

**Cet article est paru, tel quel, dans le numéro 11 de  
POSTURA 3<sup>ème</sup> trimestre 2006**

## **La composante proprioceptive peut-elle être présente dans le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) ?**

**Par A Scheibel<sup>1</sup>**

Institut de Posturologie (Paris)

Les publications actuelles refusent normalement les observations uniques qu'elles qualifient d'« histoires de chasse ». Cependant, le cas présent, s'il ne prétend rien prouver, pose aux cliniciens de bonne foi une vraie question : « *Aussi bien défini que soit le facteur causal du vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB), et aussi efficace que soit immédiatement son traitement, ce fondement étiologique suffit-il, à lui seul, à rendre compte de l'ensemble de la symptomatologie que décrit le patient ?* »

### **Observation**

Monsieur X, un matin, au lever, est pris de « vertiges » l'obligeant à se recoucher sans bouger, avec l'inquiétude, justifiée de ne pas recréer cette sensation. Il subit, dans un grand CHU parisien, la manœuvre de Sémont deux fois à une semaine d'intervalle pour un VPPB diagnostiqué et traité. Reste alors une sensation de grande instabilité : monsieur X peut vivre à peu près normalement et conduire à nouveau sa voiture à condition de ne pas tourner la tête brusquement.

Après une évaluation crâne sacrum, l'ostéopathe tente alors de lever les restrictions majeures de mobilité des vertèbres dorsales, cervicales puis du crâne et d'augmenter ainsi les capacités de compensation (Hartman, 1985 ; Magoun, 1970). À sa suite, le patient décrit une amélioration clinique. Elle est objectivée par une succession d'enregistrements sur plateforme de stabilométrie normalisée.

Le premier enregistrement, témoin de cette évolution (T) est pratiqué une semaine après la deuxième technique de Sémont. Vingt minutes de repos séparent la manœuvre ostéopathique du deuxième enregistrement (T+20') complété, une semaine après, par un enregistrement de contrôle (T+1 Sem).

### **Résultat**

Les critères retenus, la surface (90% de l'ellipse de confiance) et le coefficient de symétrie cervicale (rapport de la surface enregistrée yeux fermés tête à droite sur celle tête à gauche), est analysé selon les « Normes 85 ». La surface YO et le coefficient cervical (CSQ) enregistrés en témoin sont hors normes. La variation des surfaces enregistrées dépasse les limites de variabilité inter individuelle (NORMES 85) lorsque le rapport des surfaces est supérieur à 2,3 les yeux ouverts et 2,5 les yeux fermés. Il est admis, en clinique stabilométrique, qu'il en est approximativement de même pour les surfaces tête en rotation droite (TD) et gauche (TG). Le Tableau I montre que si, à 20 min, les variations des surfaces

---

<sup>1</sup> 13, Av Jules Valles, 94500, Champigny, alain.scheibel@libertysurf.fr

dues au traitement restent peu significatives, une semaine après, non seulement elles le sont presque toutes, mais les surfaces reviennent dans les normes.

Le CSQ, lui, revient dès la vingtième minute à une valeur plus proche de la normale (Moy=1), pour s'en approcher encore plus une semaine après (Scheibel et Debusschère, 1988<sup>2</sup>).

	T	T+20'	T/T+20'	T+1 sem	T/T+1 sem
YO	288,10	255,40	1,13	105,70	<b>2,73</b>
YF	437,80	263,10	1,66	185,20	2,36
TD	470,30	370,30	1,27	174,20	<b>2,70</b>
TG	1450,80	514,30	<b>2,82</b>	144,00	<b>10,08</b>
CSQ	3,08	<b>1,39</b>		<b>0,83</b>	

**Tableau I** Surfaces (mm<sup>2</sup>) du stabilogramme d'un patient atteint d'un VPPB traité et souffrant, malgré lui, d'une instabilité. T, avant traitement ostéopathique ; T+20' et T+1Sem, 20 min et une semaine après ce traitement. YO = yeux ouverts, YF fermés ; TD, TG = tête tournée à droite, à gauche ; CSQ = coefficient de symétrie cervicale. En *italique*, les variations, par rapport à l'enregistrement témoin, significatives à 0,05.

## Discussion

Les enregistrements stabilométriques confirment que l'amélioration subjective de la sensation d'instabilité exprimée par le patient correspond bien à une modification de la régulation de sa posture. La question théorique de savoir s'il n'existait pas de conditions cervicales préalables qu'auraient pu révéler le VPPB, n'en laisse pas moins intacte la question posée : le traitement du facteur causal que représente le déplacement otolithique suffit-il à résumer l'ensemble de la physiopathologie du VPPB ? Existe-t-il un facteur individuel de réponse à cette situation capable de se manifester une fois ce facteur contrôlé ? Le traitement non spécifique que constitue le traitement ostéopathique soutient cette interrogation et en constitue un exemple frappant quoique particulier.

## Bibliographie

Hartman L.S.—*Handbook of osteopathic technics* Hutchinson, 2ème Ed, 1985.

Magoun H.—*Ostéopathie crânienne* Traduction française, Sereto, 1970

NORMES 85 (1985)—Association française de posturologie, 12, rue du Rendez-vous 75012 Paris

Scheibel A, Debusschère M.—*Les modifications du stabilogramme qu'entraînent deux ajustements ostéopathiques sont cohérentes avec l'orientation sagittale ou frontale qu'ils impliquent*. *Agressologie*, **32**, 2, 134-136, 1991