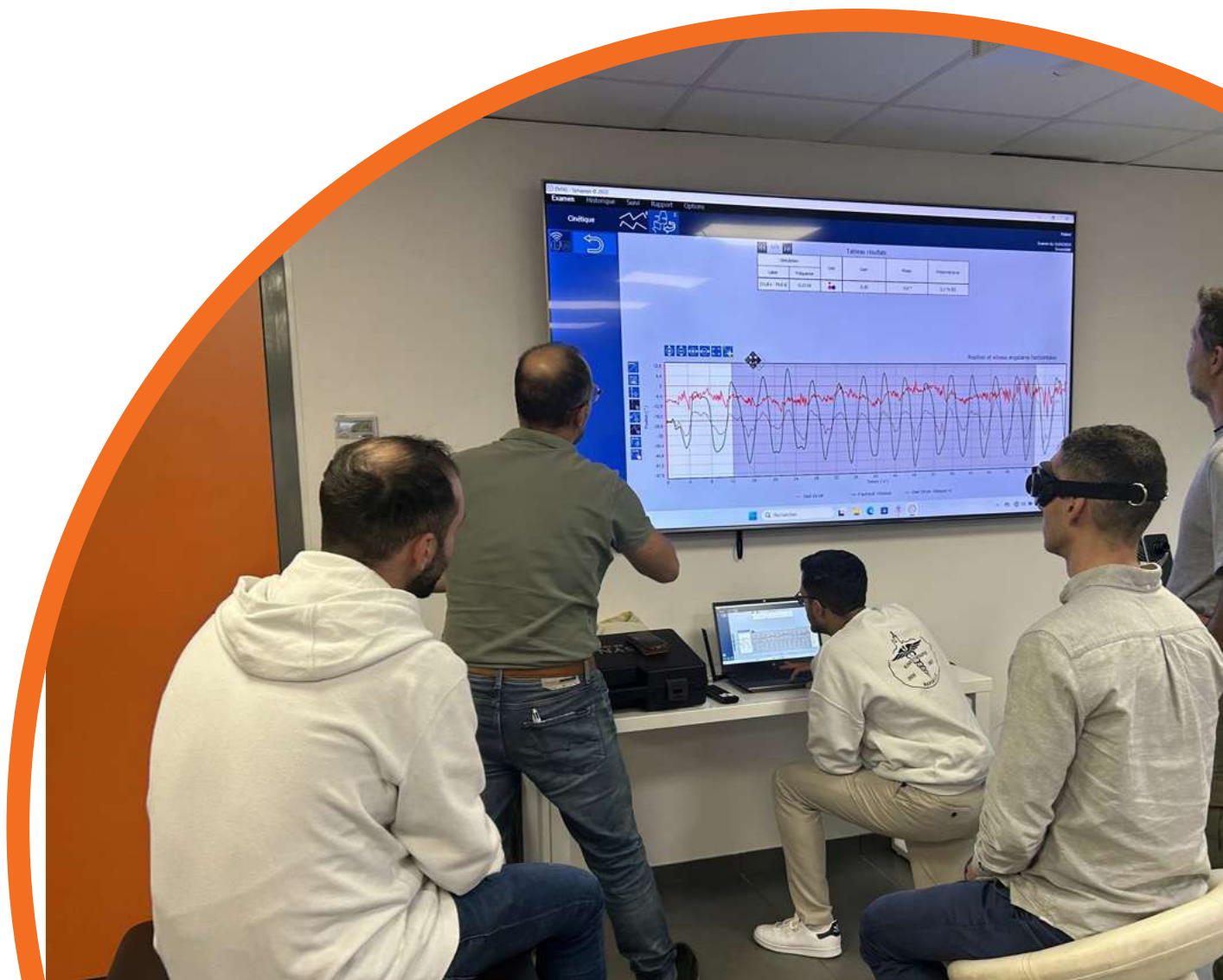


Programme Formation

Rééducation des vertiges et des troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire - Module B

Ce second niveau a pour objectif de compléter les acquis du module A et des formations eCe second niveau complète les acquis du Module A par un approfondissement du RVO, de l'optocinétique, de l'intégration neurovisuelle, des voies vestibulo-spinales et de l'examen fonctionnel. Il structure le raisonnement autour des syndromes vestibulaires épisodiques et de trois situations cliniques majeures : VPPB récidivants ou complexes, maladie de Ménière et migraine vestibulaire. Les évaluations multidimensionnelles avancées des syndromes chroniques sont réservées au Module C.



Intervenants

Frédéric XAVIER - Emmanuelle CHOUIN

Kinésithérapeutes Ostéopathes

Docteur en Neurosciences

Formateurs en Rééducation Otoneurologique

Rééducation Vestibulaire et Oro-maxillo-faciale

Public : Kinésithérapeutes

Durée : 5 Jours soit 40 heures

Horaires : 9h00 - 18h30

Prise en charge : FIFPL - DPC (sous réserve de validation)

Rééducation vestibulaire module B

Syndromes vestibulaires épisodiques ; approfondissement des techniques d'évaluation et de prise en charge

Objectifs

- 1 - Interpréter les marqueurs quantitatifs vestibulaires : gain, phase, prépondérance directionnelle, symétrie, vitesse de phase lente, constante de temps et indice de fixation.
- 2 - Analyser le RVO dans ses différents domaines fréquentiels en croisant épreuves caloriques, fauteuil rotatoire, HIT/vHIT et acuité visuelle dynamique.
- 3 - Évaluer les interactions visuo-vestibulaires et optocinétiques et sélectionner une stratégie progressive lorsque celle-ci est indiquée.
- 4 - Réaliser un screening neurovisuel structuré intégrant champ visuel, alignement, fusion, vision binoculaire, stéréoscopie et reprise orientée des données oculomotrices acquises au Module A.
- 5 - Repérer les anomalies neurovisuelles et oculomotrices nécessitant un avis médical ou orthoptique et transmettre une synthèse clinique argumentée.
- 6 - Approfondir l'évaluation clinique des voies vestibulo-spinales, des réactions posturales et de la marche au moyen de tests fonctionnels adaptés.
- 7 - Classifier un syndrome vestibulaire épisodique selon sa temporalité, ses déclencheurs et ses signes associés en utilisant l'ICVD et le raisonnement TiTrATE.
- 8 - Prendre en charge les VPPB récidivants ou complexes, reconnaître les échecs, conversions canalaire et nystagmus positionnels atypiques et sélectionner les tests et manœuvres adaptés.
- 9 - Reconnaître les critères cliniques de la maladie de Ménière et de la migraine vestibulaire, comprendre leurs principaux diagnostics différentiels et situer la place de la rééducation.
- 10 - Comprendre et exploiter les données de base utiles d'un audiogramme, d'une VNG cinétique et calorique, d'un vHIT, de l'acuité visuelle dynamique et du fauteuil rotatoire.



- 11 - Préparer et informer le patient avant une exploration instrumentale, positionnelle ou visuelle, rechercher les facteurs susceptibles d'en modifier la validité ou la tolérance et sécuriser la procédure.
- 12 - Construire un projet thérapeutique fondé sur les données probantes et la décision partagée, avec objectifs mesurables, marqueurs de progression, d'arrêt et de réadressage, éducation du patient et coordination interprofessionnelle.

Moyens pédagogiques et techniques :

Apports théoriques structurés, fondés sur les recommandations, consensus internationaux, revues systématiques et publications récentes.

Pédagogie active : questionnement guidé, résolution de problèmes, construction d'arbres décisionnels et confrontation des hypothèses.

Analyse de vidéos oculomotrices et positionnelles, de courbes VNG/VOG, de vHIT, de données de fauteuil rotatoire et de tests fonctionnels.

Démonstrations et travaux pratiques supervisés en binômes : screening neurovisuel, examen postural clinique, évaluation de la marche, tests positionnels et manœuvres adaptées.

Cas cliniques portant sur les VPPB récidivants, la maladie de Ménière, la migraine vestibulaire et leur raisonnement différentiel.

Supports remis : diaporamas ou photocopiés, fiches techniques, grilles d'examen, algorithmes cliniques et bibliographie au format Vancouver.

Matériel selon disponibilité : VNS/VOG/VNG, vHIT, fauteuil rotatoire, générateur optocinétique, cibles d'AVD et matériel simple d'équilibre et de marche.

Lecture guidée des comptes rendus utiles au Module B : audiogramme, VNG/caloriques, vHIT et examens vestibulo-oculaires de base, dans les limites du champ kinésithérapique.

Modalités d'évaluation :

Évaluation diagnostique préformation : QCM, auto-positionnement et vignettes cliniques portant sur les syndromes épisodiques et les situations atypiques.

Évaluations formatives : questions à réponses courtes, lecture de tracés, analyses vidéo, cas progressifs et grilles d'observation pendant les ateliers.

Évaluation post-formation : QCM, questions à réponses courtes et résolution d'un cas clinique intégrant classification syndromique, bilan, raisonnement d'exclusion et stratégie thérapeutique.

Évaluation pratique de type mini-ECOS : sécurisation d'un test, interprétation d'un profil instrumental, screening neurovisuel avec décision d'orientation et prise en charge d'un cas positionnel ou épisodique.

Évaluation de la satisfaction, auto-évaluation de l'évolution des compétences et plan personnel de transfert en pratique.

Questionnaire d'impact sur les pratiques proposé à distance selon les modalités de l'organisme de formation.

Objectif général

Permettre au kinésithérapeute d'approfondir l'évaluation clinique et instrumentale des patients adultes présentant des vertiges ou troubles de l'équilibre récidivants, de reconnaître les principaux profils des syndromes vestibulaires épisodiques, d'identifier les situations atypiques nécessitant un réadressage et de construire un programme de rééducation individualisé, progressif et mesurable, notamment dans les VPPB récidivants, la maladie de Ménière et la migraine vestibulaire.



Contexte et positionnement

Ce second module consolide les acquis du Module A et approfondit le raisonnement clinique, l'évaluation instrumentale et la construction du projet thérapeutique en rééducation vestibulaire. Il est centré sur les syndromes vestibulaires épisodiques, l'analyse multifréquentielle du réflexe vestibulo-oculaire, les interactions visuo-vestibulaires et optocinétiques, les voies vestibulo-spinales, l'examen neurovisuel, le contrôle postural clinique et la marche.

Trois ensembles cliniques structurent la progression : les VPPB récidivants ou complexes, la maladie de Ménière et la migraine vestibulaire. Les atteintes centrales, vasculaires et pressionnelles sont abordées comme diagnostics différentiels et critères d'orientation. Les évaluations multidimensionnelles avancées des syndromes chroniques sont réservées au Module C. L'approche associe Evidence-Based Practice, marqueurs de suivi et mises en situation cliniques

Prérequis fonctionnels attendus

Anatomie et physiologie vestibulaires de base ; sémiologie périphérique et triage de première intention.

VPPB typiques et manœuvres fondamentales.

Principes du RVO et lecture simple d'une VNG et d'un vHIT.

Principes d'adaptation, d'habituation, de substitution et bases de l'examen oculomoteur acquis au Module A.

Périmètre pédagogique du Module B

- Approfondissement du RVO, de l'optocinétique et des marqueurs instrumentaux.
- Intégration neurovisuelle et orientation interprofessionnelle.
- Voies vestibulo-spinales, réactions posturales cliniques et marche.
- Syndromes vestibulaires épisodiques, VPPB récidivants ou complexes, maladie de Ménière et migraine vestibulaire.

Terminologie et périmètre retenus

Le programme emploie « syndrome vestibulaire épisodique » (SVE) pour décrire des épisodes récurrents séparés par des périodes intercritiques, et distingue les SVE spontanés des SVE déclenchés. RVO désigne le réflexe vestibulo-oculaire (VOR dans la littérature anglophone), OKN le nystagmus optocinétique et RVS le réflexe vestibulo-spinal. Le kinésithérapeute réalise un bilan fonctionnel, repère les signes atypiques et organise l'orientation ; le diagnostic médical étiologique et les traitements pharmacologiques relèvent du médecin.

Principales abréviations

AVD : acuité visuelle dynamique ; DHI : Dizziness Handicap Inventory ; FGA : Functional Gait Assessment ; ICVD : International Classification of Vestibular Disorders ; OKN/OKAN : nystagmus optocinétique et post-optocinétique ; RVO/VOR : réflexe vestibulo-oculaire ; RVS : réflexe vestibulo-spinal ; SVE : syndrome vestibulaire épisodique ; VNG/VOG : vidéonystagmographie/vidéo-oculographie ; VPPB : vertige positionnel paroxystique bénin ; vHIT : video Head Impulse Test.

Souplesse pédagogique encadrée

L'ordre et la durée des séquences peuvent être ajustés en fonction de la progression du groupe, sans modification des objectifs, des compétences visées ni du volume horaire total.

Les contenus obligatoires sur le RVO, l'OKN, le screening neurovisuel, le contrôle postural clinique, la marche, les VPPB récidivants, la maladie de Ménière et la migraine vestibulaire sont maintenus. Lorsqu'un équipement n'est pas disponible, l'apprentissage repose sur des enregistrements, tracés et vidéos validés.

Cadre d'exercice et limites

Le module se déroule strictement dans le champ de compétence du masseur-kinésithérapeute. Il n'a pas pour objet d'enseigner le diagnostic médical : les critères diagnostiques de la maladie de Ménière, de la migraine vestibulaire et des autres syndromes vestibulaires épisodiques sont enseignés pour permettre de lire un compte rendu, de repérer les drapeaux rouges et de décider de la poursuite du bilan ou du réadressage vers le médecin.

L'ensemble des séquences est construit autour d'une seule population de soins, le patient adulte, et d'un seul champ de prise en charge : les symptômes neurologiques, les symptômes vestibulaires et les troubles de l'équilibre. Les spécificités pédiatriques, adolescentes et gériatriques ne sont pas traitées dans ce module.

Les manœuvres et les techniques instrumentales enseignées relèvent de la prescription médicale de rééducation vestibulaire. Les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont abordés que pour comprendre le parcours de soins ; la prescription relève du médecin.

Jour 1 - Approfondissement du RVO, optocinétique et marqueurs instrumentaux (8 h)

De l'analyse multifréquentielle au choix thérapeutique

- Marqueurs quantitatifs de la réponse vestibulo-oculaire : gain, phase, symétrie, prépondérance directionnelle et constante de temps
- Velocity storage, effet de la fixation et indice de fixation : conditions de mesure et valeur d'alerte
- Fiabilité, reproductibilité et normes dépendantes de l'âge, du matériel et du protocole
- Analyse multifréquentielle du RVO : épreuves caloriques, fauteuil rotatoire, HIT/vHIT et acuité visuelle dynamique
- Profils unilatéraux, bilatéraux, compensés ou discordants ; confrontation avec les symptômes et l'examen clinique
- Reprogrammation du RVO guidée par les marqueurs : spécificité fréquentielle et directionnelle, progression et critères d'arrêt
- Nystagmus optocinétique et post-optocinétique, sensibilité au mouvement visuel, vection et précautions d'exposition

Jour 2 - Intégration neurovisuelle, examen clinique et orientation (8 h)

Du screening acquis au Module A au travail interprofessionnel

- Champ visuel central et périphérique, voies rétino-géniculo-corticales et attention visuelle
- Alignement binoculaire, fusion sensorielle et motrice, vergences et stéréoscopie
- Conséquences fonctionnelles d'une diplopie, d'une hémianopsie, d'une extinction ou d'un défaut de fusion
- Screening neurovisuel approfondi : champ visuel par confrontation, double stimulation simultanée et négligence
- Anomalies de poursuite, de saccades, d'alignement ou de vergence : lecture dans le contexte clinique
- Conduite à tenir devant une anomalie aiguë, progressive ou associée à des signes neurologiques
- Partage des rôles avec l'orthoptiste et compte rendu interprofessionnel

Jour 3 - Voies vestibulo-spinales, contrôle postural clinique et marche (8 h)

Du bilan fonctionnel simple à la progression rééducative

- Voies vestibulo-spinales, vestibulo-collicales et réticulo-spinales ; intégration au tronc cérébral et au cervelet
- Tonus antigravitaire, réactions d'équilibre, pas de rattrapage et ajustements posturaux anticipateurs
- Stratégies cheville-hanche-pas et limites de stabilité
- Examen clinique des réactions posturales : Romberg sensibilisé, tandem, appui unipodal et sécurisation
- Analyse de la marche et tests fonctionnels : Timed Up and Go, marche de 10 mètres et Functional Gait Assessment
- Interprétation des changements : erreur de mesure, effet d'apprentissage et pertinence clinique
- Protocoles posturaux et locomoteurs individualisés, programme à domicile et prévention des chutes

Jour 4 - Syndromes vestibulaires épisodiques et VPPB récidivants (8 h)

Du récit des crises aux situations positionnelles complexes

- Syndrome vestibulaire épisodique : ICVD, TiTrATE, déclencheurs et périodes intercritiques
- Formes déclenchées et spontanées ; agenda des crises et critères d'urgence
- VPPB récidivant : échec immédiat, persistance, récurrence et nouveau canal atteint
- Facteurs associés et instabilité résiduelle après repositionnement réussi
- Formes positionnelles complexes : canal horizontal géotropique et agéotropique, canal antérieur et formes multicanalaires
- Nystagmus positionnel central : éléments de discordance et indications d'avis spécialisé
- Ateliers pratiques : choix de la manœuvre, algorithme d'échec, sécurité et traçabilité

Jour 5 - Maladie de Ménière et migraine vestibulaire (8 h)

Comparer deux modèles épisodiques et construire la prise en charge

- Maladie de Ménière : épidémiologie, histoire naturelle, critères et variabilité intercritique
- Hydrops endolymphatique et limites des modèles physiopathologiques
- Bilan fonctionnel : agenda des crises, audiométrie, VNG, vHIT et acuité visuelle dynamique ; dissociations possibles
- Place de la rééducation entre les crises ou après traitement vestibulaire ; sécurisation et coordination médicale
- Migraine vestibulaire : critères, phénotypes intercritiques et raisonnement différentiel
- Chevauchements et différences avec la maladie de Ménière, le VPPB et l'ischémie postérieure
- Projet thérapeutique intégré, éducation du patient, marqueurs de suivi et décision partagée

Références bibliographiques

Bibliographie recentrée sur les contenus effectivement enseignés dans le Module B : recommandations, critères diagnostiques, revues systématiques et études directement utiles aux objectifs pédagogiques.

Cadre professionnel, recommandations et raisonnement clinique

1. Collège de la Masso-Kinésithérapie. Recommandations de contenu de formation : spécificité d'exercice - Rééducation des troubles vestibulaires. Version 2.0. Paris : CMK; 2024.

2. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Place de la rééducation dans la prise en charge des vertiges d'origine vestibulaire. Recommandation de pratique clinique. Paris : SFORL; 2023.

3. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Anson ER, Carender WJ, Hoppes CW, et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an updated clinical practice guideline from the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *J Neurol Phys Ther.* 2022;46(2):118-177. doi:10.1097/NPT.0000000000000382.

4. Cohen HS, Gottshall KR, Graziano M, Malmström EM, Sharpe MH, Whitney SL. International guidelines for education in vestibular rehabilitation therapy. *J Vestib Res.* 2011;21(5):243-250. doi:10.3233/VES-2011-0424.

5. Bisdorff A, von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res.* 2009;19(1-2):1-13. doi:10.3233/VES-2009-0343.

6. Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin.* 2015;33(3):541-550. doi:10.1016/j.ncl.2015.04.010.

7. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577-599, viii. doi:10.1016/j.ncl.2015.04.011.

8. Xavier F, Chouin E, Courcoux F, Vest L, Vitaux H, Deveze A. Diagnostic différentiel en kinésithérapie vestibulaire. *Kinesither Rev.* 2023;23(260-261):16-36. doi:10.1016/j.kine.2023.05.008.

9. Xavier F, Chouin E, Dumas O, Vest L, Chabbert C, Besnard S, et al. Algorithmes décisionnels et drapeaux rouges en rééducation vestibulaire. *Kinesither Rev.* 2023;23(260-261):113-135. doi:10.1016/j.kine.2023.05.016.

RVO, vestibulométrie et optocinétique

10. Angelaki DE, Cullen KE. Vestibular system: the many facets of a multimodal sense. *Annu Rev Neurosci.* 2008;31:125-150. doi:10.1146/annurev.neuro.31.060407.125555.

11. Cullen KE. Vestibular processing during natural self-motion: implications for perception and action. *Nat Rev Neurosci.* 2019;20(6):346-363. doi:10.1038/s41583-019-0153-1.

12. Raphan T, Matsuo V, Cohen B. Velocity storage in the vestibulo-ocular reflex arc. *Exp Brain Res.* 1979;35(2):229-248. doi:10.1007/BF00236613.

13. Manzari L. Velocity Storage Integrator (VSI): mechanisms, circuits, and clinical implications - a narrative review. *Am J Otolaryngol.* 2026;47(3):104834. doi:10.1016/j.amjoto.2026.104834.

14. Rinaudo CN, Schubert MC, Figtree WVC, Todd CJ, Migliaccio AA. Human vestibulo-ocular reflex adaptation is frequency selective. *J Neurophysiol.* 2019;122(3):984-993. doi:10.1152/jn.00162.2019.

15. Halmagyi GM, Curthoys IS. A clinical sign of canal paresis. *Arch Neurol.* 1988;45(7):737-739. doi:10.1001/archneur.1988.00520310043015.

16. MacDougall HG, Weber KP, McGarvie LA, Halmagyi GM, Curthoys IS. The video head impulse test: diagnostic accuracy in peripheral vestibulopathy. *Neurology.* 2009;73(14):1134-1141. doi:10.1212/WNL.0b013e3181bacf85.

17. Demer JL, Honrubia V, Baloh RW. Dynamic visual acuity: a test for oscillopsia and vestibulo-ocular reflex function. *Am J Otol.* 1994;15(3):340-347. PMID:8579138.

18. Gimmon Y, Schubert MC. Vestibular testing - rotary chair and dynamic visual acuity tests. *Adv Otorhinolaryngol.* 2019;82:39-46. doi:10.1159/000490270.

19. Yu J, Wan Y, Zhao J, Huang R, Wu P, Li W. Normative data for rotational chair considering

motion susceptibility. *Front Neurol.* 2022;13:978442. doi:10.3389/fneur.2022.978442.

20. Eggers SDZ, Bisdorff A, von Brevern M, Zee DS, Kim JS, Perez-Fernandez N, et al. Classification of vestibular signs and examination techniques: nystagmus and nystagmus-like movements. *J Vestib Res.* 2019;29(2-3):57-87. doi:10.3233/VES-190658.

21. Obrero-Gaitán E, Sedeño-Vidal A, Peinado-Rubia AB, Cortés-Pérez I, Ibáñez-Vera AJ, Lomas-Vega R. Optokinetic stimulation for the treatment of vestibular and balance disorders: a systematic review with meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(9):4473-4484. doi:10.1007/s00405-024-08604-1.

22. Pierre AS, Dion J, Orsini C, Cedras AM, Maheu M. Optokinetic stimulation modulates vestibular contribution to postural control. *J Physiol.* 2026 Jul 29. doi:10.1113/JP291299. Online ahead of print.

23. Pavlou M. The use of optokinetic stimulation in vestibular rehabilitation. *J Neurol Phys Ther.* 2010;34(2):105-110.

24. Guerraz M, Yardley L, Bertholon P, Pollak L, Rudge P, Gresty MA, Bronstein AM. Visual vertigo: symptom assessment, spatial orientation and postural control. *J Neurol.* 2001;248(7):517-524. doi:10.1007/s004150170189.

Neurovision, contrôle postural clinique et marche

25. Tilikete C, Péliesson D. Functional anatomy and disorders of ocular motor control: from anatomy to pathology. *Curr Opin Neurol.* 2008;21(1):62-68. doi:10.1097/WCO.obo13e3282f3d62e.

26. Strupp M, Kremmyda O, Adamczyk C, Böttcher N, Muth C, Yip CW, Bremova T. Central ocular motor disorders, including gaze palsy and nystagmus. *J Neurol.* 2014;261 Suppl 2:S542-S558. doi:10.1007/s00415-014-7385-9.

27. Kattah JC, Zee DS. Eye movements in demyelinating, autoimmune and metabolic disorders. *Curr Opin Neurol.* 2020;33(1):111-116. doi:10.1097/WCO.0000000000000772.

28. Wrisley DM, Marchetti GF, Kuharsky DK, Whitney SL. Reliability, internal consistency, and validity of data obtained with the Functional Gait Assessment. *Phys Ther.* 2004;84(10):906-918. doi:10.1093/ptj/84.10.906.

29. Whitney SL, Marchetti GF, Schade A, Wrisley DM. The sensitivity and specificity of the Timed Up & Go and the Dynamic Gait Index for self-reported falls in persons with vestibular disorders. *J Vestib Res.* 2004;14(5):397-409. PMID:15598995.

30. Forbes PA, Siegmund GP, Schouten AC, Blouin JS. Task, muscle and frequency dependent vestibular control of posture. *Front Integr Neurosci.* 2014;8:94. doi:10.3389/fnint.2014.00094.

31. Tighilet B, Marouane E, Xavier F, Chabbert C. Optimizing vestibular rehabilitation: from neuroplastic mechanisms to multimodal therapeutic strategies. *J Clin Med.* 2026;15(16):6359. doi:10.3390/jcm15166359.

VPPB récidivants, complexes et diagnostics différentiels positionnels

32. Haute Autorité de Santé. Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2017.

33. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3 Suppl):S1-S47. doi:10.1177/0194599816689667.

34. von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, Newman-Toker D. Benign paroxysmal positional vertigo: diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2015;25(3-4):105-117. doi:10.3233/VES-150553.

35. Imai T, Inohara H. Benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx.* 2022;49(5):737-747. doi:10.1016/j.anl.2022.03.012.

36. Li S, Wang Z, Liu Y, Cao J, Zheng H, Jing Y, et al. Risk factors for the recurrence of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review and meta-analysis. *Ear Nose Throat J.* 2022;101(3):NP112-NP134. doi:10.1177/0145561320943362.

37. Liu J, Liu J, Dai Y, He F, Zhai H. Research progress on risk factors of recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Front Neurol.* 2026;16:1735898. doi:10.3389/fneur.2025.1735898.

38. Kerber KA, Carender W, Meurer WJ. Diagnosis and treatment of benign paroxysmal

positional vertigo. JAMA. 2026;335(22):1983-1984. doi:10.1001/jama.2026.1927.

39. Macdonald NK, Kaski D, Saman Y, Al-Shaikh Sulaiman A, Anwer A, Bamiou DE. Central positional nystagmus: a systematic literature review. Front Neurol. 2017;8:141. doi:10.3389/fneur.2017.00141.

Maladie de Ménière et migraine vestibulaire

40. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, et al. Diagnostic criteria for Ménière's disease. J Vestib Res. 2015;25(1):1-7. doi:10.3233/VES-150549.

41. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR, Antonelli PJ, Burkard R, et al. Clinical practice guideline: Ménière's disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(2 Suppl):S1-S55. doi:10.1177/0194599820909438.

42. Nevoux J, Franco-Vidal V, Bouccara D, Parietti-Winkler C, Uziel A, Chays A. Recommandations de la SFORL (version courte) sur la stratégie diagnostique et thérapeutique dans la maladie de Ménière. Ann Fr Otorhinolaryngol Pathol Cervicofac. 2017;134(6):422-426. doi:10.1016/j.aforl.2016.10.006.

43. Webster KE, Galbraith K, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, et al. Systemic pharmacological interventions for Ménière's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2(2):CD015171. doi:10.1002/14651858.CD015171.pub2.

44. Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterston J, Seemungal B, Carey J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria (update): literature update 2021. J Vestib Res. 2022;32(1):1-6. doi:10.3233/VES-201644.

45. Beh SC. Vestibular migraine. Curr Neurol Neurosci Rep. 2022;22(10):601-609. doi:10.1007/s11910-022-01222-6.

46. Smyth D, Britton Z, Murdin L, Arshad Q, Kaski D. Vestibular migraine treatment: a comprehensive practical review. Brain. 2022;145(11):3741-3754. doi:10.1093/brain/awac264.

47. Webster KE, Dor A, Galbraith K, Haj Kassem L, Harrington-Benton N, Judd O, et al. Pharmacological interventions for prophylaxis of vestibular migraine. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2023(4):CD015187. doi:10.1002/14651858.CD015187.pub2.

48. El Ahdab J, Vilardo M, Ong B, Thompson NR, Nero N, Günkân A, et al. The effect of vestibular rehabilitation in the management of vestibular migraine in adults: a systematic review and meta-analysis. Headache. 2026;66(1):77-87. doi:10.1111/head.70002.

49. Sfakianaki I, Nikitas C, Kikidis D. The effectiveness of vestibular rehabilitation in vestibular migraine: a systematic review. J Assoc Res Otolaryngol. 2026;27(2):137-166. doi:10.1007/s10162-026-01042-2.

Autres syndromes vestibulaires épisodiques utiles au diagnostic différentiel

50. Kim JS, Newman-Toker DE, Kerber KA, Jahn K, Bertholon P, Waterston J, et al. Vascular vertigo and dizziness: diagnostic criteria. J Vestib Res. 2022;32(3):205-222. doi:10.3233/VES-210169.

51. Strupp M, Lopez-Escamez JA, Kim JS, Straumann D, Jen JC, Carey J, et al. Vestibular paroxysmia: diagnostic criteria. J Vestib Res. 2016;26(5-6):409-415. doi:10.3233/VES-160589.

52. Kim HA, Bisdorff A, Bronstein AM, Lempert T, Rossi-Izquierdo M, Staab JP, et al. Hemodynamic orthostatic dizziness/vertigo: diagnostic criteria. J Vestib Res. 2019;29(2-3):45-56. doi:10.3233/VES-190655.

53. Ward BK, van de Berg R, van Rompaey V, Bisdorff A, Hullar TE, Welgampola MS, Carey JP. Superior semicircular canal dehiscence syndrome: diagnostic criteria consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res. 2021;31(3):131-141. doi:10.3233/VES-200004.

“ Depuis plus de 10 ans, SSK Formation a toujours eu à coeur de proposer aux kinésithérapeutes des stages de qualité, avec les meilleurs formateurs de la région. J'adresse un sincère merci à tous les lecteurs de cet ouvrage spécifique. Conçu pour vous par nos experts, ce manuel vous aidera à mettre en pratique un enseignement de haut niveau auprès de vos sportifs qui exigent l'excellence. À bientôt dans l'un de nos centres, pour continuer à vous accompagner dans nos meilleures formations. ”

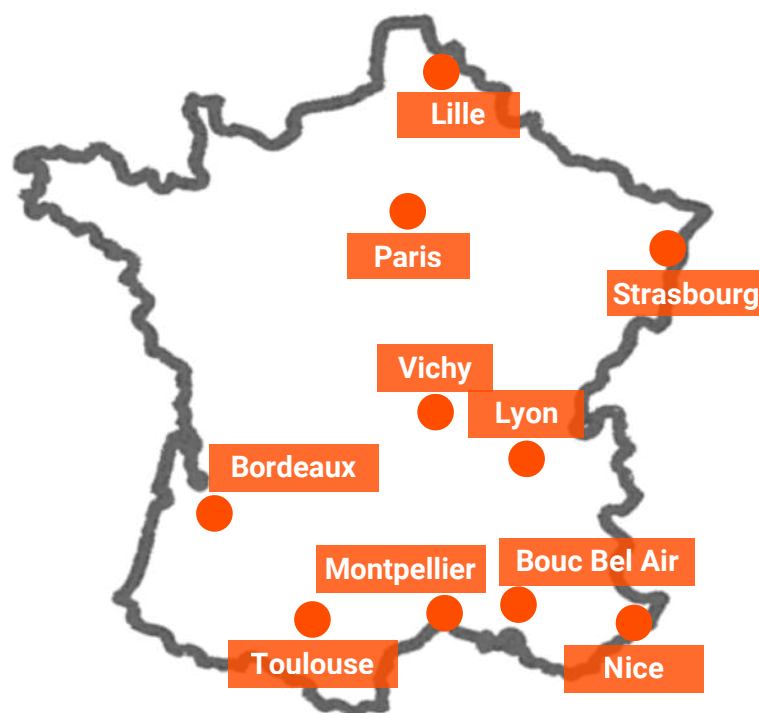
« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin. »

Amicalement,

Cyril Castaldo

Kinésithérapeute, Ostéopathe

Formateur et Directeur de SSK Formation



Afin de mieux s'adapter aux spécificités de chaque métier, **SSK** lance de nouvelles entités :



415 Avenue des Chabauds,
13320, Bouc Bel Air



09 72 52 64 04



lelia@ssk-formation.com



www.ssk-formation.com

ABONNEZ-VOUS !

