



La manœuvre d'Epley : réduction d'un vertige positionnel paroxystique bénin

Epley maneuver: benign paroxysmal positional vertigo reduction

Pascal Boulet¹, David Darmon², Khaled Abrous³, Nathalie Dumoitier⁴, Anne Bottet⁵, Alain Mercier⁶

exercer 2014;115:249-51.

p.boulet@cngc.fr

Vertigo is a common reason for consultation in general practice. The Epley maneuver described in this article, together with a video on the website of Campus numérique de médecine générale, allows support in general practice from a patient with benign positional paroxysmal vertigo.

1. Maître de conférences associé-université de Rouen.
2. Maître de conférences associé-université de Nice.
3. Interne de médecine générale-université de Nice.
4. Professeur associé-université de Limoges.
5. Professeur associé-université de Clermont-Ferrand.
6. Professeur associé-université de Rouen.

Introduction

Pourquoi s'y intéresser ?

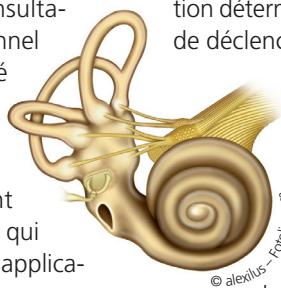
D'après les données de l'étude ECOGEN¹ et de l'Observatoire de la SFMG², le vertige représente en médecine générale 0,4 % des consultations, entre 10 et 17 % des troubles vestibulaires³, soit cinq consultations par semaine⁴. Seul le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) sera considéré ici, car c'est la cause la plus fréquente (40 % des cas)⁵.

La manœuvre d'Epley permet une prise en charge de façon globale d'un patient présentant un VPPB. Ce texte et la vidéo qui l'accompagne décrivent ses conditions d'application et sa réalisation⁴.

Les particularités d'un vertige paroxystique positionnel bénin

Le vertige est décrit comme une sensation de déplacement rotatoire de l'environnement ou de simple déséquilibre par le patient et peut être accompagné de

nausées et de vomissements^{4,5}. Il traduit le déplacement de cristaux de carbonate de calcium issus de la matrice utriculaire dans les canaux semi-circulaires (CSC). Le VPPB se manifeste par un vertige rotatoire intense de courte durée, entre 20 et 40 secondes, déclenché souvent lors de la rotation en décubitus, mais parfois en antéflexion ou déflexion céphalique. Le côté de la rotation détermine la latéralité de l'atteinte^{5,6}. Les modalités de déclenchement, la normalité de l'examen clinique, éliminent les autres causes de vertiges et précisent le canal atteint avant d'effectuer la manœuvre d'Epley (tableau 1).



Géotropisme

Un vertige rotatoire est géotropique si la composante rapide du nystagmus bat vers le sol et la composante rotatoire est de sens horaire en décubitus gauche et antihoraire en décubitus droit. Il est agéotropique si la composante rotatoire rapide bat vers le haut. La manœuvre de Dix et Hallpike (DH) confirme le diagnostic et identifie le canal semi-circulaire atteint. Pour un VPPB du CSC postérieur (85 % des cas, car c'est le canal le plus bas situé), le

	VPPB	Névríte vestibulaire	Maladie de Ménière
Temporalité	Intermittent	Constant	Crise
Début, facteur déclenchant	Changement de position de la tête	Début brusque	Aucun
Durée	20-30 secondes	De quelques jours à quelques semaines	De quelques minutes à quelques heures
Nystagmus	Positionnel, rotatoire	Spontané, côté sain	Spontané, côté sain ou atteint

Tableau 1. Critères de diagnostic différentiel des vertiges

Mots-clés

Vertige de position paroxystique bénin

Manœuvre d'Epley

Key words

Benign paroxysmal positional vertigo

Epley maneuver (procedure)

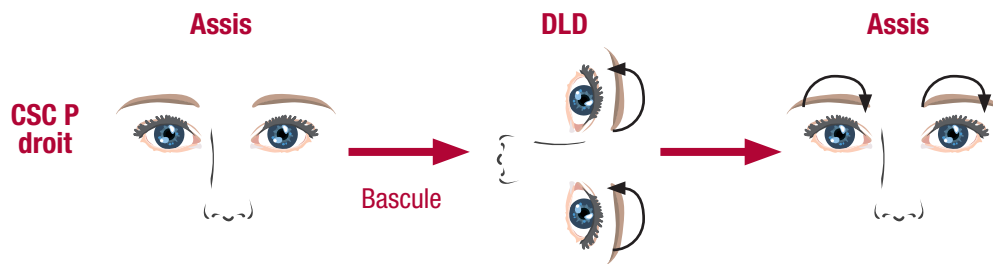


Figure 1. Le nystagmus dans le VPPB du CSC droit postérieur 6 (DLD : décubitus latéral droit)

médecin tient fermement, entre ses deux mains, la tête du patient assis, pour la tourner de 30 à 45° du côté atteint ou à tester. Le patient est allongé rapidement, tête en hyperextension de 45° et toujours tournée du côté à tester. L'apparition, après 1 à 3 secondes, d'un vertige rotatoire géotropique pendant une demi-minute positive la manœuvre et le diagnostic. L'arrêt du vertige est attendu avant de relever le patient maintenu, ce qui engendre un vertige et un nystagmus inversés avec parfois nausées et vomissements^{5,6}. Si l'opération est répétée, le vertige et le nystagmus s'épuisent progressivement en intensité (habituation). Rarement, il peut être bilatéral⁴. Le VPPB du CSC antérieur droit, plus rare (15 %), engendre également un nystagmus horizonto-rotatoire agéotropique lorsqu'on bascule le patient en décubitus latéral gauche⁷. Une atteinte centrale doit être évoquée devant un vertige positionnel de faible intensité qui dure plus de 2 minutes et ne s'inverse pas lors du passage de la position allongée à assise. C'est l'indication d'une IRM de la fosse postérieure (figure 1).

La manœuvre libératoire d'Epley, étape par étape

La manœuvre libératoire d'Epley est plus adaptée que la manœuvre de Sémont pour traiter un VPPB postérieur. Son efficacité est supérieure après 3 mois de suivi⁹. Elle doit être expliquée au patient en lui expliquant que, dans 50 % des cas, des vertiges peuvent persister les jours suivants¹⁰. La récurrence survient dans 95 % des cas du même côté¹¹. Cette manœuvre

n'a pas de cotation CCAM en médecine générale⁴. Sa réalisation peut être décomposée en plusieurs étapes^{5,6} :

- le patient est assis sur la table d'examen ;
- sa tête est maintenue tournée du côté atteint et en hyperextension de 45° par le médecin placé derrière le patient ;
- bascule du patient du côté atteint sur le dos, tête dans la même orientation (droite pour un VPPB droit). On attend quelques minutes ;
- rotation lente de la tête seule de 90° vers le côté opposé puis de l'ensemble du corps. La tête étant dirigée vers le sol. L'observation montre un nystagmus rotatoire. La position est conservée jusqu'à disparition du nystagmus, soit 6 à 30 secondes ;
- passage en position assise tête inclinée vers l'avant d'environ 20° avec survenue d'instabilité ou de vertige occasionnée par le déplacement des débris vers l'utricule.

Elle est efficace dans 84 % des cas, mais sa répétition est nécessaire dans 57 % des cas pour obtenir un test de Dix et Hallpike négatif¹². Les mesures de restrictions de mouvements après la manœuvre ne diminuent pas le taux de récurrence¹³.

Conclusion

La manœuvre d'Epley pour le VPPB est adaptée à la pratique du médecin généraliste. Sa réalisation nécessite d'identifier le CSC atteint, d'affirmer le caractère positionnel paroxystique et bénin du vertige et de maîtriser les séquences de la manœuvre en fonction du CSC atteint.

Résumé

Le vertige est un motif fréquent de consultation en médecine générale. La manœuvre d'Epley décrite dans cet article, qui est accompagné d'une vidéo visualisable sur le site du Campus numérique de médecine générale (<http://www.campus-umvf.cngc.fr>), permet la prise en charge en médecine générale d'un patient présentant un vertige positionnel paroxystique bénin.



Références

1. Site Web de l'étude ECOGEN : <http://etudeecogen.fr/>.
2. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale, 2014. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/>.
3. Roa Castro FM, Duran de Alba LM, Roa Castro VH. Experience with Epley's manoeuvre and vestibular habituation training in benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008;59:91-5.
4. Abrous K. Réalisation de vidéo pédagogiques de gestes techniques de la sphère ORL en médecine générale. Thèse de médecine : université de Nice-Sophia Antipolis, 2011.
5. Gay B, Durieux W, Martin C. État vertigineux. In : Thérapeutique en médecine générale. 2^e ed. Paris : CNGE productions. APNET, 2013:334-9.
6. Rivron A. Vertiges positionnels paroxystiques bénins. *Rev Prat Med Gen* 2008;22:177-80.
7. Imbaud-Genieys S. Anterior semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo: A series of 20 patients. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013;130:303-7.
8. Lopez-Escamez JA, Molina MI, Gamiz M, et al. Multiple positional nystagmus suggests multiple canal involvement in benign paroxysmal vertigo. *Acta Otolaryngol* 2005;125:954-61.
9. Soto Varela A, Bartual Magro J, Santos Pérez S, et al. Benign paroxysmal vertigo: a comparative prospective study of the efficacy of Brandt and Daroff exercises, Semont and Epley maneuver. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2001;122:179-83.
10. Heminski JO, Zee DS, Jansen I, Hain TC. Effectiveness of particle repositioning maneuvers in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review. *Phys Ther* 2010;90:663-78.
11. Toupet M. Vertiges positionnels paroxystiques bénins. *EMC-Neurologie* 2005;2:453-62.
12. Von Brevern M, Seelig T, Radtke A, Tiel-Wilck K, Neuhauser H, Lempert T. Short-term efficacy of Epley's manoeuvre : a double-blind randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:980-2.
13. Fyrmads G, Rachovitsas D, Haidich AB, et al. Are postural restrictions after an Epley maneuver unnecessary? First results of a controlled study and review of the literature. *Auris Nasus Larynx* 2009;36:637-43.