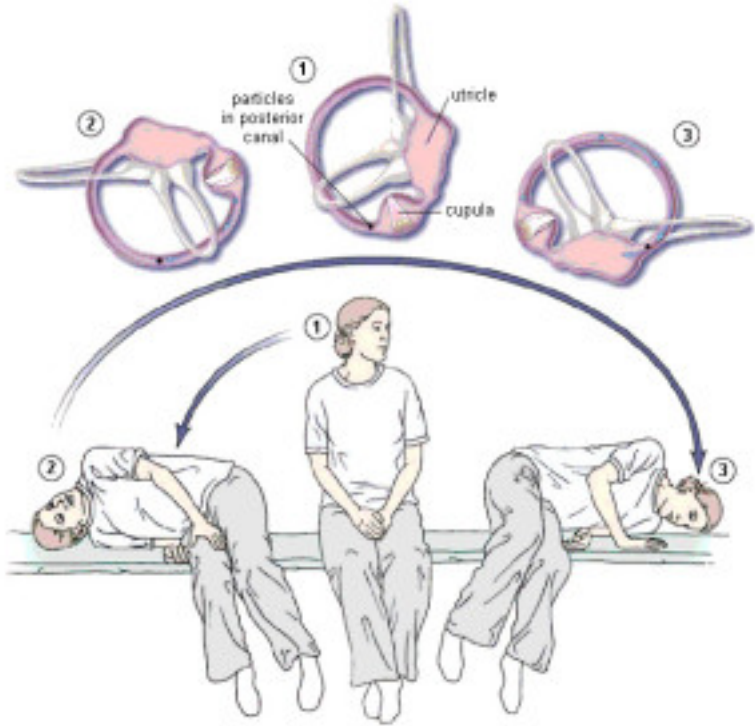


Medscape

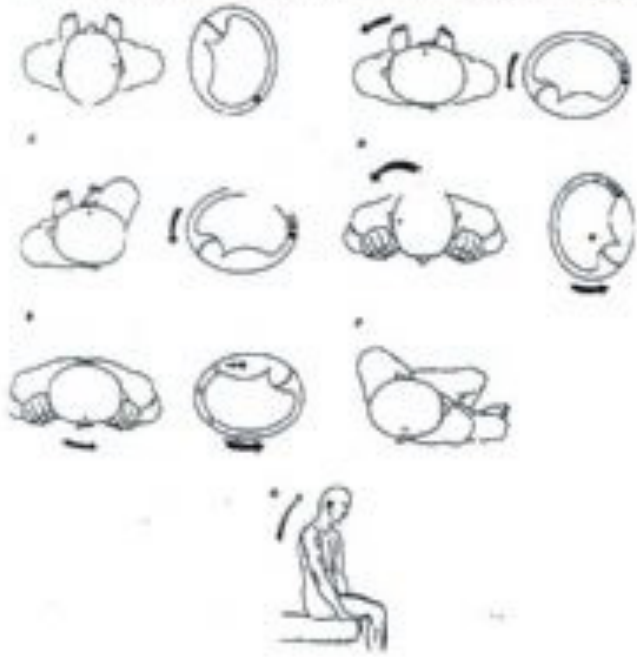
Lempert Roll Maneuver



Source: Semin Neurol © 2009 Thieme Medical Publishers



"Rotation barbecue" pour un VPPB du canal horizontal droit de forme géotropique



<https://www.youtube.com/watch?v=Fro2Ovtp...>

<https://www.youtube.com/watch?v=Fro2Ovtpwqs>

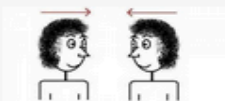
exercices de kinésithérapie vestibulaire

Exercices à faire à domicile : séance 1

1) Debout, pieds joints :



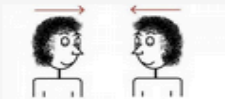
Yeux ouverts : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête



Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc



Yeux fermés : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête.



Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc;

2) Debout, pieds joints :



Yeux ouverts : levez un pied de sorte à être en équilibre sur une jambe. Puis maintenez cette position pendant \pm 10-15 secondes avant de changer de jambe. Fixez un point devant vous pour vous aider à vous stabiliser. Remarque : commencez les exercices avec le pied droit devant puis refaites la même série avec le pied gauche devant.



Yeux fermés : levez un pied de sorte à être en équilibre sur une jambe. Puis maintenez cette position pendant \pm 10-15 secondes avant de changer de jambe.

3) Debout, épaules relâchées :



Yeux ouverts : marchez « comme sur une ligne » : c'est-à-dire, un pied devant l'autre en marche avant et en marche arrière

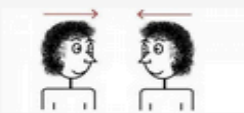


Yeux fermés : dès que vous arrivez à faire cet exercice, sans trop de difficultés, essayez de le faire les yeux fermés.

1) Debout, un pied devant l'autre :



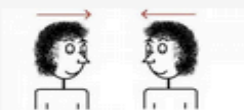
Yeux ouverts : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête



Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc **Remarque** : commencez les exercices avec le pied droit devant puis refaites la même série avec le pied gauche devant.



Yeux fermés : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête.



Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc;

2) Debout, pieds joints :



Yeux ouverts : levez un pied de sorte à être en équilibre sur une jambe. Puis maintenez cette position pendant \pm 20-30 secondes avant de changer de jambe. Fixez un point devant vous pour vous aider à vous stabiliser. **Remarque** : commencez les exercices avec le pied droit devant puis refaites la même série avec le pied gauche devant.



Yeux fermés : levez un pied de sorte à être en équilibre sur une jambe. Puis maintenez cette position pendant \pm 20-30 secondes avant de changer de jambe.

3) Debout, pieds joints :



Yeux ouverts : marchez « comme sur une ligne » : c'est-à-dire, un pied devant l'autre : en marche avant puis en marche arrière.

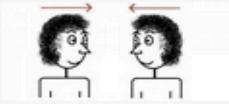


Yeux fermés : dès que vous arrivez à faire cet exercice, sans trop de difficultés, essayez de le faire les yeux fermés.

1) Debout sur une jambe :



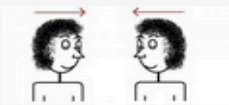
Yeux ouverts : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête



Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc

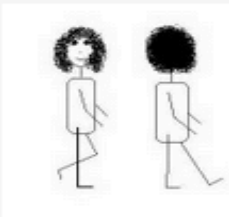


Yeux fermés : faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête.

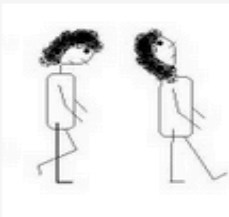


Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc;

2) Debout, pieds joints :



Marchez calmement sur quelques mètres en faisant des mouvements gauche-droite avec la tête.



Marchez calmement sur quelques mètres en faisant des mouvements haut-bas avec la tête.

Rééducation vestibulaire pour le Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

Lors de la première séance, le kinésithérapeute effectue une manœuvre dite diagnostique (manœuvre de Dix et Hallpike) pour localiser et identifier le côté atteint.



Ensuite, le thérapeute réalise une manœuvre dite libératoire (la manœuvre de Toupet et Semont, la manœuvre d'Epley ou la manœuvre cristaux à leur place – dans l'utricule.

Bien souvent, 2 à 3 séances suffisent et les cas de récurrences sont assez rares.

Voici trois illustrations représentant ces différentes manœuvres libératoires :

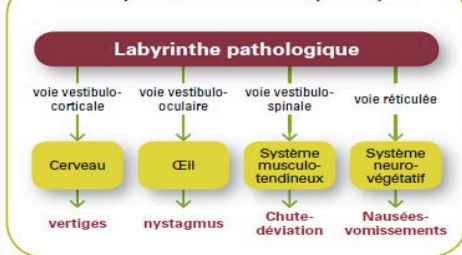
avantage par des troubles de l'équilibre. De même, tous les vertiges ne sont pas forcément d'origine vestibulaire. On peut ainsi retrouver des sensations vertigineuses dans des pathologies musculaires cervicales, oculomotrices ou neurologiques.

■ Démarche diagnostique

Avant d'incriminer le système vestibulaire, il convient d'éliminer l'urgence vitale. En effet, la pathologie vertigineuse peut être la manifestation d'une atteinte centrale dans 10 à 15 % des cas (1), (2).

Parmi les causes neurologiques, on retient les accidents ischémiques transitoires vertébro-basilaires, les lésions expansives de la fosse postérieure, les hématomas du cervelet, les dissections d'artère vertébrale et les décompensations de malformation d'Arnold Chiari. Souvent la symptomatologie vertigineuse est associée à d'autres symptômes résultant de l'atteinte des structures voisines : céphalées intenses ou douleurs cervico-faciales, déficits sensitifs de la face, diplopie verticale (vision double dans le regard vertical), ataxie (témoignage d'un déficit du cervelet). D'autres causes, pouvant occasionner une sensation vertigineuse, doivent également être éliminées. Il s'agit notamment, pour les causes cardiovasculaires, de l'hypotension orthostatique, du malaise vagal, de l'hypertension artérielle, des troubles du rythme. Les désordres métaboliques (hypoglycémie...), les troubles visuels (glaucome, baisse de l'acuité visuelle, cataracte...), les troubles ostéoarticulaires, certaines pathologies neurologiques (SEP, maladie de Parkinson...), ainsi que les effets iatrogènes de certains médicaments doivent être évoqués. Ainsi pour l'ORL, la démarche consistera après avoir éliminé l'urgence neurologique et rechercher des causes intriquées ou favorisantes (terrain, médicaments, antécédents) à déterminer le rôle ou non de l'oreille interne dans la survenue de ces symptômes.

Figure 2 : Conséquences cliniques d'un dysfonctionnement labyrinthique



Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

Il s'agit de la cause la plus fréquente de vertiges selon la littérature, particulièrement entre 50 et 70 ans. Dans la plupart des cas, l'étiologie est inconnue. Parfois, le VPPB est secondaire à un traumatisme crânien ou encore une névrite vestibulaire.

Le VPPB est lié à la migration d'otolithes, normalement présents au niveau des macules, dans l'un des canaux semi-circulaires (figure 4 et 5). Ainsi, le VPPB du canal semi-circulaire postérieur se manifeste par la survenue brusque d'un vertige rotatoire bref, de quelques secondes, lors d'un mouvement de rotation ou d'hyperextension de la tête.

Les manœuvres thérapeutiques auront pour but de faire réintégrer les otolithes au niveau de l'utricule (manœuvre de Semont).

Figure 4 : Labyrinthe : vestibule (en bleu) exposé

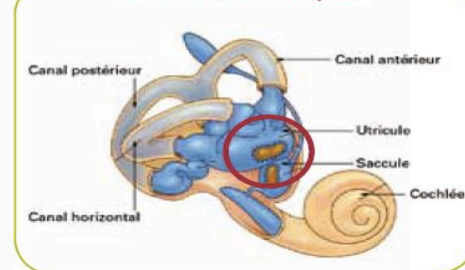


Figure 3 : Causes ORL de vertiges

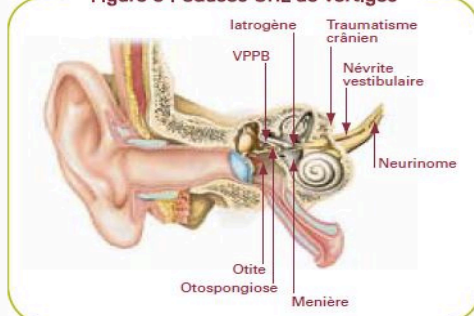
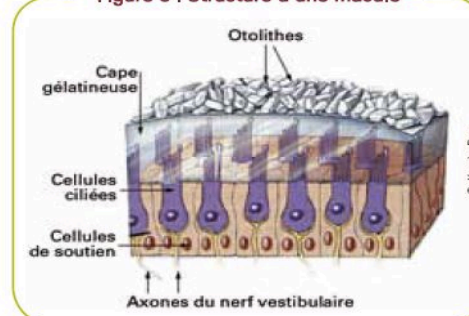


Figure 5 : Structure d'une macule



La névrite vestibulaire

Elle semble être la conséquence d'une atteinte inflammatoire du nerf vestibulaire.

Cliniquement, elle se manifeste par la survenue brusque d'un grand vertige rotatoire, associé à des nausées et vomissements, une forte instabilité à la marche, voire l'installation d'une ataxie complète.

Les symptômes diminuent progressivement, puis disparaissent après quelques jours à quelques semaines.

L'examen met en évidence un nystagmus battant vers l'oreille saine, avec une déviation posturale et segmentaire vers l'oreille pathologique.

Le traitement consiste, à la phase initiale, en du repos et un traitement symptomatique (antivertigineux et antiémétiques). Dès que possible, il faudra envisager le lever précoce avec aide par kinésithérapie vestibulaire pour assurer la compensation centrale de ce vestibule défectueux.

La maladie de menière

Il s'agit d'un hydrops labyrinthique, c'est-à-dire d'une distension du labyrinthe membraneux liée à des phénomènes pressionnels, responsable de la triade clinique surdité-vertiges-acouphènes.

Généralement, elle survient chez l'adulte d'âge moyen.

La bilatéralisation de l'atteinte peut survenir dans 10 à 30 % des atteintes.

Il s'agit d'une maladie chronique, évoluant par crises résolutes avec examen intercritique normal. Avec l'évolution, les lésions peuvent se fixer avec l'apparition d'une surdité de perception permanente et des troubles de l'équilibre persistants.

La prise en charge repose sur le traitement symptomatique de la crise (antiémétiques et antivertigineux) et sur le traitement de fond de la maladie par Betahistine.

En cas d'échec du traitement, d'autres solutions peuvent être proposées, mais non dénuées de risques :

la labyrinthectomie chimique (instillation de gouttes ototoxiques à travers la membrane tympanique), la neurotomie vestibulaire, notamment. Ces dernières solutions visent à détruire le vestibule défectueux et doivent impérativement s'accompagner de kinésithérapie vestibulaire de façon à permettre la compensation centrale de l'équilibre qui sollicitera le vestibule controlatéral sain et les autres systèmes de l'équilibre.

La kinésithérapie vestibulaire constitue l'un des piliers de la prise en charge des vertiges. Son but est de permettre à l'organisme de s'adapter à la perte de

l'un de ses capteurs sensoriels, en l'occurrence d'un vestibule. La difficulté réside dans la capacité de chacun

à changer de référentiel et à adopter une nouvelle stratégie de l'équilibre en recodant les programmes.

Cette variation interindividuelle est liée au terrain, à l'âge, aux défaillances associées des autres systèmes de l'équilibre, et aux activités.

Par exemple, un patient présentant au cours de sa vie un épisode d'origine vestibulaire, grâce à la compensation mise en place par le système nerveux central,

va renforcer les autres systèmes extra-vestibulaires pour maintenir son équilibre : la vue et la proprioception.

Avec l'âge, cette nouvelle organisation peut être décompensée par la perte de l'acuité visuelle : l'instabilité réapparaît alors. La prise en charge visera à restituer cette organisation par correction visuelle et rééducation vestibulaire de façon à diminuer la dépendance des systèmes vestibulaires vis-à-vis de la vision.

La kinésithérapie vestibulaire constitue l'un des piliers de la prise en charge des vertiges. Son but est de permettre à l'organisme de s'adapter à la perte de

l'un de ses capteurs sensoriels, en l'occurrence d'un vestibule. La difficulté réside dans la capacité de chacun

à changer de référentiel et à adopter une nouvelle stratégie de l'équilibre en recodant les programmes.

Cette variation interindividuelle est liée au terrain, à l'âge, aux défaillances associées des autres systèmes de l'équilibre, et aux activités.

Par exemple, un patient présentant au cours de sa vie un épisode d'origine vestibulaire, grâce à la compensation mise en place par le système nerveux central,

va renforcer les autres systèmes extra-vestibulaires pour maintenir son équilibre : la vue et la proprioception.

Avec l'âge, cette nouvelle organisation peut être décompensée par la perte de l'acuité visuelle : l'instabilité réapparaît alors. La prise en charge visera à restituer cette organisation par correction visuelle et rééducation vestibulaire de façon à diminuer la dépendance des systèmes vestibulaires vis-à-vis de la vision.

<https://www.youtube.com/watch?v=nXAKRWjic9M>

<https://www.youtube.com/watch?v=aN9CQeK46I0>

Étourdissements et vertiges : Le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)

technique de rééducation video

<https://www.youtube.com/watch?v=llvUbxEoadQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=9SLm76jQg3g>