



MIGRAINES VESTIBULAIRES



Faits saillants

- Des épisodes répétés d'étourdissements, généralement non accompagnés de maux de tête.
- Deuxième cause la plus fréquente de vertiges - touche 1 personne sur 100.
- Les symptômes vestibulaires comprennent des sensations de vertige, d'instabilité ou d'étourdissement provoquées par des mouvements de la tête et d'autres déclencheurs.
- La gravité et la combinaison des symptômes varient généralement d'une crise à l'autre.
- Les crises durent généralement de plusieurs heures à plusieurs jours et peuvent interférer de manière significative avec la vie quotidienne.
- Imite parfois d'autres conditions, ce qui rend le diagnostic difficile.
- Souvent non reconnue ou mal diagnostiquée.
- En général, seul un médecin spécialiste connaissant bien la migraine vestibulaire peut poser un diagnostic précis.
- La prise en charge consiste à éviter les éléments déclencheurs, à modifier le mode de vie et à prendre des médicaments pour arrêter ou atténuer les crises.
- La réadaptation vestibulaire (une thérapie basée sur l'exercice) doit être tentée, mais uniquement lorsque les crises sont bien contrôlées.

Ce document est destiné à servir d'introduction générale au sujet. Comme chaque personne est affectée différemment, consultez votre professionnel de la santé pour obtenir des conseils personnalisés.

Que sont les migraines vestibulaires?

Lorsque vous pensez « migraine », vous pensez probablement « mal de tête pulsatile invalidant ». Mais si vous commencez à avoir des crises répétées d'étourdissements et d'autres symptômes vestibulaires sans avoir mal à la tête, vous pourriez avoir des migraines vestibulaires (MV). Les crises de migraine vestibulaire peuvent perturber considérablement la vie quotidienne.

« Vestibulaire » signifie « lié aux capteurs de mouvement de l'oreille interne et à la partie du cerveau qui interprète les signaux émis par les capteurs ». Les capteurs et le cerveau contrôlent l'équilibre ainsi que la façon dont une personne perçoit l'espace qui l'entoure. Lorsque ces capteurs ne fonctionnent pas correctement ou que le cerveau interprète mal leurs signaux, une personne peut éprouver des vertiges, un déséquilibre ou des étourdissements.

Des antécédents de migraines avec ou sans aura (troubles neurologiques temporaires et réversibles) précèdent généralement les MV. La plupart des personnes développent des MV après avoir subi des crises de migraine pendant plusieurs années, voire des décennies. Cependant, 3 personnes sur 10 présentent des MV sans antécédents de migraine.

Les MV sont la cause la plus fréquente des crises de vertige spontanées récurrentes qui durent de quelques minutes à plusieurs jours. Spontané signifie qui se produit sans raison évidente. Les MV sont la deuxième cause la plus fréquente de vertiges après le VPPB (vertige positionnel paroxystique

bénin). Bien qu'elles soient relativement fréquentes, les MV continuent d'être sous-diagnostiquées et sous-traitées.

Pour définir les crises de vertige de la MV, les patients expliquent une sensation de mouvement alors qu'il n'y a pas de mouvement ou une sensation altérée de mouvement avec un mouvement normal. Les patients décrivent ce phénomène de différentes manières, notamment par une sensation de balancement ou d'oscillation, une sensation de tournoiement ou une impression que le sol bouge ou tombe.

Environ 1 personne sur 100 développera des MV au cours de sa vie. Les MV sont plus fréquentes en milieu de vie, mais elles peuvent survenir à tout âge. L'âge moyen d'apparition est de 37 ans pour les femmes et de 42 ans pour les hommes. Les MV touchent environ 10 % de toutes les personnes qui souffrent de migraines.

Les femmes ont 5 fois plus de risques que les hommes de souffrir de MV. Les épisodes peuvent être liés aux cycles menstruels.

Les personnes ayant des antécédents de vertiges positionnels paroxystiques bénins (VPPB) dans l'enfance risquent de développer une MV sans avoir d'antécédents de migraine.

Les personnes atteintes de MV ont souvent des antécédents de sensibilité au mouvement tout au long de leur vie. Nombre d'entre elles ont souffert du mal des transports dans leur enfance et en souffrent à l'âge adulte.

Environ la moitié des personnes atteintes de MV présentent des troubles psychiatriques comorbides (qui surviennent en même temps), notamment des troubles de l'humeur, de l'anxiété et de la dépression.

Les migraines vestibulaires sont souvent une condition chronique (persistante et de longue durée). Une étude a montré que près de 30% des personnes atteintes de MV avaient une fréquence accrue d'épisodes sur une période d'observation de 9 ans, alors que près de 50% avaient une fréquence réduite d'épisodes. Dans la même étude, 90 % des

personnes atteintes de migraines vestibulaires signalaient encore des crises après 9 ans.

La migraine vestibulaire (MV) est le terme internationalement accepté pour désigner cette condition. Certains l'appellent encore vertiges/étourdissements associés à la migraine, vestibulopathie liée à la migraine, vertiges récurrents ou vertiges migraineux.

Quelles sont les causes?

La migraine est un mal de tête neurovasculaire, ce qui signifie qu'elle peut être déclenchée par une nuisance ou une perturbation des nerfs ou des vaisseaux sanguins du cerveau. Toutes les migraines sont causées par le même type de dérèglement des neurotransmetteurs. La neurotransmission est le processus par lequel le cerveau reçoit des signaux et y répond.

Les chercheurs ne sont pas certains de ce qui cause la MV. Certaines études suggèrent qu'une libération anormale de substances chimiques dans le cerveau pourrait jouer un rôle important. La génétique peut également jouer un rôle. Environ 80 % des personnes qui souffrent de migraine ont des antécédents familiaux de cette affection.

Il semble exister une association entre les MV et d'autres troubles vestibulaires périphériques (oreille interne), notamment le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) et la maladie de Ménière, du moins chez certaines personnes. La relation entre ces troubles et les MV est complexe et n'est pas encore bien comprise.

De nombreux experts pensent aujourd'hui que la maladie de Ménière et la MV se situent sur le même spectre. Les médecins ont tendance à diagnostiquer la MV lorsqu'une personne est d'abord atteinte de migraine, puis d'étourdissements. Ils ont tendance à diagnostiquer la maladie de Ménière lorsqu'une personne a des crises de vertige avec perte d'audition dès le début, et lorsque ces crises sont de nature plus "rapide et féroce".

Certaines personnes peuvent présenter simultanément un trouble vestibulaire périphérique (oreille interne) et des MV.

Quels sont les symptômes?

Les symptômes vestibulaires de la MV sont les suivants :

- **Vertige spontané** (sans cause évidente), soit une fausse sensation de mouvement du corps, soit l'impression que l'environnement visuel tourne ou tombe. Une personne atteinte de MV peut avoir l'impression que le sol bouge ou tombe. Une sensation de tangage ou de vacillement est souvent décrite.
- **Vertige positionnel**, provoqué par un changement de position de la tête. Les patients décrivent une sensation de rotation. Cela ressemble parfois au vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB).
Cependant, le vertige d'une MV survient généralement lors de tout mouvement de la tête, pas seulement lors d'un changement spécifique de la position de la tête. La situation est d'autant plus compliquée que les patients migraineux ont tendance à développer davantage du VPPB que les patients non migraineux. Si le vertige provoqué par le mouvement disparaît de lui-même en quelques jours et ne peut être résolu par les traitements habituels du VPPB, il est plus probable qu'il soit lié à la MV.
- **Vertige induit visuellement**, déclenché par un stimulus visuel complexe ou en grand mouvement.
- **Vertige induit par un mouvement de la tête**, survenant lors de tout mouvement de la tête.
- **Nausées** déclenchées ou aggravées par tout mouvement de la tête.
- **Sensation de perturbation de l'orientation spatiale**. De nombreux patients disent avoir l'impression que le monde est incliné, qu'ils sont déconnectés de leur corps ou que le sol se dérobe sous leurs pieds.

Les autres symptômes signalés sont les suivants :

- instabilité et problèmes d'équilibre,
- sensation d'engourdissement ou de picotement,
- sensibilité excessive au mal des transports,
- difficulté à se concentrer - certains patients décrivent ce phénomène comme un "brouillard de tête",
- troubles d'élocution,
- perte auditive transitoire et fluctuante,
- plénitude auriculaire (sensation de pression dans les oreilles),
- acouphènes (sillement dans les oreilles),
- perte auditive neurosensorielle confirmée par les résultats d'un audiogramme (test auditif),
- sensibilité à la lumière (photophobie), aux sons (phonophobie) et/ou aux odeurs (osmophobie),
- fatigue physique extrême ou faiblesse (prostration),
- douleur au cou,
- troubles de la vision, notamment des flashes lumineux, des taches aveugles, une vision double ou floue - pour certaines personnes, il s'agit de signes avant-coureurs d'une crise de MV.

Les symptômes ci-dessus varient d'une personne à l'autre ainsi que d'une crise à l'autre. Ils varient également en termes de gravité. Un seul, quelques-uns ou plusieurs symptômes peuvent accompagner une crise.

Le vertige d'une MV peut survenir avant, pendant ou après la douleur du mal de tête. Il ne semble pas y avoir de schéma cohérent. Ça varie d'une personne à l'autre et d'une crise à l'autre, même chez la même personne. Il est rare qu'une personne souffre de maux de tête et de vertiges en même temps. Et près de 30% des crises de MV ne sont accompagnées d'aucun mal de tête.

La durée des crises est variable.

- 30% ont des crises qui durent quelques minutes.
- 30% ont des crises qui durent des heures.
- 30% ont des crises qui durent plusieurs jours. Certaines de ces personnes peuvent mettre jusqu'à un mois pour se remettre complètement d'un épisode. Cependant, l'épisode principal dure rarement plus de 72 heures.
- 10% ont des crises qui durent 10 secondes ou moins. Elles ont tendance à se produire de manière répétée lors d'un mouvement de la tête, d'une stimulation visuelle ou après un changement de position de la tête. La durée des épisodes est définie comme la période totale pendant laquelle les brèves crises se répètent encore et encore. Ces crises passagères peuvent être très déconcertantes, en particulier pour les patients souffrant d'anxiété.

L'expérience clinique a montré que la MV peut être chronique (de longue durée). Certains patients rapportent des vertiges la plupart des jours du mois et d'autres des vertiges continus. Les données scientifiques sur la MV chronique et persistante sont toutefois limitées.

Comment sont diagnostiquées les migraines vestibulaires ?

Il n'existe pas de test ou d'imagerie qui puisse diagnostiquer positivement la migraine vestibulaire. Le diagnostic repose sur les antécédents médicaux du patient et sur des critères cliniques.

Après avoir consulté un médecin généraliste, vous serez orienté vers un neuro-ophtalmologiste, un oto-rhino-laryngologiste (médecin ORL) ou un neurologue spécialisé dans les maux de tête. Le médecin vous interrogera sur vos antécédents médicaux ainsi que sur vos symptômes et leur fréquence. Il procédera également à un examen physique et neurologique complet, y compris un examen de l'oreille.

De nombreux symptômes de la MV sont communs à d'autres conditions vestibulaires périphériques

(oreille interne), telles que la maladie de Ménière, le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) et la paroxysmie vestibulaire. D'autres conditions, notamment l'accident ischémique transitoire (AIT) ou le "mini-accident vasculaire cérébral", l'insuffisance vertébrobasilaire (IVB), l'accident vasculaire cérébral de la circulation postérieure et l'ataxie épisodique de type 2 (AE2), peuvent présenter des symptômes similaires aux MV. Ces similitudes dans les symptômes peuvent ajouter au défi du diagnostic.

Il est possible que vous passiez des tests diagnostiques pour écarter d'autres pathologies avant d'obtenir un diagnostic définitif. Les tests vestibulaires avec des lunettes peuvent être utiles pour différencier les formes classiques de vertige positionnel de l'oreille interne et le nystagmus positionnel (mouvements rapides involontaires des yeux) qui se produit dans la MV.

Les critères diagnostiques actuellement acceptés pour la MV, établis par l'International Headache Society (ICHD-3), sont les suivants :

- Au moins 5 épisodes de symptômes vestibulaires d'intensité modérée ou sévère, durant 5 minutes à 72 heures. Un symptôme modéré est défini comme gênant, mais n'empêchant pas les activités quotidiennes. Sévère : incapacité à poursuivre les activités quotidiennes.
- Antécédents actuels ou passés de migraines avec ou sans aura.
- Au moins la moitié des épisodes sont associés à au moins une des trois caractéristiques migraineuses suivantes :
 - Céphalée présentant au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes :
 - localisation unilatérale (un seul côté)
 - qualité pulsatile
 - intensité de la douleur modérée ou sévère
 - aggravation par une activité physique de routine
 - Photophobie (sensibilité à la lumière) et (phonophobie) sensibilité au son

- Aura visuelle (éclairs de lumière ou taches aveugles dans votre vision)
- Non mieux pris en compte par un autre diagnostic ICHD-3 ou par un autre trouble vestibulaire.

D'autres symptômes qui font souvent partie des crises de MV ne sont pas inclus dans les critères diagnostiques de l'ICHD-3 parce qu'ils sont également présents dans divers autres troubles vestibulaires.

L'échec du diagnostic constitue le principal obstacle au traitement de la MV. On estime qu'environ 20% des MV ne sont pas reconnues ou sont mal diagnostiquées. Les préjugés des médecins et des patients peuvent être problématiques. Certains patients ont du mal à comprendre et à accepter qu'une migraine puisse survenir sans mal de tête.

Certains médecins ne savent pas comment reconnaître ces formes inhabituelles et atypiques de migraine. Les clés d'un diagnostic approprié de la MV sont l'identification d'une relation entre les symptômes vestibulaires et les caractéristiques migraineuses, ainsi que la connaissance des nombreuses présentations différentes de cette condition énigmatique.

Il est important que les patients soient persévérants. **Ne vous contentez pas d'un diagnostic rapide de "vertige non traitable".**

Traitement et prise en charge

Les options de traitement des MV sont limitées. L'objectif du traitement actuel est principalement axé sur la réduction de la fréquence des crises. Les stratégies comprennent :

- la réduction des éléments déclencheurs,
- les changements de mode de vie,
- la prise de médicaments préventifs,
- le traitement des comorbidités (c'est-à-dire le fait d'avoir deux maladies chroniques ou plus en même temps),
- thérapie de réadaptation vestibulaire,

- médicaments de « secours »

Réduction des éléments déclencheurs

Il peut être utile de tenir un journal de MV pendant 6 semaines. Il existe une variété d'applications mobiles de suivi des migraines qui peuvent être utiles. Un journal peut contribuer à l'établissement d'un diagnostic et vous aider à reconnaître les éléments déclencheurs afin de les éviter. Certaines des choses qui déclenchent d'autres types de migraine peuvent également déclencher la MV.

Enregistrez :

- l'heure à laquelle vous vous couchez et vous levez,
- vos activités au cours de la journée,
- la sensation de votre glycémie,
- tout ce que vous mangez et buvez, ainsi que l'heure de consommation.

La bonne nouvelle, c'est qu'il a été démontré que le fait de s'en tenir à une routine régulière et d'apporter des modifications au régime alimentaire aide la plupart des patients. Les déclencheurs de la MV varient d'une personne à l'autre. Les déclencheurs comprennent :

- **Stress et anxiété**

La migraine est en général étroitement liée au stress et à l'anxiété. Le stress est probablement le principal déclencheur, ressenti par la plupart des patients atteints de MV.

- **Certains aliments et boissons**

Essayez d'identifier les aliments qui déclenchent vos crises de MV. Il ne s'agit probablement pas de renoncer simplement à un aliment, comme le chocolat. Il y a généralement plus d'un déclencheur ou des déclencheurs qui se chevauchent.

- Les déclencheurs courants sont le sodium, la tyramine, les nitrates/nitrites, les produits laitiers, la caféine, l'alcool, le gluten, les glucides, l'aspartame et le GMS. Tous ne présentent pas de déclencheurs alimentaires.

- **Le manque de sommeil**

Le manque de sommeil est l'un des déclencheurs les plus courants des crises aiguës de MV. Un sommeil trop long est également souvent considéré comme un élément déclencheur. Le décalage horaire et les changements d'horaires de travail peuvent être des déclencheurs pour certaines personnes.

Presque tous les patients souffrant de MV chronique - ceux qui ont des douleurs ou des étourdissements quotidiens - souffrent d'insomnie. Il est important de la traiter, car elle est liée à un risque accru d'anxiété et de dépression. Votre médecin de famille peut vous prescrire des médicaments pour ajuster votre humeur et améliorer votre sommeil.

Il est important de comprendre que la dépression ne provoque pas d'étourdissements - vivre avec des étourdissements chroniques peut cependant entraîner une dépression.

- **Faim ou déshydratation**

Les recherches suggèrent que le fait de sauter des repas et de ne pas boire suffisamment de liquide est souvent lié à l'apparition de la migraine.

- **Changements de condition météorologique ou de pression barométrique**

Bien que les recherches soient limitées, les changements de condition météorologique déclenchent la migraine chez certaines personnes. Les orages accompagnés d'éclairs pourraient être le facteur déclenchant le plus important.

- **Changements hormonaux**

Ces changements se produisent notamment pendant les menstruations ou la ménopause, et chez les adolescents. Les contraceptifs oraux peuvent aggraver les symptômes. La grossesse soulage certaines personnes, tandis que d'autres voient leurs symptômes s'aggraver pendant la grossesse.

- **Le tabagisme**

Le tabagisme ne provoque pas de MV chez une personne qui n'en souffrirait pas autrement. Cependant, le tabagisme peut contribuer aux crises, en les rendant plus fréquentes ou plus graves.

- **Facteurs environnementaux**

Les personnes atteintes de MV signalent souvent que le parfum et d'autres odeurs fortes, comme les produits chimiques contenus dans les produits de nettoyage, déclenchent une crise. Certaines personnes rapportent que des lumières vives et vacillantes ou des sons forts agissent comme un déclencheur.

- **Surconsommation d'analgésiques**

50 à 80% des personnes atteintes de MV font un usage excessif d'analgésiques (médicaments antidouleur). Les maux de tête qui accompagnent la MV sont extrêmement sensibles aux anti-inflammatoires tels que l'Advil® (ibuprofène) ou le Tylenol® (acétaminophène), dont l'utilisation fréquente - aussi peu que trois fois par semaine - peut provoquer des maux de tête de rebond. Ceux-ci peuvent survenir quotidiennement ou plus fréquemment.

Les patients souffrant d'une maladie comorbide, tel que des douleurs au dos ou au cou, peuvent avoir besoin de prendre des analgésiques pour fonctionner. Leur prise peut également jouer un rôle dans le déclenchement ou l'aggravation de la MV.

- **Exercice intense**

Une étude a montré que 38% des personnes migraineuses ont eu des crises de migraine déclenchées par l'exercice physique à un moment donné.

Changements de mode de vie

En plus d'éviter les déclencheurs, des changements dans le mode de vie et le maintien d'une routine régulière peuvent aider à réduire la fréquence et la

gravité des crises de MV. Les mesures qui peuvent aider sont les suivantes :

- **Manger de façon équilibrée**

La science nutritionnelle suggère qu'il est impossible d'identifier une seule et unique façon de mieux s'alimenter. Il est important d'augmenter la densité nutritionnelle, de gérer votre consommation d'aliments et de liquides, de consommer des protéines pour des muscles sains et de surveiller les glucides.

- **Pratiquer une bonne hygiène du sommeil**

L'évitement de la MV se nourrit de la routine. Les personnes qui ont l'habitude de se coucher à la même heure et de se lever à la même heure, par exemple, peuvent provoquer une crise de MV en faisant la grasse matinée ou en se levant tôt.

- **Prendre des mesures pour réduire le stress et l'anxiété**

Les personnes souffrant de MV peuvent bénéficier d'exercices qui calment leur système nerveux et réduisent l'intensité de leurs symptômes.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) s'est avérée efficace pour réduire la fréquence des migraines.

Les personnes atteintes de MV sont souvent anxieuses. Cela conduit parfois à la dépression.

- **Faire de l'exercice régulièrement**

Une activité physique régulière et quotidienne peut également être utile, mais il est préférable de ne pas faire d'exercice pendant la phase aiguë d'une crise, car cela pourrait aggraver vos symptômes. L'activité physique en général favorise le rétablissement et la santé globale.

Les stratégies utiles pour parer à une crise de MV pendant l'exercice physique sont les suivantes :

- substituer des activités de faible intensité à des activités d'intensité élevée,

- ajouter des électrolytes à votre bouteille d'eau,
- faire un échauffement lent,
- ne pas laisser son rythme cardiaque dépasser un certain nombre de battements par minute (cela varie selon les personnes).

- **Prise de citrate de magnésium**

Il a été démontré qu'une supplémentation en citrate de magnésium (200 mg trois fois par jour) et en vitamine B2, également appelée riboflavine (400 mg par jour), diminuait la MV chez environ 10% des personnes. La supplémentation doit être essayée pendant 6 semaines avant que son efficacité puisse être évaluée.

- **Éviter la déshydratation**

Une hydratation adéquate ne fait pas que vous empêcher d'avoir soif. Elle peut aider à stopper une attaque de MV sur-le-champ. Buvez de l'eau avant d'avoir soif ou de faire une activité physique. Surveillez la couleur de votre urine - une couleur jaune très pâle est un signe de bonne hydratation.

- **Faites attention à votre cou et à votre dos**

La façon dont votre cou et votre dos bougent joue un rôle important dans la MV. Si vous souffrez de douleurs chroniques au cou et au dos, la position assise peut envoyer un signal à votre cerveau qui déclenche une douleur à l'arrière - ou dans certains cas, à l'avant - de la tête.

Même un changement mineur de la hauteur du bureau ou de la chaise peut faire une énorme différence. Si vous êtes employé, demandez une évaluation ergonomique de votre lieu de travail. Envisagez de payer pour qu'une évaluation ergonomique soit effectuée à votre domicile.

Des étirements quotidiens et le glaçage de votre cou peuvent également être utiles. Essayez de changer régulièrement de position et évitez les longues postures statiques.

Médicaments de prévention

Si vous présentez des symptômes plus de 10 jours par mois, votre médecin peut envisager d'autres options préventives. L'objectif d'une stratégie de médication préventive est de réduire la MV d'au moins 50%. Cela peut aider particulièrement une personne dont les déclencheurs sont moins évitables, comme les changements de niveaux hormonaux.

Plusieurs médicaments conçus pour d'autres troubles peuvent aider à prévenir les crises. Ils comprennent :

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (**ISRS**) ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou de la sérotonine/noradrénaline (SNRA), tels que la venlafaxine (Effexor XR[®]), l'amitriptyline (qui aide également à traiter les troubles du sommeil) et la fluoxétine.
- **Anticonvulsivants** (médicaments contre les crises) tels que la gabapentine, le valproate et le topiramate (TOPAMAX[®]).
- Les injections d'onabotulinumtoxine A (**BOTOX[®]**) sont un premier choix pour le traitement de la migraine. Elles n'ont pas d'effets secondaires et ont donné de bons résultats lors des essais cliniques.
- **Les bêta-bloquants** tels que le propranolol. Ils agissent sur la partie vasculaire des migraines et peuvent aider à empêcher la fréquence cardiaque d'augmenter pendant l'exercice.
- **Les inhibiteurs calciques** tels que la flunarizine.
- **Les anticorps monoclonaux (ACM) du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP)** sont un traitement biologique récent de la migraine chronique.

AIMOVIG[®] est le premier de cette nouvelle classe de médicaments offerts au Canada. Les anticorps monoclonaux à base de CGRP sont les seuls médicaments jamais mis au point pour

traiter les symptômes chroniques de la migraine et ont donné de meilleurs résultats que le BOTOX[®] et le TOPAMAX[®] lors des essais cliniques.

Les médicaments susmentionnés peuvent être très efficaces, en particulier pour les MV souffrant de maux de tête. Ils peuvent également être efficaces pour ceux qui ont une aura seule et des vertiges quotidiens.

Une personne prenant un médicament préventif doit généralement le prendre tous les jours, quels que soient les symptômes, mais elle doit suivre les conseils de son médecin. En l'absence de tout autre traitement efficace, les médicaments préventifs doivent au moins être essayés.

Thérapie de réadaptation vestibulaire

Une fois que vous avez commencé à réduire les éléments déclencheurs, à modifier votre mode de vie et à essayer les traitements médicaux de la MV, la thérapie de réadaptation vestibulaire peut vous aider en augmentant votre confiance en votre équilibre et en réduisant les symptômes persistants.

Il est très important de maîtriser la MV avant de commencer la réadaptation vestibulaire. Vos étourdissements et votre déséquilibre ne s'amélioreront pas, malgré les efforts déployés, si le problème sous-jacent de la MV n'a pas été traité de manière adéquate. La réadaptation vestibulaire devrait être envisagée pour tous les patients atteints de MV. Le thérapeute vestibulaire peut tenir compte et communiquer efficacement vos progrès à votre médecin.

La réadaptation vestibulaire est un type de thérapie par l'exercice. Les personnes souffrant d'une MV stable peuvent être aidées par des exercices comprenant :

- la stabilisation du regard,
- l'habituation,
- suivi des yeux,
- l'équilibre,
- coordination main-œil.

Il est important d'être patient et de persévérer dans les exercices. Toutefois, il ne faut pas faire fi de vos symptômes. Si vous poursuivez la réadaptation vestibulaire alors que les symptômes de la MV sont exacerbés, vous risquez d'aggraver votre MV, en augmentant la fréquence et la gravité de vos symptômes. Si la thérapie de réadaptation vestibulaire aggrave vos crises de migraine, parlez-en à votre thérapeute.

Médicaments de secours

Si les traitements ci-dessus ne fonctionnent pas, certains médicaments peuvent aider à vous "secourir". Ils ne peuvent pas empêcher la MV de se produire, mais ils peuvent être en mesure de la traiter une fois qu'une crise commence, en rétablissant l'équilibre de la sérotonine dans le cerveau. Les médicaments de secours comprennent :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que Tylenol[®], Advil[®] et Graval[®]. Il faut faire attention avec ces médicaments, car le cerveau y est très sensible.
- Métoprololamide (Maxeran[®] IV).
- Les triptans comme le zolmitriptan, le rizatriptan, l'almotriptan et le sumatriptan. Les recherches montrent que ces médicaments ont peu d'effet sur les étourdissements et sont plus efficaces pour traiter les maux de tête.
- Médicaments antiémétiques (empêchant les vomissements) tels que le dimenhydrinate (Graval[®]) et les benzodiazépines.
- Méthylprednisolone par voie intraveineuse.

Si vous trouvez les informations contenues dans ce document utiles, nous vous demandons de nous aider en retour. Notre mission de soutenir les personnes touchées par les vertiges et les troubles de l'équilibre en leur fournissant des informations sans publicité, à jour, fondées sur des données probantes et écrites pour les Canadiens a besoin de vous. Devenez son champion - faites un don à Balance & Dizziness Canada.

Copyright Société Canadienne des troubles de l'équilibre et des vertiges. Les particuliers peuvent imprimer une copie pour leur propre usage. Les membres professionnels de la Société peuvent distribuer des copies pour leurs clients personnels et y ajouter leur marque de commerce. Une autorisation écrite de la Société est requise pour toute autre utilisation.

www.balanceanddizziness.org

Ce que l'avenir nous réserve

Les critères diagnostiques actuels, fixés par l'International Headache Society (IHS), sont susceptibles d'évoluer. Une future révision pourrait inclure un syndrome de chevauchement MV/maladie de Ménière. Des études supplémentaires sont nécessaires sur les différentes formes de migraine, y compris les formes chroniques et persistantes.

Une petite étude préliminaire suggère que la stimulation non-invasive du nerf vague (nVNS), à l'aide d'un appareil portatif placé contre le cou, peut apporter un soulagement rapide de la MV aiguë. Des recherches supplémentaires sont nécessaires avant que la nVNS puisse être recommandée comme traitement efficace de la MV.

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour servir adéquatement les personnes souffrant de MV, mais la sensibilisation à ce trouble s'améliore. Les connaissances ont progressé au cours des 5 à 10 dernières années et les perspectives d'amélioration des options thérapeutiques sont encourageantes.

Visitez notre site web

Consultez cet article et bien d'autres sur les troubles vestibulaires - www.balance&dizziness.org.

Découvrez également des informations sur le fonctionnement du système d'équilibre, sur le parcours à partir du diagnostic vers le traitement, sur la création d'une boîte à outils pour le bien-être, etc.

Document mis à jour en septembre 2021