canal horizontal, sont les manœuvres de Lempert et Tiel-Wilck dite de Barbecue (*Barb-que*), de Vannucchi-Asprella, de Gufoni *et al.*, de positionnement prolongé et forcé, de rotations latérales de la tête en décubitus dorsal, de repositionnement des cupulolithes (différente de celle dite d'Epley) et la manœuvre libératrice.

Ces manœuvres sont basées sur l'accélération angulaire (manœuvres de rotations latérales, manœuvre de Lempert et Tiel-Wilck), sur une faible sédimentation gravitationnelle (positionnement prolongé forcé) ou accélérations linéaires soudaines (manœuvre de Gufoni *et al.*).

A	La manœuvre de Lempert et Tiel-Wilck est efficace pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire horizontal.
A	La manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> est efficace pour traiter la forme géotropique du VPPB du canal semi-circulaire horizontal.
	La manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> est efficace pour la conversion de la forme agéotropique du VPPB en géotropique.
	La manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> est plus efficace qu'une manœuvre simulée pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire horizontal avec un nystagmus agéotropique.
B	Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre la manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> et celle de Lempert et Tiel-Wilck en matière d'effets immédiats et de résultats à moyen terme (une semaine).
C	De plus, l'état des connaissances ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la manœuvre de Gufoni <i>et al.</i> comparativement à d'autres manœuvres.
C	La manœuvre de positionnement prolongé et forcé est efficace pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire horizontal.
C	L'état des connaissances est insuffisant pour recommander ou réfuter, pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire horizontal, l'utilisation de : <ul style="list-style-type: none"> • la manœuvre de Vannucchi-Asprella ; • la manœuvre de repositionnement des cupulolithes (différente de la manœuvre dite d'Epley) ; • la manœuvre libératrice.
C	L'état des connaissances est insuffisant pour recommander ou réfuter la manœuvre de rotations latérales de la tête en décubitus dorsal pour la conversion (agéotropique / géotropique) du VPPB du canal semi-circulaire horizontal.

AE

En cas de cupulolithiase, il est recommandé de poursuivre les investigations si la guérison n'est pas obtenue après réalisation des manœuvres thérapeutiques.

2.3 Méthodes thérapeutiques pour le VPPB du canal antérieur

Trois manœuvres sont proposées pour traiter le VPPB du canal antérieur : la manœuvre de Yacovino *et al.*, la manœuvre d'Epley et la manœuvre modifiée d'Epley. Les manœuvres de Yacovino *et al.* et d'Epley semblent être les plus couramment utilisées.

C

L'état des connaissances est insuffisant pour recommander ou réfuter la manœuvre de Yacovino *et al.*, la manœuvre d'Epley et ses variantes pour traiter le VPPB du canal semi-circulaire antérieur.

3. Modalités de prescription

AE

Il est recommandé de formuler la prescription de kinésithérapie de la façon suivante : « Bilan-diagnostic kinésithérapique, manœuvres thérapeutiques pour vertige positionnel et contrôle si nécessaire ».

4. Continuité de la rééducation

C

Les cliniciens peuvent réévaluer les patients dans un délai d'un mois après une période initiale d'observation ou de traitement pour confirmer la résolution des symptômes et orienter vers un médecin spécialiste en cas d'évolution non attendue.

5. Approches complémentaires

5.1 Médications

C L'état des connaissances est insuffisant pour recommander ou réfuter le recours à une médication de routine thérapeutique pour le VPPB.

5.2 Auto-rééducation

Les manœuvres d'Epley et de Sémont *et al.* ont été adaptées pour permettre au patient de les auto-administrer.

C Il n'y a pas assez de preuves pour recommander ou réfuter les auto-traitements utilisant la manœuvre de Sémont *et al.* ou la manœuvre de repositionnement des canalithes.

6. Éducation du patient et de son entourage

Les patients doivent être conseillés sur la bénignité du VPPB, mais aussi sur le risque accru de chutes, notamment pour les personnes âgées, fragiles, et présentant des facteurs de risque spécifiques.

Les patients doivent également être informés au sujet des symptômes atypiques (perte auditive subjective, troubles de la marche, vertiges non positionnels, nausées, vomissements, etc.), ainsi que sur leur persistance et le risque de récurrence après résolution des principaux symptômes.

C La littérature est insuffisante pour recommander le type de conseils à prodiguer aux patients relativement aux comportements qu'ils doivent adopter selon leur VPPB.

AE Il est recommandé que le professionnel de santé prenant en charge le patient atteint de VPPB délivre au minimum les informations suivantes : mécanisme du VPPB et identification et compréhension des symptômes.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Collège de masso-kinésithérapie (CMK)

Collège de la médecine générale (CMG)

Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)

Société française de kinésithérapie vestibulaire (SFKV)

Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

Société française de neurologie

Société française d'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie de la face et du cou (SFORL)

Société internationale de réhabilitation vestibulaire (SIRV)

Groupe de travail

Dr Michel Toupet, oto-rhino-laryngologiste, Paris - président du groupe de travail

M. Anthony Demont, masseur-kinésithérapeute, Paris - chargé de projet

M. Pierre-Henri Ganchou, Maisons-Alfort - chef de projet CMK

M. Michel Gedda, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr Jean-Yves Cornu, médecin de médecine physique et de réadaptation, Besançon

M. Olivier Dumas, masseur-kinésithérapeute, Lyon

Dr Thierry Duval, médecin généraliste, Marseille

Dr Marie-Josée Fraysse, oto-rhino-laryngologiste, Toulouse

Mme Dominique Gerbaulet, masseur-kinésithérapeute, Toulouse

M. Jérôme Grapinet, masseur-kinésithérapeute, Besançon

Dr Philippe Lorin, oto-rhino-laryngologiste, Le Mans

Pr Caroline Tilikete, neurologue, Lyon

Dr Guy Vançon, gériatre, rhumatologue, Nancy

Groupe de lecture

Mme Christiane Bats, masseur-Kinésithérapeute, Anglet

Mme Cécile Bécaud, masseur-kinésithérapeute, Lyon

Dr Thierry Briche, oto-rhino-laryngologiste, Paris

Dr Philippe Carret, médecin généraliste, Cahors

Dr Julie Discher, oto-rhino-laryngologiste, Toulouse

M. Thomas Dujardin, masseur-kinésithérapeute, Cenon

Dr Marie Girot, neurologue, Lille

M. Patrick Hamon, masseur-kinésithérapeute, Laval

Dr Christine Holer-Houdoux, oto-rhino-laryngologiste, Nantes

Mme Caroline Humez, masseur-kinésithérapeute, Dunkerque

Dr Julie Lamblin, oto-rhino-laryngologiste, Lille

Dr Hélène Lecomte, oto-rhino-laryngologiste, Angers

M. Frédéric Marlière, masseur-kinésithérapeute, Saran

Dr Pierre Miniconi, oto-rhino-laryngologiste, Carpentras

M. José Ortega Solis, masseur-kinésithérapeute, Lyon

Pr Philippe Perrin, oto-rhino-laryngologiste, médecine et biologie du sport, Nancy

Mme Miora Pujol, masseur-kinésithérapeute, Toulouse

Dr Cécile Rumeau, oto-rhino-laryngologiste, Nancy

M. Christian Scache, masseur-kinésithérapeute, Lambres-Lez-Douai

Dr Laurent Seiderman, oto-rhino-laryngologiste, Reims

M. Christian Theurin, masseur-kinésithérapeute, Briare

M. Alain Thiry, masseur-kinésithérapeute, Nice

Dr Alexandre Weckel, oto-rhino-laryngologiste, Toulouse

M. Alain Zeitoun, masseur-kinésithérapeute, Cannes

Dr Yves Zeitoun, médecin généraliste, Saint-Priest

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC).
Objectif(s)	<p>Les objectifs de ces recommandations et de leur mise en œuvre sont d'améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leurs sont apportés, notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • homogénéiser les pratiques en termes d'évaluation, de prise en charge et de prévention secondaire des troubles moteurs ; • promouvoir les techniques et modalités de rééducation adaptées ; • réduire les traitements et actes inutiles ou à risque ; • éviter les prescriptions inappropriées.
Patients ou usagers concernés	Les patients concernés par le thème sont les patients adultes souffrant de vertiges positionnels paroxystiques bénins.
Professionnel(s) concerné(s)	<ul style="list-style-type: none"> • gériatres ; • masseurs-kinésithérapeutes ; • médecins de médecine physique et de réadaptation ; • médecins généralistes ; • médecins oto-rhino-laryngologistes ; • médecins neurologues.
Demandeur	Autosaisine HAS.
Promoteurs	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles. Collège de la masso-kinésithérapie (CMK).
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	<p>Coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Pierre-Henri Ganchou ; • M. Michel Gedda, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS. <p>Secrétariat : Mme Marie-Catherine John.</p>
Recherche documentaire	<p>De décembre 2016 à septembre 2017 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en Annexe 1).</p> <p>Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).</p>
Auteur du rapport d'élaboration	M. Anthony Demont, masseur-kinésithérapeute, Paris - chargé de projet du groupe de travail.
Participants	Groupe de travail (Chargé de projet : M. Anthony Demont, masseur-kinésithérapeute, Paris)
Conflits d'intérêts	<p>Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS et sont consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.</p>

Titre	Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en décembre 2017.
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Recommandation de bonne pratique téléchargeable sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Argumentaire. Fiche de synthèse.

HAS

"Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur"
www.has-sante.fr