

Dystabilités et cinétoses :

Certaines canalolithiases pourraient les occasionner

Thomas RICHARD VITTON

Assimilées au groupe des VPPB, les canalolithiases constitueraient en fait un groupe beaucoup plus large au sein duquel les VPPB seraient minoritaires. De nombreuses dystabilités et une partie des cinétoses pourraient ainsi faire partie du groupe des canalolithiases non-VPPB.

Cette théorie repose sur le fait que, lors de ces trente dernières années, seul le VPPB a été considéré au sein des canalolithiases. En effet le VPPB est décrit comme un vertige intense dont l'apparition fait suite à une prise de position ou un mouvement particulier de la tête et qui va rapidement stopper en environ 15 à 30 secondes si le sujet ne bouge plus la tête. Au sein de ce groupe, les canalolithiases postérieures sont majoritaires pour environ 90%, les latérales représentent environ 9 % et les antérieures 1%. Cette définition ne considérerait absolument pas les particules à déplacement lent sous l'action de la gravité.

En effet, une particule de 3.5 microns va mettre, d'après un modèle mathématique calculé entre 2015 et 2016 par le laboratoire de mécanique des fluides Fluidyn (Paris) mais non encore publiée, environ 70 mn pour parcourir la distance entre la cupule et la sortie d'un canal de 20 mm de long, déroulé et mis en position verticale. La même distance sera parcourue en 30 secondes pour une particule de 30 microns.

Les canalolithiases de petite taille ne s'expriment pas sous forme de vertiges positionnels mais sous forme d'instabilités et de gênes liées à certaines positions et mouvements de la tête. En effet, lorsque les particules présentes dans le canal sont très peu sensibles à la gravité celle-ci ne vont quasiment pas se déplacer sous l'action de la gravité mais elles vont alourdir la colonne de liquide endolymphatique du canal concerné. Ceci va entraîner une sensibilité du canal latéral à la verticalisation et une anomalie de réponse de la cupule lors des rotations dans le plan du canal latéral. La densité du liquide endolymphatique est de 1 en situation normale, égale à celle du liquide périlymphatique, ce qui rend le canal latéral insensible à la verticalisation. Dès lors que la densité du liquide endolymphatique présent dans le canal augmente, cette colonne étant plus lourde que le liquide périlymphatique va avoir tendance à pousser la cupule lorsque le nez du patient est vers le sol et tirer sur la cupule lorsque le nez du patient est vers le ciel. Ceci crée une sensation d'inconfort pour le patient mais ne sera pas identifié comme étant une canalolithiase. De même, lorsque le patient tourne la tête dans le plan du canal latéral, la stimulation de la cupule sera différente entre les deux côtés et le patient ressentira également un inconfort voire une instabilité de type ébriété. Dernier point : la présence de ces particules légères, dans le canal latéral, transforment le canal en capteur d'accélération et décélération linéaires. Le patient sera très souvent gêné en voiture dans les ronds-points, les routes sinueuses et globalement la cinétose sera aggravée.

Il apparaît donc que très probablement les dix prochaines années verront l'évolution du concept de canalolithiase et surtout une reconsidération des atteintes du canal latéral qui pourrait constituer jusqu'à 90% de ce groupe « non-VPPB ». Certains patients aujourd'hui étiquetés comme étant des

migraines vestibulaires, pourraient bien également finalement grossir ce groupe en étant simplement l'association de céphalalgies et de canalolithiases minimales...

La prise en charge de ces troubles de l'équilibre devra faire appel à des manœuvres capables de déplacer ces particules légères. Soit des auto-manœuvres très lentes enseignées aux patients, soit des manœuvres réalisées par le praticien en transmettant de l'énergie cinétique manuellement ou avec une assistance mécanique pour accélérer la migration des particules vers la sortie du canal concerné.