

GUIDELINE POUR LA PRATIQUE CLINIQUE EN CAS D'HYPOFONCTION VESTIBULAIRE PÉRIPHÉRIQUE



Cette guideline pour la pratique clinique a été élaborée pour décrire les meilleures preuves actuelles relatives à la rééducation vestibulaire des patients souffrant d'une hypofonction vestibulaire périphérique. L'objectif de cette ligne directrice est de fournir des recommandations cliniques afin de réduire les alternatives injustifiées de prises en charge. Elle permet en outre de développer des relations de collaboration qui favorisent des orientations efficaces et un traitement cohérent de haute qualité.

RÉSUMÉ CLINIQUE à l'attention du médecin :

- Les patients de tous âges souffrant d'hypofonction vestibulaire non compensée doivent être orientés vers une physiothérapie vestibulaire supervisée à tout moment à partir du début de l'atteinte (voir ci-dessous pour le VPPB**).
- Les exercices de rééducation vestibulaire doivent être initiés dès que possible.
- En fonction du bilan, ces exercices pourraient être indiqués plusieurs fois par jour.
- Les comorbidités et les inhibiteurs vestibulaires peuvent limiter le succès de la thérapie.

Efficacité de la rééducation vestibulaire en cas d'hypofonction vestibulaire périphérique unilatérale et bilatérale

- Recommandation forte (niveau I*) que la rééducation vestibulaire soit proposée aux patients présentant des symptômes dus à :**
 - Hypofonction unilatérale aiguë, subaiguë et chronique
 - Hypofonction bilatérale, y compris en pédiatrie
 - Lorsqu'il existe des indications que la rééducation vestibulaire apporte un bénéfice clair et significatif.

Facteurs influençant les résultats de la rééducation

- Recommandation modérée à forte (niveau I-II*) pour les facteurs qui influencent la rééducation vestibulaire :**
 - L'âge et le sexe n'ont pas d'influence sur les résultats
 - Meilleurs résultats en cas d'intervention précoce, les symptômes chroniques pouvant également être améliorés
 - Facteurs pouvant avoir une influence négative sur la guérison :
 - Prise d'inhibiteurs vestibulaires à long terme
 - Comorbidités (anxiété, dépression, migraine, neuropathie périphérique, vision binoculaire anormale, fonctions cognitives altérées)
 - Début tardif de la physiothérapie vestibulaire

Efficacité de la rééducation vestibulaire guidée

- Recommandation forte (niveau I*) que les patients souffrant d'hypofonction vestibulaire périphérique doivent effectuer des exercices guidés et adaptés individuellement.**
- Avantages/bénéfices :**
 - Favorise l'adhésion à la rééducation
 - Meilleurs résultats par rapport aux programmes à domicile standards

Dosage optimal des exercices

- Une recommandation faible (niveau II-III*) existe pour des exercices de stabilisation du regard en cas d'hypofonction unilatérale et bilatérale qui consistent en :**
 - Au moins 3x/jour entre 12 et 20 minutes
- De recommandations faibles à avis d'experts (niveau II-V*) pour les exercices d'équilibre en cas d'hypofonction unilatérale et bilatérale consistent à :**
 - Au moins 20 minutes par jour

Efficacité de l'entraînement de la poursuite saccadée ou lisse

- Recommandation forte (niveau I*) :** Les saccades oculaires volontaires ou les exercices de poursuite lente ne devraient pas être proposés à la place des exercices de stabilisation du regard qui impliquent des mouvements de la tête (VOR).

Efficacité de différents types d'exercices en cas d'hypofonction vestibulaire périphérique unilatérale

- Recommandation forte à modérée (niveau I-II*) pour l'utilisation de techniques de mouvement ciblées en cas d'hypofonction aiguë et chronique :**
 - Il est important d'utiliser l'approche d'exercices la plus adaptée à la déficience et aux limitations fonctionnelles identifiées.
 - Conséquences inconnues lorsque les patients effectuent un exercice qui n'est pas axé sur leur problème principal.

Rapport bénéfice / risque de la rééducation vestibulaire

- Recommandation forte (niveau I*) que la qualité de vie s'améliore et que la charge mentale liée à la rééducation diminue.**

Arrêt de la rééducation vestibulaire

- Recommandation modérée (niveau II*) pour la prise de décision d'interrompre la rééducation basée sur :**
 - Objectifs atteints
 - Disparition des symptômes ou phase de plateau
 - Choix du patient ou non-adhésion du patient
 - Dégradation de l'état du patient
 - Augmentation persistante des symptômes
 - Comorbidités interférant avec la participation
 - Décision clinique basée sur les objectifs et les valeurs du patient
- Recommandation générale pour la durée totale du traitement :**
 - Hypofonction unilatérale : 5-7 semaines
 - Hypofonction bilatérale : 6-9 semaines

POUR DES INFORMATIONS PLUS DÉTAILLÉES, VEUILLEZ CONSULTER LE DOCUMENT ORIGINAL:
https://journals.lww.com/jnpt/Abstract/9000/Vestibular_Rehabilitation_for_Peripheral.99697.aspx

NIVEAU D'ÉVIDENCE*

I	II	III	IV	V
Études diagnostiques de haute qualité, études prospectives ou randomisées contrôlées (>50% de l'évaluation critique)	Études diagnostiques prospectives ou essais contrôlés randomisés de qualité inférieure (<50% de l'évaluation critique)	Études contrôlées ou rétrospectives	Étude de cas ou série de cas	Avis d'experts

*Based on Centre for Evidence Based Medicine website: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

Hall CD et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline. JNPT. 2022; 46(2): 118-177. doi: 10.1097/NPT.0000000000000382

Traduit en 2022

** Cette guideline pour la pratique clinique ne contient pas de recommandations pour la prise en charge physiothérapeutique du vertige paroxystique positionnel bénin.