



## À faire tourner la tête : la bétahistine pour le vertige positionnel paroxystique bénin

**Question clinique : La bétahistine est-elle efficace pour les adultes souffrant du vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)?**

**Conclusion : Des données limitées suggèrent que la bétahistine utilisée seule sans manœuvre de repositionnement (c.-à-d. la manœuvre d'Epley) fait augmenter le nombre de patients connaissant une « amélioration » en ce qui concerne l'étourdissement par rapport au placebo (75 % contre 52 % pour le placebo à trois mois). Cependant, la bétahistine est moins efficace que la manœuvre d'Epley. On ne sait pas si la bétahistine est efficace pour l'étourdissement résiduel après la manœuvre d'Epley. Au mieux, 44 % des patients contre 21 % sous placebo « s'amélioreront ».**

### Données probantes

- Tous des essais cliniques randomisés (ECR). Différences statistiquement significatives, sauf indication contraire.
  - Bétahistine sans la manœuvre d'Epley<sup>1</sup> :
    - ECR à double insu, parrainé par l'industrie, 63 patients, 16 mg de bétahistine deux fois par jour ou placebo. Après trois mois de traitement :
      - Nombre de patients ayant connu une « amélioration » (non définie) sur l'échelle du vertige : 75 % pour la bétahistine, 52 % pour le placebo.
      - Maux de tête : 18 % (bétahistine) contre 3 %, aucune différence sur le plan statistique.
  - Comparaison de la bétahistine et de la manœuvre d'Epley :
    - 90 patients traités par bétahistine, par bétahistine combinée à la manœuvre d'Epley ou par manœuvre d'Epley (fréquence non indiquée)<sup>2</sup>. Référence de base pour le vertige : environ 7,7 sur une échelle de 11 points (plus la valeur est faible, mieux c'est).
      - Au bout d'une semaine :
        - La manœuvre d'Epley ou la combinaison obtiennent les meilleurs résultats sur l'échelle du vertige : environ 2,3 contre environ 3,7 (bétahistine).
          - Différence probablement pertinente sur le plan clinique.

- 96 patients traités par 24 mg de bétahistine deux fois par jour ou par la manœuvre d'Epley (effectuée deux fois au départ et répétée au bout d'une semaine au besoin)<sup>3</sup>. Incapacité de base due à l'étourdissement : environ 75 sur une échelle de 100 points (plus la valeur est faible, mieux c'est).
      - Score d'incapacité après huit semaines de traitement : 20 contre 10 (manœuvre d'Epley); la signification n'a pas été rapportée.
  - Après la manœuvre d'Epley :
    - 100 patients éprouvant de l'étourdissement après la manœuvre d'Epley, randomisés pour recevoir 24 mg de bétahistine deux fois par jour ou aucun médicament<sup>4</sup>. Après cinq jours :
      - Aucune différence dans les résultats.
    - 78 patients (dont 59 qui souffraient d'étourdissement après la manœuvre d'Epley effectuée jusqu'à quatre fois par séance), randomisés (à double insu) pour recevoir 16 mg de bétahistine trois fois par jour ou un placebo<sup>5</sup>. Au bout d'une semaine :
      - Aucune différence dans les scores d'incapacité due à l'étourdissement.
      - Patients ayant connu une « amélioration » concernant l'étourdissement (non définie) : 59 % versus 27 % (placebo).
      - Limites : si l'on utilise tous les patients randomisés, l'amélioration passe à 44 % et 21 % respectivement.
    - 72 patients randomisés à double insu pour recevoir la manœuvre d'Epley, la manœuvre d'Epley combinée à un placebo ou la manœuvre d'Epley combinée à 24 mg de bétahistine deux fois par jour<sup>6</sup>. Au bout d'une semaine :
      - L'ajout de bétahistine n'a pas modifié de manière significative le score de l'incapacité due à l'étourdissement, le score du vertige ou le nombre de patients présentant des « symptômes persistants ».

### Contexte

- Les effets indésirables de la bétahistine (principalement des troubles gastro-intestinaux et des maux de tête) étaient mal signalés et souvent semblables à ceux du placebo<sup>7</sup>.
- La bétahistine (16 mg) coûte environ 25 \$ pour 90 comprimés<sup>8</sup>.

### Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, Pharm. D., Shan Lu, M.D., CCFP et Rodger Craig, maîtrise en santé publique

### Divulgations

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Mira E, Guidetti G, Ghilardi PL, et al. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2003 Feb;260(2):73-7.
2. Kaur J, Shamanna K. Int Tinnitus J. 2017;21(1):30-4.
3. Maslovara S, Soldo SB, Puksec M, et al. NeuroRehabilitation. 2012;31:435-41.
4. Acar B, Karasen RM, Buran Y. B-ENT. 2015;11:117-21.

5. Jalali MM, Gerami H, Saberi A, Razaghi S. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2020 May;129(5):434-40.
6. Guneri EA, Kustutan O. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Jan;146(1):104-8.
7. Murdin L, Hussain K, Schilder AGM. Cochrane Database System Rev. 2016;6:CD010696.
8. Alberta Health, Alberta Blue Cross. Interactive Drug Benefit List [consulté le 31 août 2020]. Disponible : [https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/drugsList;jsessionid=Hp5GKqetZ29Z4TcKPQq0O1CZz6qX\\_S7EKydTKdlp78nowLQwEngv!8486576?searchTerm=betahistine&category=&genericName=&brandName=&ptc=&mfgCode=](https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/drugsList;jsessionid=Hp5GKqetZ29Z4TcKPQq0O1CZz6qX_S7EKydTKdlp78nowLQwEngv!8486576?searchTerm=betahistine&category=&genericName=&brandName=&ptc=&mfgCode=)