



Congrès de la Barany Society

JÉRÔME GRAPINET



www.vestib.org

En juillet 2004, la SIRV était invitée au Collège de France par la Barany Society qui avait choisi Paris, après Seattle aux USA en 2002.

Cette société savante regroupe les plus éminents chercheurs, physiologistes, chirurgiens, médecins ORL, venus des cinq continents, travaillant sur ce capteur sophistiqué des mouvements de la tête qu'est le vestibule.

Créée en 1960 la « Barany » porte le nom du médecin Hongrois (1876-1936), qui fut prix Nobel de médecine en 1914 pour ses travaux sur la physiologie du système vestibulaire et l'équilibration.

Il est probable qu'une telle occasion de pouvoir écouter en France autant d'orateurs de ce niveau scientifique ne se reproduise pas avant de nombreuses années.

Un total de 411 communications et posters sur 3 jours dans le cadre splendide du Collège de France, le programme ne fût pas de tout repos.

À noter que le monde anglophone (USA, Australie, GB, etc.) et la Suède sont des maîtres en la matière et totalisent 40 % des publications. L'Amérique du nord (US, Canada) représentent quant à eux 25 % des publications. L'Asie, avec principalement le Japon, 27 % et l'Europe 44 %, dont 15 % pour la France.

Parmi les intervenants français, Georges Dumas a expliqué comment réaliser le test vibratoire mastoïdien et comment interpréter les réponses nystagmiques dans une lésion vestibulaire unilatérale (on place un vibreur sur la boîte crânienne et on

recherche la présence d'un vertige et son sens).

Sylvette Wiener-Vacher a expliqué l'évolution du contrôle postural et du réflexe vestibulo-oculaire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Ainsi que les vertiges et migraines à cette période de la vie.

Pierre Denise a parlé des conséquences des labyrinthectomies chez l'animal.

Couloigner a décrit la composition et le fonctionnement des échanges des liquides de l'oreille interne, leur altération, possible explication de la maladie de Ménière.

Laurens a modélisé l'illusion vestibulaire.

Le professeur Gentine de Strasbourg a expliqué le mécanisme de la stimulation calorique et présenté un poster modélisant le réflexe vestibulo-oculaire.

Catherine De Waele a parlé de l'utilisation des courants galvaniques et des potentiels évoqués myogéniques. Puis des injections intra tympaniques de Gentamicine dans le traitement de l'hydrops (maladie de Ménière).

Lors de ce congrès il fut beaucoup question de Potentiels Evoqués Myogéniques. Ce test étudie le fonctionnement d'une partie de l'oreille interne appelée saccule : un click sonore de 100 hz doit provoquer une contraction du sterno-cléido-mastoïdien homolatéral. Les résultats ne sont pas forcément corrélés à la VNG (vidéo-nystagmographie réalisée par le médecin ORL) mais sont, comme l'ERI (épreuve rotatoire impulsionnelle), le test vibratoire mastoïdien, la verticale subjective, les contre-rotations oculaires, « une information supplémentaire » sur la fonction otolithique du capteur sensoriel vestibule.

Philippe Perrin a présenté une étude en posturographie dynamique sur les risques de chute de l'adulte au travail.

Erik Ulmer a montré l'intérêt indiscutable du *Head Impulse Test* de Halmagyi en exploration vestibulaire. Ce test d'observation du mouvement oculaire après rotation rapide de la tête reste simple et rapide à pratiquer.

Le Pr Alain Berthoz, du laboratoire de physiologie de la perception et de l'action, était chez lui en ces lieux, pour nous expliquer où, dans le cerveau, se font les mécanismes de compensation vestibulaire.

Lloyd Minor nous a fait découvrir le syndrome de déhiscence du canal 1/2 circ. supérieur, fréquent chez l'enfant qui est souvent confondu avec la fistule. La paroi osseuse au dessus du canal est si fine que peut apparaître une déhiscence. Une imagerie bien centrée fait le diagnostic. Ce chirurgien comble efficacement la déhiscence avec du tissu conjonctif.

Lionel Zupan, du *Harvard Medical School*, a expliqué que mouvements oculaires réflexes et perception de notre orientation dépendent physiologiquement de circuits neuronaux distincts bien qu'il puisse y avoir des groupes de neurones communs aux deux comportements.

L'évènement en matière de VPPB (vertige paroxystique positionnel bénin) eut lieu dans le grand amphithéâtre archi-comble :

John Epley puis immédiatement après Alain Sémont expliquèrent leur manœuvre thérapeutique en détail.

Epley, à l'aide d'une belle animation rappela la physiopathologie de la canalolithiase et le trajet des otolithes dans le canal semi-circulaire postérieur lors de sa manœuvre thérapeutique qu'il facilite parfois avec un petit appareil, le vibreur suédois nommé Main vibrante.

Il lui arrive de placer son patient sur une impressionnante machine motorisée avec un siège où il est

sanglé et passe par des positions tête en bas.

À la question : « *Jusqu'à combien de manœuvres faites vous dans une séance ?* », la réponse fût « *Jusqu'à 6 ou 7, lorsqu'il y a disparition constatée du vertige* ».

Sémont fit la démonstration de sa manœuvre avec les explications étape par étape, en décrivant bien la consistance de l'amalgame ainsi que la « boue » issue de la décomposition des otolithes, l'image étant projetée simultanément sur grand écran. À la question : « *Jusqu'à combien de manœuvres faites vous dans une séance ?* », la réponse fût « *Une seule suffit, quand le diagnostic initial a été bien posé aux vues des caractéristiques très précises du nystagmus* ».

Et de terminer sur les différents types de récurrence auxquelles il faut s'attendre lorsque toutes les phases de la manœuvre n'ont pas été exécutées (récurrence à 3 jours, 3 mois ou 3 ans).

Profitons de ces quelques lignes pour dire qu'il est de plus en plus fréquent de récupérer des patients avec des « vertiges de position » qui ne sont plus des VPPB, car ils ont subi une ou plusieurs manœuvres mal faites, par des gens inexpérimentés ou mal informés. Ces patients se retrouvent avec des vertiges intenses en se couchant sur les deux côtés, dus à une cupule devenue molle, voire descellée. La seule solution pour tenter de récupérer cette situation catastrophique est alors d'immobiliser la tête du patient pendant des jours, voire des semaines ou des mois en attendant la consolidation de la cupule.



Alain Sémont (photo Eric Blin).

Quant aux auto-manœuvres, elles sont à proscrire car elles ne font que disperser les otolithes sans vider le canal quand elles ne sont pas nocives.

Il est urgent de rappeler qu'il ne suffit pas de « basculer » brutalement le malade d'un côté à l'autre ! La manœuvre, après examen soigneux du nystagmus, doit respecter toutes les phases successives. Pour cela il faut se spécialiser, il est impossible d'apprendre une manœuvre libératoire isolément en deux jours, comme on a pu voir dernièrement, sans s'exposer à des conséquences qui peuvent être graves (Arnold-Chiari, tumeur cérébrale). Il s'agit d'une véritable spécialisation qui doit être étudiée en entier, de la physiologie du système vestibulaire aux pathologies ORL, de l'étude des différents nystagmus aux explorations fonctionnelles cochléo-vestibulaires, tout en restant en contact permanent avec le médecin ORL.

Primo non nocere !

À vos carnets : la prochaine « Barany » se déroulera en 2006 à Uppsala en Suède, entièrement en anglais sans traduction bien-sûr ! ■

Vous organisez un congrès ?

Vous souhaitez nous faire parvenir un compte-rendu d'un congrès auquel vous avez participé ?

Contactez nos chefs de rubriques :

Marc Messina (marcmessina@wanadoo.fr) ou Serge Mesure (mesure@dpm.cnrs-mrs.fr) ou adressez vos textes à : Kinésithérapie, Editions Masson, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy les Moulineaux Cedex 9 – e-mail : kine@masson.fr

Réunion de la Société Internationale de Réhabilitation Vestibulaire (SIRV) 2004

Le samedi 18 septembre 2004, la SIRV fêtait ses 10 ans et faisait le point sur le congrès de la Barany et les dernières avancées dans le domaine vestibulaire.

Cette société savante a été créée par Alain Sémont dans l'idée d'en faire un lieu d'échange de haut niveau en Rééducation Vestibulaire, à l'image de la prestigieuse Barany Society. Le Pr Georges Freyss, Alain Sémont, les Dr Elisabeth Vitte, Didier Boucara (photo), Erik Ulmer, ont fait la synthèse de la Barany et répondu aux questions des kinésithérapeutes et médecins.

Des questions avaient été posées quelques semaines auparavant

Le Pr Georges Freyss a évoqué le devenir des otolithes après la manœuvre libératoire, notamment de quelle façon ils se décomposent, et a beaucoup évoqué le cas des patients qui ont de l'instabilité d'origine « vasculo-tensionnelle ». La rééducation vestibulaire associée à la Trimétazidine et à un toilettage

de l'ordonnance sont le meilleur traitement de ces instabilités. Une étude récente en posturographie dynamique en apporte la preuve.

Le point a été fait aussi sur les « troubles otolithiques ». Si les tests pour évaluer la fonction sacculaire ou utriculaire de l'oreille interne sont au point, il n'en est pas de même pour savoir si tel ou tel syndrome est bien un dysfonctionnement otolithique.

Erik Ulmer a réexpliqué que certains appareils vestibulaires sont « passe-haut », d'autres « passe-bas », comme les filtres des chaînes hi-fi qui ne laissent passer que les basses fréquences ou que les hautes.

Alain Sémont a fait une description sur les « vertiges aux changements de position » qui ne sont pas des VPPB mais un syndrome vasculaire. Ces cas fort



Photo Eric BLIN

ressemblants ne doivent pas être manœuvrés.

Elisabeth Vitte a décrit les instabilités par atteinte du cortex et passé en revue toutes les familles de molécules pharmaceutiques utilisées dans le traitement des vertiges.

Les animateurs ont défini les caractéristiques du vertige de position du canal antérieur et du canal supérieur. ■

Communiqué de l'AFREK

OBJET : *Travaux de recherche*

Cher Confrère,

L'Association AFREK propose une aide financière qui peut aider à amorcer un projet de recherche.

Les thèmes sont larges et s'orientent en priorité sur des recherches cliniques en rapport avec l'activité professionnelle.

Le dossier de demande se trouve sur le site www.afrek.com. Chaque projet de recherche est confié à un groupe d'experts pour avis. La décision finale appartient au Bureau et au Conseil d'administration de l'AFREK qui présentent le dossier, pour agrément, à l'assemblée générale.

L'AFREK offre un montant de l'ordre de 500 € pour initialiser la recherche ; un complément peut être attribué en fonction de l'avancement des travaux.

Les candidats s'engagent à faire paraître les résultats dans les revues généralistes professionnelles associées à l'AFREK, ce qui n'interdit pas la publication dans des revues médicales référencées.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, à l'expression de mes sentiments confraternels et distingués.

Paris, le 27 septembre 2005



Pour le Bureau
Jacques MONET
Secrétaire Général