Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Etat des lieux des vertiges au Burkina Faso : retour d'expérience de dix années de recherche

Vertigo's points in Burkina Faso: feedback from ten years of research

A Gouéta[1], CR Bargo*[2], N Zaghré[3], A Yanogo[1], C Bambara[1], EEM Nao[1], YMC Gyébré[1]

Résumé

Objectif : Décrire le profil étiologique et rapporter les modalités thérapeutiques des vertiges dans le service ORL et de chirurgie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude descriptive avec collecte rétrospective portant sur 207 cas de vertiges colligés sur une période de dix (10) ans, dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale CHU Yalgado Ouédraogo.

Résultats : Ces vertiges ont représenté 0,42 % des consultations. L'âge moyen des patients était de 49 ans (extrêmes : 10 ans et 86 ans) avec un sex-ratio de 0,71. Les vertiges étaient rotatoires dans 68 % des cas. Les facteurs favorisants et/ou déclenchants étaient dominés par les changements de position chez 95 patients (46%). Les étiologies des vertiges étaient représentées par le vertige paroxystique positionnel bénin (46 %), suivi de la maladie de Ménière (11,2%). Le traitement médical était utilisé chez tous les patients (100%). Il était associé aux manœuvres vestibulaires libératoires dans 7,2 % des cas. L'évolution était favorable chez 90 patients (43,5%) et stationnaire dans 14 % des cas. Les perdus de vue représentaient 42,5% des cas.

Conclusion : Le vertige est relativement rare dans notre pratique. Les étiologies sont dominées par le VPPB.

Mots-clés : Vertige, Etiologie, Prise en charge, VPPB.

Abstract

Objective: To describe the etiological profile and report the therapeutic modalities of vertigo in the ENT and surgery department of the CHU Yalgado Ouédraogo in Ouagadougou.

Methodology: This was a descriptive study with retrospective collection of 207 cases of vertigo collected over a period of ten (10) years, in the department of ENT and Cervico-facial Surgery of the CHU Yalgado Ouédraogo.

Results: The vertigo accounted for 0.42% of consultations. The average age of the patients was 49 years (extreme:10 and 86 years) with a sex ratio of 0.71. The vertigo was rotational in 68% of cases.

Promoting and/or triggering factors were dominated by positional changes in 95 patients (46%). Vertigo etiologies were represented by benign paroxysmal positional vertigo (46%), followed by Meniere's disease (11.2%).
The medical treatment was used in all patients (100%). It was associated with liberatory vestibular manoeuvres in 7.2% of cases. The evolution was favourable in 90 patients (43.5%) and stationary in 14% of cases. The patients lost to follow-up accounted for 42.5% of cases.
Conclusion: The vertigo is relatively rare in our practice. The etiologies are dominated by BPPV.
Keywords: vertigo, etiology, management, BPPV.

Introduction

Le vertige est une sensation erronée de déplacement des objets environnants autour du sujet ou du sujet par rapport aux objets [1, 2]. C'est une illusion de mouvement avec impression de rotation du sujet ou de celle de son environnement, due à un dysfonctionnement de l'appareil vestibulaire, accompagné, selon les étiologies d'autres symptômes, neurologiques, otologiques et/ou neurovégétatifs [3]. C'est un signe avec ou sans trouble de l'équilibre qui peut être d'origine périphérique interpelant le praticien ORL, ou d'origine centrale nécessitant une prise en charge neurologique. C'est un symptôme subjectif dont l'appréciation est difficile aussi bien pour l'entourage du malade que pour le médecin ORL.
Si reconnaitre un vertige est cliniquement facile dans notre pratique, en retrouver la cause est plus difficile. La présente étude s'est fixée pour but de décrire le profil étiologique et rapporter les modalités thérapeutiques des vertiges dans le service ORL et de chirurgie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive avec collecte rétrospective des données portant sur des vertiges colligés sur une période de dix (10) ans, dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
Les variables d'étude ont été les paramètres épidémiologiques (l'âge, le sexe, les antécédents, l'activité professionnelle), les facteurs étiologiques du vertige et les données thérapeutiques (anti-vertigineux majeurs, oxygénateurs cérébraux, nootropes, antiémétiques, rééducation vestibulaire, manœuvres thérapeutiques, psychothérapie de soutien). Les fiches de consultations des médecins ORL ont servi de support pour la collecte des données. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche de collecte individuelle établie par nous-même.
Nous avons considéré comme « vrai vertige » toute symptomatologie correspondant à la définition exacte à savoir une sensation erronée de déplacement des objets environnants autour du sujet ou du sujet par rapport à son environnement ou de pseudo-ébriété [1]. Le « faux vertige » correspond à toute symptomatologie ne respectant pas cette définition.

Tableau I : critères diagnostiques des étiologies otologiques des vertiges

Vertiges	Critères cliniques	Critères paracliniques
VPPB (vertiges positionnels paroxystiques bénins)	Vertiges paroxystiques déclenchés par des changements de position (ex : se coucher, se lever, tourner la tête). Durée brève des crises (moins d'une minute). Test de Dix-Hallpike : positif (signifie une atteinte du CSC* postérieur) Test positionnel rotatoire couché (« supine roll test) : positif (signifie une atteinte du CSC latéral)	
Maladie de Ménière	Vertiges sévères et récurrents d'une durée de 20 minutes à 4 heures. Perte auditive fluctuante. Acouphènes dans l'oreille affectée. Plénitude auriculaire (sensation de "bouchon" ou de pression dans l'oreille).	Audiométrie tonale : mise en évidence d'une surdité de perception unilatérale fluctuante. Impédancemétrie/Réflexe stapédien : phénomène de recrutement
Névrite vestibulaire	Vertiges intenses qui durent plusieurs jours, souvent avec des symptômes d'instabilité posturale. Absence de signes auditifs (pas de perte auditive, pas d'acouphènes). Symptômes non fluctuants, contrairement à ceux de la maladie de Ménière.	
Labyrinthite	Vertiges sévères et persistants associés à une perte auditive unilatérale. Acouphènes dans l'oreille affectée. Les symptômes peuvent durer plusieurs jours à semaines.	
Fistule labyrinthique	Vertiges déclenchés par des changements de pression dans l'oreille (ex : éternuements, changements d'altitude, pression du tragus,). Perte auditive fluctuante souvent unilatérale. Test de Valsalva : provoque des vertiges ou des symptômes chez les patients avec une fistule.	Audiométrie tonale : mise en évidence d'une perte auditive fluctuante avec les changements de pression. Tympanométrie : normale ou courbe type B Scanner ou IRM de l'oreille : mise en évidence d'une fistule dans l'os temporal.
Neurinome de l'acoustique	Vertiges progressifs, mais rarement sévères. Perte auditive unilatérale, souvent accompagnée de (acouphènes). Dérangement de l'équilibre, parfois associé à des troubles de la coordination.	Audiométrie tonale : mise en évidence d'une perte auditive sensorielle unilatérale. IRM cérébrale : mise en évidence d'une tumeur sur le nerf vestibulaire.
Syndrome de Linsay et Hemenway	Vertiges persistants après un traumatisme crânien. Perte auditive unilatérale. Symptômes de vertige continu accompagnés de dysfonctionnements vestibulaires.	Audiométrie tonale : mise en évidence d'une perte auditive. TDM /IRM cérébrale : mise en évidence de traumatismes à l'oreille interne ou à d'autres structures cérébrales.

CSC* : canal semi-circulaire

L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur un micro-ordinateur à l'aide du logiciel EPI-info dans sa version anglaise 7.1.1.1.

Résultats

Nous avons colligé 207 cas de vertiges sur une période de 10 ans dans notre service soit une prévalence de 0,42%. Les sujets de sexe masculin représentaient 87 cas (42%) et ceux de sexe féminin 120 cas (58%) de l'effectif. L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes de 10 et 86 ans. Le maximum de fréquence était observé entre 40-49 ans avec 24,3% comme le montre la figure 1.

Les facteurs déclenchants sont regroupés dans le tableau II.

Les différents types de vertige sont représentés sur la figure 2. Il s'agissait de vertiges rotatoires dans 68% des cas (n=140).

Les différentes étiologies des vertiges sont résumées dans le tableau III.

Les vécus vestibulaires ou faux vertiges (n=19) regroupaient les vertiges circulatoires (7,3%) avec en tête l'HTA dans 5,8 % des cas (12 cas/207), les vertiges psychogènes et les vertiges métaboliques comme indiqué dans le tableau IV.

Tous les malades ont bénéficié d'un traitement médical (100%). Les anti-vertigineux majeurs étaient les modalités thérapeutiques utilisées dans 41% des cas. La manœuvre vestibulaire libératoire de Semont a été réalisée chez 5 patients (2,4%) et celle d'Epley chez 10 patients (4,8%). Le tableau V présente les modalités thérapeutiques.

L'évolution après traitement était favorable chez 90 patients soit 43,5 % et stationnaire dans 14% des cas. Les perdus de vue représentaient 42,5 % des cas (n=88).

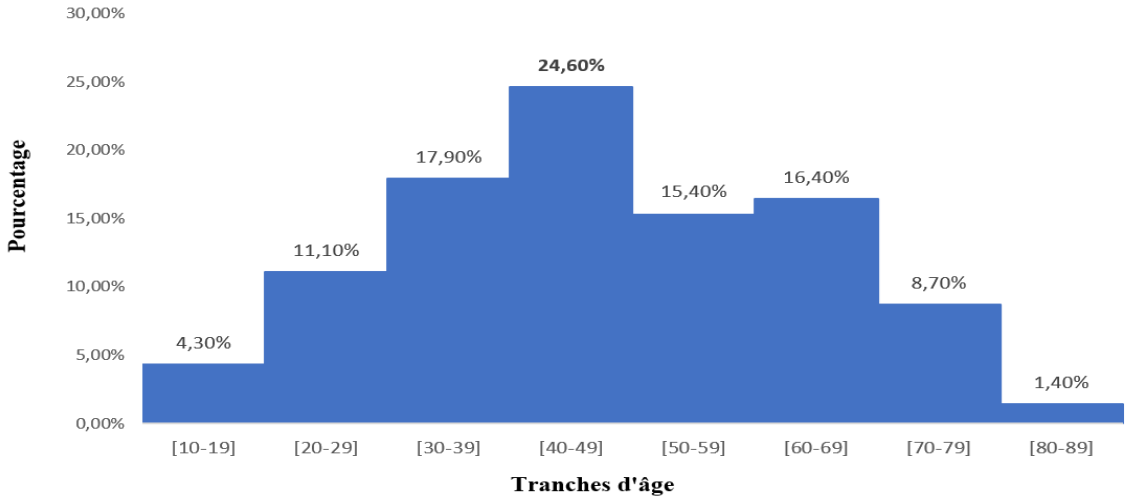

Figure 1 : répartition des patients selon les tranches d'âges (en années)

Tableau II : facteurs déclenchants des vertiges

Facteurs favorisants	N	%
Changements de position de la tête	95	46
Effort physique	17	8,2
Se retourner dans le lit	13	6,3
Marche	1	0,5
Traumatisme de l'oreille	21	10,1
Infections ORL	24	11,6
Non précisé	36	17,4
Total	207	100

Tableau III : différentes étiologies des vertiges

Origine	Étiologies	N	%
Origine périphérique (68 %)	VPPB*	95	46
	Maladie de Ménière	23	11,2
	Névrite vestibulaire	7	3,5
	Labyrinthite	7	3,4
	Fistule péri-labyrinthique	4	1,9
	Neurinome de l'acoustique	3	1,4
	Syndrome de Linsay et Hemenway	2	1
Origine cervicale	Arthrose	3	1,4
Origine centrale	-	2	1
Déficits vestibulaires non-étiquetés	-	42	20,3
Vécus vestibulaires ou faux vertiges	-	19	9,2
Total		207	100

*VPPB : Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

Tableau IV : Étiologies des faux vertiges

Faux vertiges		n	%
Vertiges circulatoires	HTA	12	5,8
	Hypotension orthostatique	2	1
	Anémie	1	0,5
Vertiges psychogènes	Stress	2	1
	Agoraphobie	1	0,5
Désordres métaboliques	Hypoglycémie	1	0,5
Total		19	9,2

Tableau V : modalités thérapeutiques des vertiges

Modalités thérapeutiques		N	%
Anti vertigineux majeurs	Acétylleucine	70	33,8
	Betahistine	15	7,2
Oxygénateurs cérébraux	Gingko biloba	33	15,9
Nootropes	Piracétam	6	2,9
Vasodilatateurs/anti ischémiques	Trimétazidine	22	10,6
Antiémétiques	Vogalène	6	2,9
	Motilium	4	1,9
Anxiolytiques	-	10	4,8
Rééducation vestibulaire	-	26	12,6
Manœuvres vestibulaires	-	15	7,2
Psychothérapie de soutien	-	3	1,5

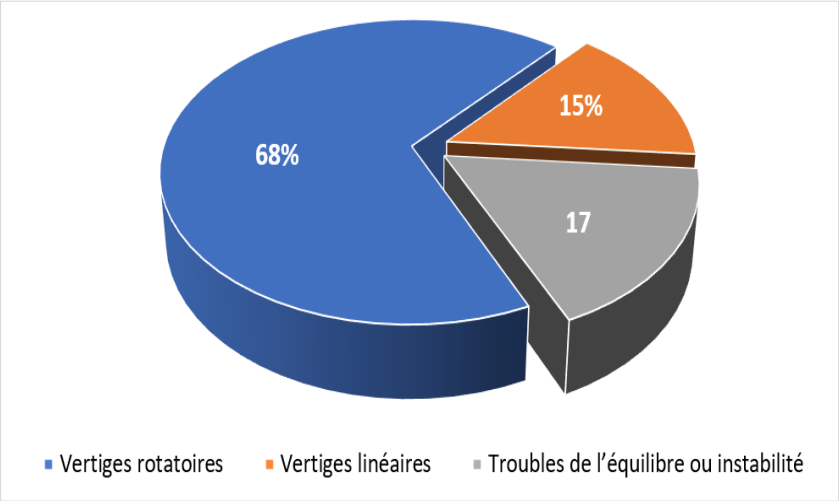

Figure 2 : répartition des patients selon les types de vertige

Discussion

Les vertiges sont relativement rares dans notre contexte, avec une fréquence de 0,42% dans notre série et une incidence annuelle de 21 cas. Ce faible taux a été relevé par d'autres auteurs africains qui rapportent des taux de 2,3% à 2,6% [4, 5]. En revanche, des auteurs européens ont trouvé des taux plus élevés que les nôtres. Pour Toupet [2] le vertige constitue 10% des motifs de consultation d'un médecin spécialiste ORL. Cohen. B [6] rapportait 15 millions de cas par an. L'absence de centres de référence pouvant effectuer une prise en charge tant au plan diagnostique que thérapeutique dans notre contexte peut expliquer cet état de fait.

La prédominance féminine de ces vertiges dans notre étude est également retrouvée dans la littérature [4, 7, 8], sans explication évidente.

L'âge moyen des patients dans notre série (49 ans) est comparable à celui de la littérature [4, 5]. Cependant, peu d'enfants ont été notés dans notre étude. Pourtant, les vertiges ne sont pas si rares chez les enfants : ils représentent 2,6% d'une consultation spécialisée de vestibulométrie en France [9].

Le vertige rotatoire était le type le plus fréquent des vertiges périphériques dans notre série, comme dans la littérature [1, 5]. En effet, cette sensation rotatoire traduit une atteinte périphérique et plus souvent une atteinte des canaux semi-circulaires. Par ailleurs la sensation linéaire (15% des cas) est évocatrice d'une atteinte périphérique des macules utriculaires et sacculaires [1]. En outre, l'instabilité ou le trouble de l'équilibre dans notre étude comme dans celle de Tanon [5] était de 17%. Cette sensation est le souvent en faveur d'une atteinte centrale. Elle peut également traduire une atteinte périphérique d'origine ototoxique [1].

Les étiologies des vertiges sont multiples. Elles sont de fréquence variable selon les séries. Les vertiges d'origine périphériques (68%) étaient les plus représentées. Les différentes étiologies rencontrées sont comparables à celles de plusieurs auteurs [2, 4, 5]. Cependant, leurs fréquences varient parfois selon les études (tableau VI).

Le VPPB est la plus fréquente des étiologies des vertiges observées dans notre contexte. Ce même constat a été fait par plusieurs auteurs [4, 5, 9, 10]. Cependant, sa fréquence exacte est difficile à préciser. Elle varie entre 17 et 42 % dans la littérature [5, 10, 11, 12]. Il s'agit d'un vertige intense, bref, survenant lors des changements de position de la tête et ne s'accompagnant pas de symptômes cochléaires [1, 5]. Le diagnostic de VPPB s'effectue par la manœuvre de Dix-Hallpike. On admet que son mécanisme est lié à des modifications de structure de la cupule des canaux semi-circulaires (cupulolithiase) ou à la présence de corps flottants endolymphatiques (canalolithiase). En effet, il semble dû au dépôt d'otoconies soit sur la cupule, soit du CSC postérieur soit dans la lumière

du canal [1]. Cependant, il peut être post-traumatique [10].

La maladie de Ménière occupe la 2e place dans notre étude, comme dans celles de Yoda [4] et de Toupet [10]. Cependant, son rang varie selon les auteurs. En effet, la maladie de Ménière a été la 3ème cause dans l'étude de Tanon [5] et celle de Brandt [12]. Elle se caractérise par une triade symptomatique. Elle associe un grand vertige rotatoire, une surdité de perception fluctuante et des acouphènes avec sensation de plénitude d'oreille [1]. Les mécanismes physiopathologiques restent discutés, mais le rôle de variations des pressions des liquides labyrinthiques, définissant l'hydrops endolymphatique, est le plus probable. En effet, elle relève d'une atteinte du sac endolymphatique devenu incapable de résorber l'endolymphe [1, 13].

La névrite vestibulaire ou neuronite vestibulaire vient en 3ème position des étiologies du vertige dans notre étude comme dans celle de Yoda [4] et la 2ème place des étiologies pour Tanon [5] et Biboulet [14]. Le mécanisme causal exact reste discuté. L'hypothèse « classiquement retenue » serait celle d'une atteinte rattachée à une réactivation du virus Herpès au niveau des cellules ganglionnaires des nerfs vestibulaires [13-15]. La conséquence clinique est typiquement l'apparition d'un grand vertige rotatoire à début brutal avec vomissement, sans signes auditifs, survenant parfois dans un contexte grippal [10].

Les labyrinthites infectieuses partagent la 3ème position avec la névrite vestibulaire. Elles désignent un ensemble de processus inflammatoires de l'oreille interne affectant tout ou une partie du labyrinthe. Elles sont le plus souvent secondaires à des otites moyennes chroniques [2]. La voie de pénétration se fait soit par les fenêtres, soit surtout par une fistule de la coque osseuse du labyrinthe [1]. Leur fréquence est en baisse actuellement du fait de l'utilisation des antibiotiques, des anti-inflammatoires et du développement des techniques chirurgicales de l'oreille [2, 5].

Le syndrome de Lindsay et Hemenway est rare dans notre série et dans la littérature [4, 5]. Ce syndrome a été décrit en 1956 par les auteurs dont il porte les noms [2]. C'est une ischémie due à une thrombose de l'artère vestibulaire antérieure [1, 2].

Les étiologies cervicales sont le plus souvent dues à un traumatisme cervical (fracture avec luxations des trois premières vertèbres cervicales) ou d'un syndrome cervico-encéphalique d'étiologies multifactorielles (arthrose cervicale haute C1-C2 et manifestations psychiatriques du classique syndrome de l'atlas) [2, 4]. Le diagnostic est porté devant un vertige accompagné d'un nystagmus, déclenché exclusivement par le déplacement du cou, sans déplacement de la tête ni du champ visuel [2-5].

L'origine centrale des vertiges est rare dans notre pratique en Afrique Noire. Cependant, sa fréquence semble plus élevée dans les pays du nord [2]. Une origine centrale au vertige doit être exclue par l'anamnèse et l'examen clinique, car elle implique une prise en charge en urgence [16].

Les déficits vestibulaires non étiquetés ont représenté 20,3 % des causes de vertiges dans notre étude. Ce taux varie selon les auteurs. Ceci montre les difficultés diagnostiques dans notre pratique. Ibekwe et Ijaduola cités par Koffi [17] estiment que le sous équipement contribue à sous-estimer la prévalence de certaines pathologies comme la maladie de Ménière. Alors que nous ne disposons pas du matériel minimum, les moyens d'exploration vestibulaire ne cessent de se développer et permettent des diagnostics étiologiques de plus en plus précis [17-18]. Certains examens explorent la fonction canalaire du système et d'autres la fonction otolithique [17-18].

La prise en charge thérapeutique des patients souffrant de vertiges est un processus complexe qui nécessite un partage d'information important entre tous les acteurs d'un établissement de santé [16, 19]. En effet, les médicaments ne représentent qu'une faible part du traitement [16]. Cependant, le traitement médical a été le principal moyen thérapeutique utilisé chez tous les patients dans notre étude. Ce qui a été noté par certains auteurs [17] avec une prédominance des antivertigineux (41 %). Cependant, leur efficacité n'est pas prouvée sur certains types de vertiges comme le VPPB et le neurinome de l'acoustique. Un traitement anxiolytique semble habituellement prescrit pour rassurer le patient en général très anxieux, car ignorant de ce qui lui arrive. En effet, les vertiges mènent à la perte de confiance en soi, à la peur de tomber, à la

dépression, au déficit de concentration avec atteinte de la qualité de vie.

Par ailleurs, le traitement antivertigineux, notamment en cas de maladie de Ménière est la bétahistine précurseur immédiat de l'histamine, qui faciliterait la microcirculation labyrinthique et aurait un effet inhibiteur sur les neurones vestibulaires. Ce médicament permet ainsi de réduire l'intensité et la fréquence des crises vertigineuses [16].

Les manœuvres libératoires ont été réalisées chez seulement 15 patients sur 95 patients présentant un VPPB. Ce constat est également fait par Koffi [17] qui relève 6,4 % de réalisation de manœuvres libératoires. Ces manœuvres nécessitent une bonne maîtrise de la technique, toutefois ces manœuvres ne sont pas couramment utilisées pratiquées dans notre contexte du fait de la maitrise insuffisante de la technique. Aussi, le VPPB est souvent perçu comme une affection bénigne, dont les symptômes peuvent se résoudre d'eux-mêmes au fil du temps. Ainsi, de nombreux professionnels de santé peuvent privilégier des traitements plus simples et moins techniques, tels que les médicaments, plutôt que d'investir du temps et des ressources dans l'apprentissage et la mise en œuvre de manœuvres libératoires. Un autre facteur limitant pourrait être l'absence de protocoles bien établis ou de directives cliniques standardisées concernant l'utilisation des manœuvres libératoires dans le traitement du VPPB. Cependant, ces manœuvres lorsqu'elles sont réalisées donnent de très bons résultats : Epley avait obtenu 100 % de rémission après le traitement par manœuvre de repositionnement [20]. Tous les patients chez qui les manœuvres libératoires ont été réalisées avaient un résultat spectaculaire dans notre série. Par contre, le taux élevé de succès des manœuvres libératoires observé dans la petite cohorte traitée pourrait être surévalué en raison du faible nombre de patients et de la potentielle sélection des patients les plus réceptifs au traitement.

L'évolution globale a été favorable dans 43,5 % des cas. Ce résultat est satisfaisant, mais pourrait être amélioré par une meilleure prise en charge des vertiges. Ceci passe par un bon diagnostic étiologique. Cependant 42,5 % de nos patients ont été perdus de vue. Certains patients ont probablement vu leur symptôme amélioré par compensation spontanée centrale. Ce qui ne les a pas motivés à revenir au contrôle. Cette attitude des patients à ne pas respecter les rendez-vous de contrôle peut s'expliquer par d'autres raisons. D'abord soit une certaine efficacité du traitement prescrit soit une certaine démotivation, quant au coût, la durée et l'inefficacité du traitement. Cet état de fait est assez évocateur d'un besoin de sensibilisation à l'endroit des populations pour un changement de comportement. Par ailleurs un suivi insuffisant des patients peut conduire à une évaluation incomplète de l'efficacité du traitement à long terme. Les vertiges peuvent réapparaître après un certain temps, et sans suivi adéquat, il est difficile d'évaluer la rémission durable de ces vertiges, ce qui rend l'interprétation des résultats à long terme problématique.

Tableau VI : Tableau comparatif des fréquences des différentes étiologies dans la littérature

	Notre étude	**Yoda [4]**	**Tanon [5]**	**Toupet [10]**	**Brandt [12]**
VPPB	46%	18,6%	24,25%	35%	18,6%
Maladie de Ménière	11,2%	12,9%	9,09%	6%	9,4%
Névrite vestibulaire	3,5%	4,3%	15,15	-	7,4%
Labyrinthite	3,4%	-	9,09%	3,2%	-
Syndrome de Lindsay et Hemenway	1%	1,4%	3,03%	-	-
Vertige d'origine cervicale	1,4%	5,7%	3,03%	-	-
Vertiges centraux	1%	1,4%	3,03%	-	12,4%
Vertiges non étiquetés	20,3%	52,8%	33,3%	8%	3,3%

Conclusion

Le vertige est relativement rare dans notre pratique. Les étiologies vestibulaires périphériques avec en tête le VPPB sont prédominantes dans notre contexte. Le type rotatoire qui évoque l'origine périphérique est le plus rencontré. Le traitement est essentiellement médical dans notre contexte, basé sur les médicaments antivertigineux. Une prise en charge efficace, spécifique, fonction de l'étiologie permettra d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de vertiges.

***Correspondance**

BARGO Cheick Rachid

cheickbargo01@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Novembre 2025

1 : Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo
2 : Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Bogodogo
3 : Unité d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Tengandogo

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Tran Ba Huy P, de Waele C. Les vertiges et le praticien. Paris: John Libbey Eurotext; 1996. n°14584. 159 p.
[2] Toupet M. Le diagnostic étiologique d'un vertige. Encycl Méd Chir Oto-Rhino-Laryngologie. 1984;20-200-A10:1–18.
[3] Carpentier F, Ara Somohan C, Perrin S. Prise en charge d'un vertige central. Urgence. 2007;Chapitre 82:1–2.
[4] Yoda M, Kouassi YM, Badou KE, Buraïma F, Kouassi-Ndjeundo J, N'Gattia KV, et al. Profil épidémiologique et étiologique du vertige à Abidjan. Rev Afr ORL Chir Cervico-Faciale. 2013;13(1–3):31–4.
[5] Tanon-Anoh MJ, Boguifo J, Ette Akre EE, Kili-Boukalo C, Kouassi KB, Bamba M. Les vertiges à Abidjan : Bilan d'une année d'exploration par vidéonystagmographie dans un centre médical spécialisé privé. Méd Afr Noire. 2000;47(2):105–10.
[6] Cohen B. Unité d'Otoneurologie, Service ORL du Pr B. Meyer (Hôpital Saint-Antoine, Paris). EPU95 – Montmorency Neurologie, le vertige. 2006;7:51–66.
[7] Adjoua RB, Rouassi B, Bamba M. La stratégie du praticien généraliste devant le vertige en Afrique Noire. Rev Laryngol Otol Rhinol. 1994;115:27–9.
[8] Toupet M, Imbaud-Genieys S. Examen clinique et paraclinique du patient atteint de vertige et/ou de troubles de l'équilibre. Encycl Méd Chir Oto-Rhino-Laryngologie. 2002;20-199-A10:1–21.
[9] Toupet M. Les grands diagnostics du vertige chez l'enfant. Groupe d'étude des vertiges. 1996;95:125–45.
[10] Toupet M, Matha N. Vertige : orientation diagnostique et principes thérapeutiques. Impact Internat. 2013;40:169–79.
[11] Murdin L, Schilder AG. Epidemiology of balance symptoms and disorders in the community: a systematic review. Otol Neurotol. 2015;36:387–92.
[12] Brandt T, Strupp M. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. Dtsch Arztebl Int. 2008;105:173–80.
[13] Bouccara D, Rubin F, Bonfils P. Vertiges et troubles de l'équilibre : démarche diagnostique. Rev Med Interne. 2018;39:869–74.
[14] Biboulet R, Uziel A. La neuronite vestibulaire. In: Troubles de l'équilibre et vertiges. Paris: Société Française d'ORL et de Pathologie Cervico-Faciale; 1997. p. 447–53.

[15] Hegemann S, Wenzel A. Diagnosis and treatment of vestibular neuritis/neuronitis or peripheral vestibulopathy (PVP): open questions and possible answers. Otol Neurotol. 2017;38:626–31.

[16] Ferrer Soler C, Margot V, Papa S, Guyot J-P. Prise en charge des vertiges chez la personne âgée. Rev Med Suisse. 2016;12:1893–7.

[17] Koffi-Aka V, Zouzou KG, Mobio NMA, Yotio A, Ehouo F. Consultation des patients souffrant de syndrome vertigineux dans un service d'ORL d'Abidjan. Rev Afr ORL Chir Cervico-Faciale. 2011;11(1–3):9–15.

[18] De Waele C, Tran Ba Huy P. Explorations du système vestibulaire. Encycl Méd Chir. 2005;20-199-A10:1–16.

[19] Toupet M, Rothoft JM, Brémaud des Ouillères L. Prise en charge des plaintes vertigineuses en ORL de ville. Rev Soc Fr ORL. 2004;82:57–63.

[20] Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of BPPV. Otolaryngol Head Neck Surg. 1992;107:399–404.

Pour citer cet article :

A Gouéta, CR Bargo, N Zaghré, A Yanogo, C Bambara, EEM Nao et al. Etat des lieux des vertiges au Burkina Faso : retour d'expérience de dix années de recherche. Jaccr Africa 2025; 9(4):301-310
https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.021L012911