

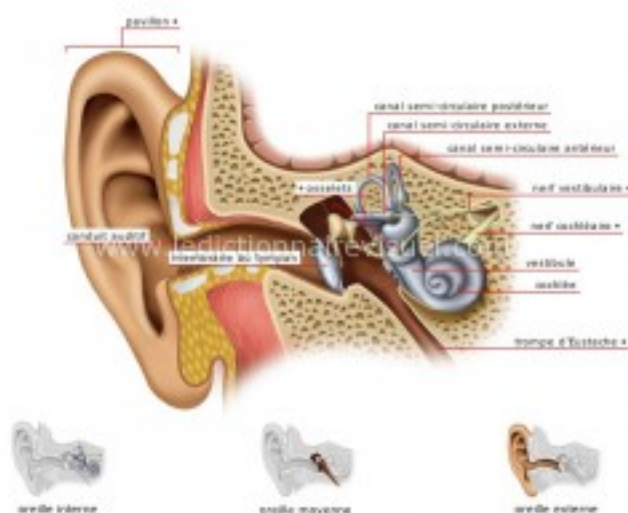
Kinésithérapie vestibulaire et maxillo-faciale

La rééducation vestibulaire est une spécialité de la kinésithérapie qui s'adresse aux patients souffrant de vertiges et/ou de troubles de l'équilibre, ayant pour origine l'oreille interne. Pour ce faire, nous utilisons principalement une plate-forme de posturographie permettant de rééduquer l'équilibre de manière globale.

Bien que souvent impressionnante, cette rééducation s'avère efficace et répond aux nombreuses attentes des patients, qui voient leur qualité de vie diminuée suite à ces troubles.

A. Qu'est-ce que la kinésithérapie vestibulaire?

La rééducation vestibulaire est une spécialité de la kinésithérapie qui vient en aide aux personnes souffrant de vertiges et/ou de troubles de l'équilibre liés à une perturbation du système vestibulaire (dans l'oreille interne).



<http://www.ikonet.com/fr/ledictionnairevisuel/images/qc/structure-de-oreille-284750.jpg>

B. Quels sont les buts d'une rééducation vestibulaire?

- Permettre au patient de retrouver une certaine stabilité ;
- Diminuer la fréquence, la durée et l'intensité de ses vertiges ;
- Diminuer les signes associés (tels que les nausées, les vomissements, les maux de tête, etc.) ;
- Améliorer l'autonomie du patient dans les activités de la vie quotidienne.

C. Quelles sont les pathologies concernées par cette rééducation?

Selon son origine, la sensation de vertige peut aller du simple déséquilibre à la marche à l'impression que tout notre environnement tourne. A ces symptômes peuvent également s'ajouter, dans certains cas, de signes végétatifs (nausées, vomissement) ou encore de signes cochléaires (troubles de l'audition, acouphènes).

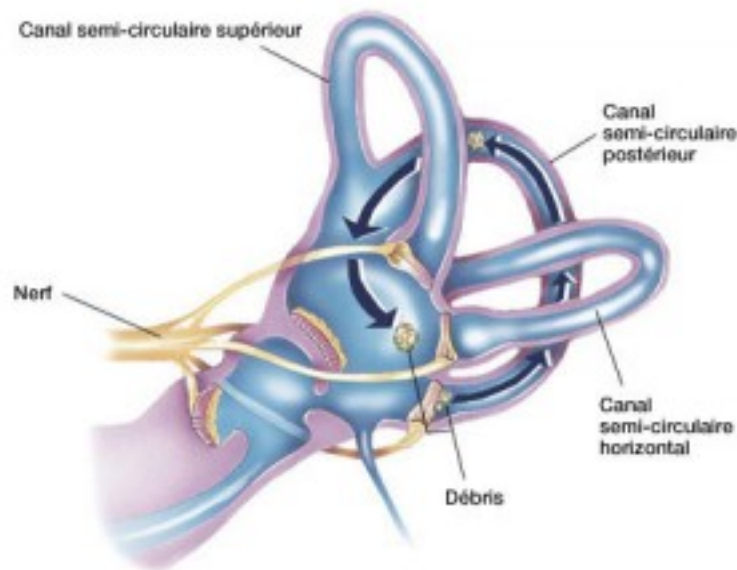
Ci-dessous vous trouverez quelques informations concernant les pathologies vestibulaires les plus fréquemment rencontrées en consultation.

1. Le Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

Le vertige de position est un vertige dit **rotatoire vrai** c'est-à-dire que la personne a l'impression que tout se met à tourner autour d'elle. Cette sensation peut s'accompagner de nausées, voir même parfois de vomissements.

Il est dit **paroxystique** car, même s'il peut parfois être très intense, il ne dure que quelques secondes. Il survient souvent en 2ème partie de nuit, lorsque le patient se lève ou se retourne dans son lit et est toujours précédé d'une petite période de latence donnant son effet de « surprise ».

On le qualifie de **positionnel** parce que ce type de vertige est déclenché par un changement de position, rapide, et plus précisément de la tête par rapport au tronc. Ceci est lié au déplacement de petits débris, appelés otolithes. Ceux-ci, qui se trouvent normalement dans une région de l'oreille interne – appelée utricule – quittent, sans raison apparente, leur endroit d'origine et vont se promener dans les canaux semi-circulaires. Leur déplacement va entraîner un mouvement involontaire des yeux (= nystagmus) donnant cette impression que tout bouge autour de nous.



<http://boustanyorl.com/oreilles/labyr.jpg>

Généralement le mouvement déclenchant sera le même pour un même patient (Par exemple : le vertige apparaît à chaque fois que Mr X tourne la tête vers la droite).

Enfin, il est dit **bénin** car bien que très fréquent, ce type de vertige est sans gravité. Dans la majorité des cas, 1 à 3 séances suffisent à le faire disparaître.

1. Parésie (ou hypovalence) vestibulaire

La parésie, appelée aussi hypovalence ou hyporéflexie, est un déficit vestibulaire unilatéral défini comme une perte de sensibilité au niveau d'un des deux organes vestibulaires.

Cette asymétrie entre les réponses vestibulaires gauche et droite va entraîner des vertiges accompagnés d'une certaine instabilité. Les patients parlent souvent d'une impression de tanguer, comme s'ils étaient sur un bateau.

Bien souvent, le patient ressent une diminution de ses symptômes après 4-5 séances de rééducation sur la plateforme (voir chapitre « rééducation vestibulaire »).

1. Omission vestibulaire

Nous parlons de dépendance visuelle quand le patient, pour maintenir son équilibre, utilise beaucoup trop ses entrées visuelles et pas assez ses autres entrées – vestibulaires et/ou somesthésiques.

Ceci entraîne une discordance entre les différentes entrées sensorielles et donc une sensation de perte d'équilibre.

Voici un exemple de bilan multitest équilibre

Les symptômes apparaissent bien souvent après une exposition plus ou moins prolongée à une situation de défilement visuel (à vitesse assez constante).

Par exemple, les situations d'inconfort les plus souvent citées sont les suivantes :

- « Je me sens mal dans les magasins, dans les grandes surfaces et/ou dans les endroits où il y a trop de monde, trop de bruits » ;
- « J'ai beaucoup de mal avec les escalators. Quand je suis en haut d'un escalier, j'ai l'impression que je vais tomber » ;
- « J'ai la tête qui tourne quand je lis trop longtemps. Je n'arrive plus à regarder la télé » ;
- « J'ai souvent la tête qui tourne après un long trajet en voiture » ;
- « Je n'arrive plus à prendre le métro ».

Trois entrées sensorielles sont nécessaires à notre équilibration

La sensation de déséquilibre ne devient consciente qu'à partir du moment où une incoordination existe entre les informations données par ces trois systèmes :

1. Système proprioceptif/somesthésique :

Ce système est constitué des petits récepteurs sensoriels situés au niveau des muscles, des tendons et des articulations (et plus particulièrement au niveau du bassin, des chevilles et de la colonne cervicale). Ces récepteurs nous permettent de maintenir notre équilibre grâce à la contraction de muscles stabilisateurs.

1. Système visuel :

La vue joue un rôle important dans notre équilibre. En effet, les yeux fixent des points de repères et nous permettent ainsi de nous déplacer et de nous orienter dans l'espace.

1. Système vestibulaire :

Situé dans l'oreille interne, ce système est sensible aux accélérations angulaires (= mouvements de la tête par rapport au tronc) et linéaires de notre corps. Il permet ainsi la stabilisation visuelle – lors d'un mouvement – et contrôle le tonus de nos muscles extenseurs.

Système vestibulaire



http://www.vestib.org/images/acceleration_rotation.jpg

1. Maladie de Ménière

La maladie de Ménière est une pathologie chronique de l'oreille interne qui se manifeste généralement chez les personnes de 30 à 50 ans.

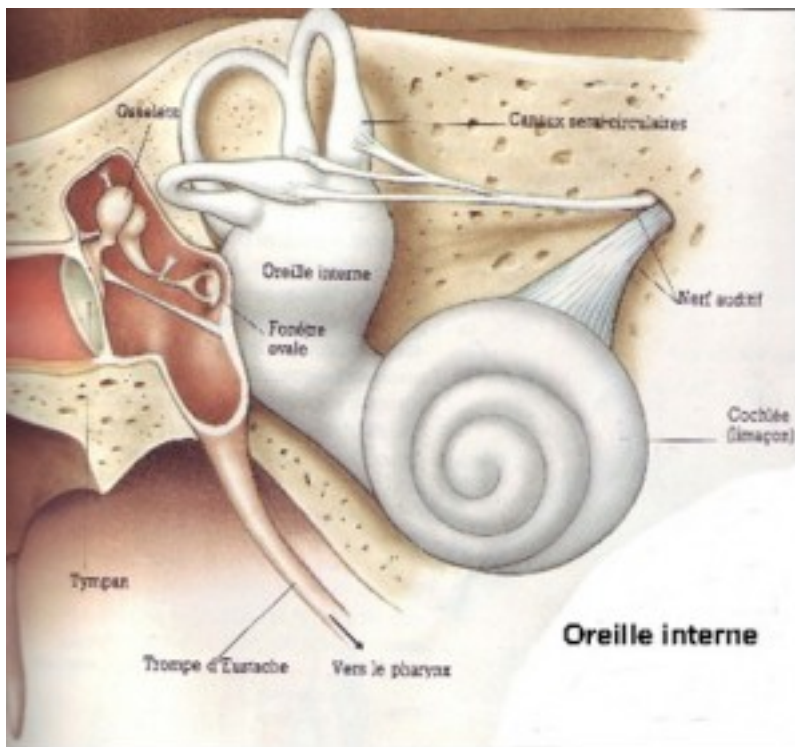
La sévérité de celle-ci varie d'une personne à l'autre et l'évolution de la maladie est variable et bien souvent imprévisible.

Au cours des premières années, les crises tendent à s'intensifier pour s'atténuer ensuite progressivement et devenir de plus en plus rares. Des troubles de l'équilibre et de l'audition peuvent cependant persister suite aux attaques successives.

La cause exacte de la maladie de Ménière est inconnue. Mais, c'est un excès d'endolymphe (= liquide présent dans l'oreille interne), appelé hydrops, qui semble être à l'origine des symptômes de cette pathologie.

En effet, présent en excès, ce liquide augmente la pression dans l'oreille interne. Les signaux d'audition et d'équilibre qui sont envoyés au cerveau sont ainsi erronés, « brouillés », voire contradictoires. Ces « mauvaises » informations vont entraîner des vertiges, car le cerveau ne sait pas comment réagir.

Les acouphènes (= bruits « parasites ») proviennent quant à eux du fait que la cochlée interprète la surpression de liquide comme une onde sonore. **(Pour plus d'information sur les acouphènes, consultez le lien « Cellule acouphène » sur ce site.)**



Signes précurseurs d'une crise :

- Sensation de plénitude dans l'oreille (= impression d'oreille bouchée, comme ce que l'on peut ressentir en haute altitude) ;
- Perte partielle de l'audition avec parfois présence d'acouphènes (bourdonnements d'oreille) ;
- Maux de tête ;
- Perte d'équilibre ;
- Étourdissement ;
- Sensibilité aux sons.

Symptômes pendant la crise :

- Vertige intense et soudain pouvant durer d'un quart d'heure à plusieurs heures + nystagmus (= mouvements rapides et involontaires des yeux) ;

- Perte partielle de l'audition (hypoacousie) et acouphènes (bourdonnements, sifflements) ;
- Étourdissement et perturbation de l'équilibre ;
- Parfois : nausées, vomissements, sueurs, maux de ventre, diarrhée.

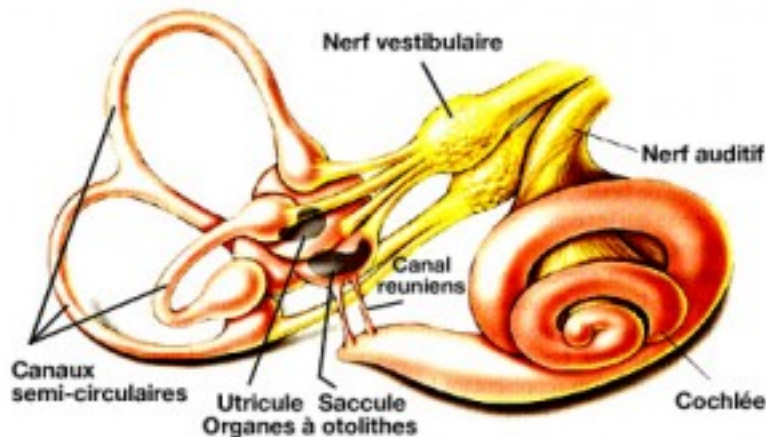
Signes persistants après la crise :

- Épuisement physique, somnolence ;
- Parfois : persistance des acouphènes et des troubles de l'équilibre, migraine ;
- La perte d'audition peut chez certain devenir permanente.

Remarque : Dans certains cas, les symptômes de la maladie de Ménière apparaissent chez une personne souffrant d'une affection de l'oreille, comme une infection par exemple. Nous parlons alors de **Syndrome de Ménière**. Celui-ci disparaît généralement lorsque l'affection en cause est guérie.

1. Névrite vestibulaire

Il s'agit d'une pathologie vestibulaire aiguë liée à une atteinte virale ou vasculaire du nerf vestibulaire. En effet, l'inflammation du nerf vestibulaire vient perturber la fonction vestibulaire, du côté atteint.



http://www.vetopsy.fr/sens/audi/images/equi_org.gif

D'apparition généralement brutale, cette pathologie s'accompagne d'un grand vertige rotatoire pouvant durer de plusieurs heures à plusieurs jours et pouvant s'accompagner de vomissements.

Lors de cette phase aiguë, les nausées et l'instabilité peuvent provoquer un très grand déséquilibre et une sensation d'ivresse et être ainsi fort invalidants pour le patient.

Une fois cette phase aiguë passée, les symptômes vont progressivement diminuer mais des troubles de l'équilibre peuvent persister.

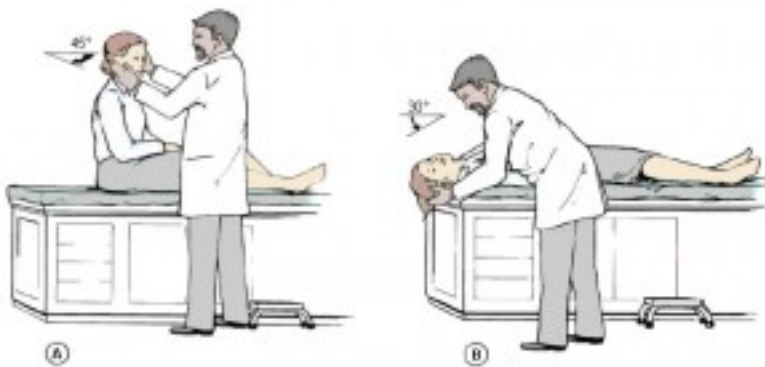
Cette pathologie vestibulaire évolue souvent très bien grâce à la rééducation et un éventuel traitement médicamenteux.

D. Rééducation vestibulaire (Espace Clinique Tête et Cou)

Vous trouverez, ci-dessous, quelques explications sur la rééducation proposée par nos kinésithérapeutes.

1. Le Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

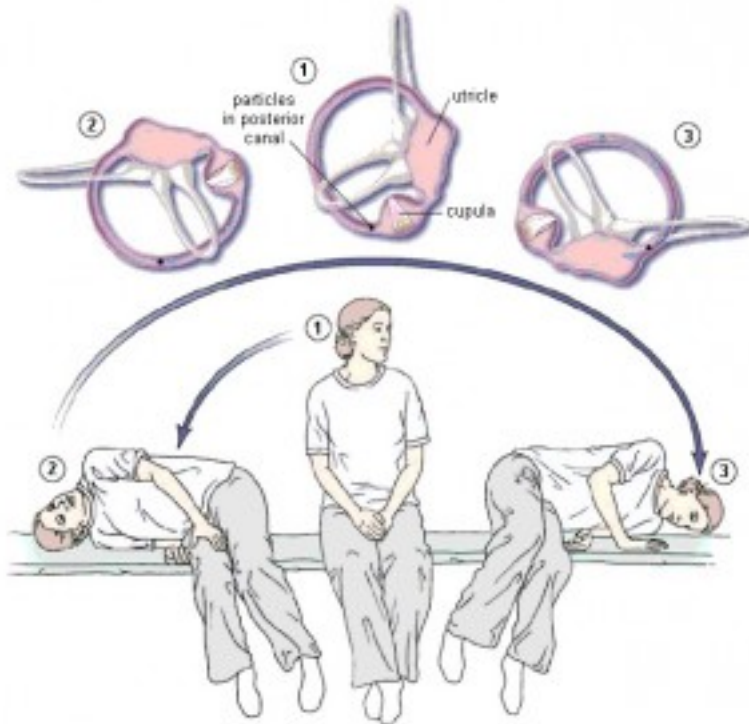
Lors de la première séance, le kinésithérapeute effectue une manœuvre dite diagnostique (manœuvre de Dix et Hallpike) pour localiser les cristaux – c'est-à-dire pour identifier le côté atteint.



http://vertige.pagesperso-orange.fr/pages/images/_bmp3agk0.jpg

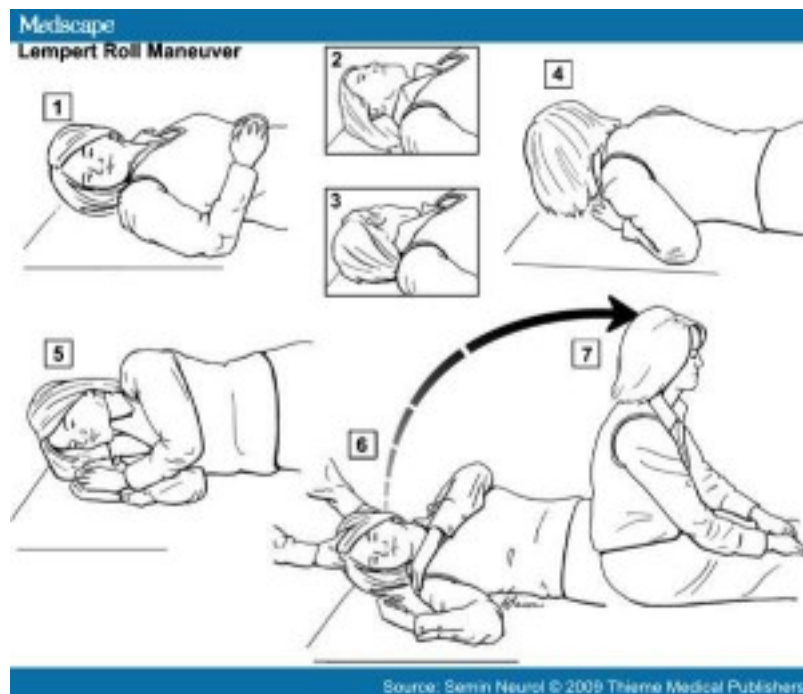
Ensuite, le thérapeute réalise une manœuvre dite libératoire (la manœuvre de Toupet et Semont, la manœuvre d'Epley ou la manœuvre dite « barbecue ») pour ramener les cristaux à leur place – dans l'utricule.

Toupet et Semont



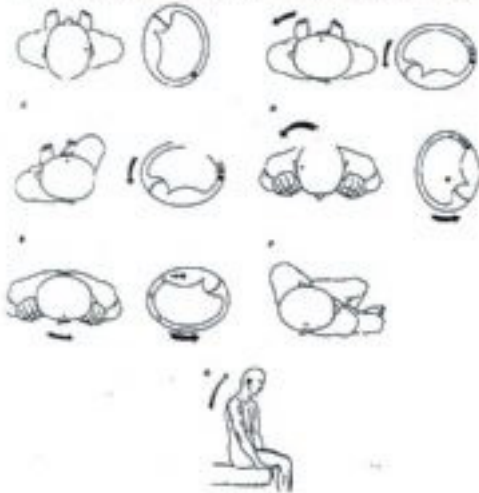
http://eso-cdn.bestpractice.bmj.com/best-practice/images/bp/en-gb/73-7-iline_default.gif

Epley



Manoeuvre dite « barbecue »

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



http://www.erasme.ulb.ac.be/images/contenu/Services/Kinesitherapie/Secteur_VD/baloh_1.jpg

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

1. Pour les autres pathologies de l'oreille interne et troubles de l'équilibre

La rééducation se passe en deux temps.

Lors de la 1^{ère} séance, le thérapeute vous apprend quelques exercices à faire à domicile. Ceux-ci vont permettre au kinésithérapeute d'évaluer avec vous votre stabilité générale. Mais ils vont également permettre, si vous les pratiquez de manière assidue, de stimuler, d'améliorer et d'entretenir votre équilibre.

Vous trouverez quelques exemples de ces exercices ci-dessous ainsi que dans la rubrique vidéo.

Par la suite, l'essentiel de la rééducation, au cabinet, se fait sur une plateforme de posturographie statique et dynamique (FRAMIRAL®). Celle-ci permet de stimuler nos trois systèmes d'équilibre : le système proprioceptif, le système visuel et le système vestibulaire.

La compensation vestibulaire centrale consiste en effet à stimuler vos différents systèmes sensoriels afin de créer de nouveaux schémas d'équilibre. Une fois ceux-ci enregistrés, la compensation est terminée et les vertiges disparaissent.

Cependant, afin de conserver vos acquis mais surtout de conserver une certaine stabilité, il est conseillé de poursuivre les exercices à domicile pendant plusieurs mois.

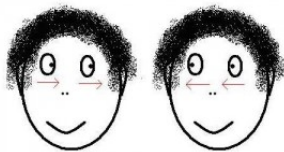
Pour plus de renseignements vous pouvez consulter le site internet suivant : <http://www.framiral.fr/>

En fonction de votre évolution, et après concertation avec votre kinésithérapeute, vous pouvez passer à l'étape suivante.

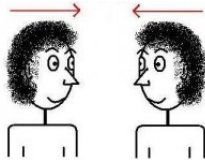
E. Exemples d'exercices à faire à domicile

Séance I

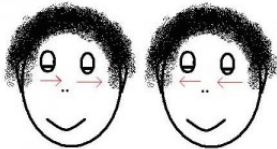
1) Debout, pieds joints :



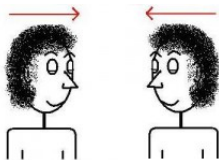
Yeux ouverts Faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête



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 :

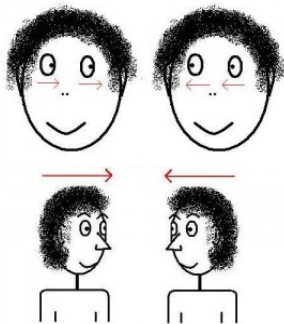
- en marche avant ;
- en marche arrière.



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

Séance II

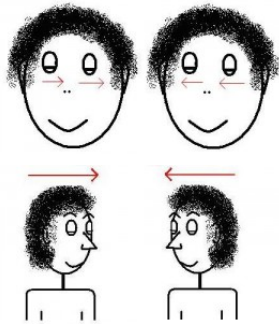
1) Debout, un pied devant l'autre :



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 :

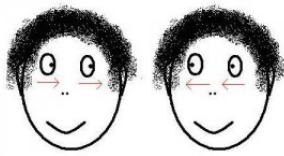
- en marche avant ;
- en marche arrière.



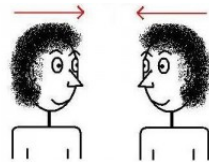
Yeux fermés Dès que vous arrivez à faire cet exercice, sans trop de difficultés, essayez de le faire les yeux fermés.

Séance III

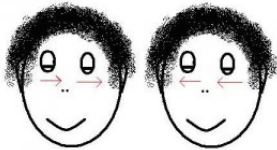
1) Debout sur une jambe :



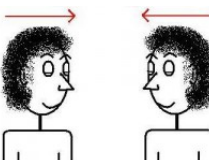
Yeux ouverts Faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête



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

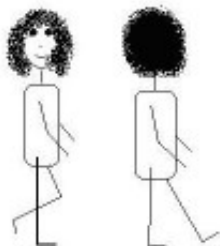


Yeux fermés Faites aller plusieurs fois vos yeux de gauche à droite. Attention, ce sont les yeux qui bougent et non la tête.

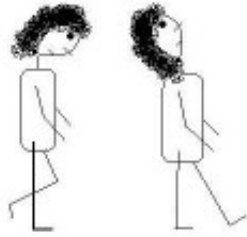


Tournez plusieurs fois la tête de gauche à droite. Attention, c'est la tête qui bouge et non le tronc;

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.

F. Quelques définitions

- Vertige = Sensation erronée de mouvement.
- Nystagmus = Mouvement involontaire de l'œil.
- Presbyvestibulie = Diminution de la fonction vestibulaire due à l'âge.
- Acouphène = Bourdonnements ou sifflements pouvant être perçus dans une oreille ou dans les deux. Ces bruits « parasites » peuvent également sembler présents à l'intérieur même de la tête. [Pour plus d'information à ce sujet, veuillez vous diriger vers le lien « Cellule acouphène » de notre site.]

G. Comment nous contacter?

Espace Clinique Tête et Cou
Avenue de Messidor 217
1180 Bruxelles
02/343.98.73 – 02/343.97.31
Numéro de Philippe Saerens : 0477/37.36.16

H. Bibliographie

Lectures

- « Rééducation des troubles de l'équilibre », Dr R.Boniver, Symposium C.H. « Peltzer-La Tourelle », Verviers, 21-22.10.1995, Editions Solvay Pharma
- La Revue de la Médecine Générale, n°233, Mai 2006 : « Mieux comprendre les vertiges périphériques », Pr N. deggouj & Dr P.-Y. Devresse

Sites internet

1. Formation HMTc Juillet 2010
2. Sites Internet
 - <http://www.framiral.fr>
 - <http://www.vestib.org/>
 - <http://www.entraide-meniere.be>
 - <http://www.kinehmtc.com.com/>