

« Docteur, ça tourne »



Syndrome vestibulaire/Vertiges

Marina Pourquéry



Cas clinique

- Femme 55 ans
- Vrais vertiges apparus brutalement depuis 2 jours
- Signes associés: hypoacousie gauche, pas de céphalée, pas de nausée, pas de vomissement



Interrogatoire/ Examen clinique

- ATCD perso: Dépression traitée, pas d'autre ATCD particuliers
- Pas D'ATCD familiaux(maladie de méniere)
- Pas d'ATCD infectieux récents/ Pas de trauma
- Pas d'introduction récente de nouveaux médicaments
- Caractéristiques du vertige: vertige rotatoire, hypoacousie unilatérale, brutal et persistant avec des périodes de quelques heures plus intenses, facteur positionnel(augmenté par tête en arrière)



Interrogatoire/Examen clinique

- Constantes: TA=120/75, T°= 37,5
- Ex ORL:Otoscopie: Tympan normaux,pas de perforation,pas d'otorrhée,CAE normal
 - RS: normal
 - Audiometrie vocale: légère hypoacousie G
- Ex neuro: Pas de céphalée,pas de deficit sensitivo moteur, pas de PFP, pas de diplopie,NC ok, pas de deviation des index, Roomberg +, nystagmus non perçu
- Ex cardiovasculaire normal



Hypothèses diagnostiques

- Devant un syndrome vestibulaire probablement périphérique (pas de signes neuro) brutal, prolongé, avec une hypoacousie unilatérale, sans signes végétatifs associés, otoscopie normale, pas d'éruption dans la zone de ramsey hunt
- Vertiges positionnels paroxystiques bénins
- Neurinome de l'acoustique (rare)
- Nevrite vestibulaire
- Maladie de ménière



CAT

- En 1ere intention: IRM cérébrale (suspicion neurinome de l'acoustique: vertiges+hypoacousie unilat)

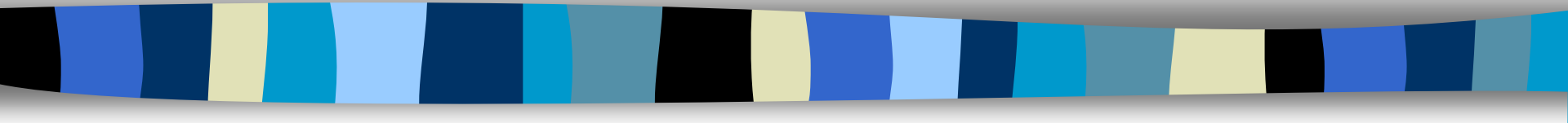
- Normal

En 2eme intention: vestibulographie dans un centre spécialisé

- Résultat en attente

- Si revient normal, on évoquera un VPPB meme si symptomatologie atypique ou une maladie de Ménière.

Vertiges





Définition

- Vertige = dysfonctionnement du système vestibulaire dont l'origine peut être périphérique ou centrale .
- Trouble de la perception de l'espace avec illusion de mouvement, perçu comme externe, « quand je regarde le plafond, c'est lui qui tourne, pas moi ».
- Le sens du mouvement est le plus souvent rotatoire



Physiopathologie

- **Systeme vestibulaire périphérique** (vestibule /dans l'oreille interne):

Canaux semi-circulaires (accélération **rotatoire**)

Sacculle et utricule (accélération **linéaire**)

- **Systeme vestibulaire central** (noyau du VIII / dans tronc cérébral)
 - Dans bulbe et protubérance
 - Faisceaux vestibulo-spinaux et noyaux oculomoteurs (d'où nystagmus)



Interrogatoire

- Terrain: atcd de vertiges +++ (fréquence) / FdR cardio-vasculaires
- Prises: médicament ototoxique / intoxication éthylique +++
- Anamnèse: facteur **déclenchant** (position) / épisode viral récent

Caractériser le vertige

- Type (rotatoire ou linéaire) / **durée** (heure de début) / intensité
- Evolution (paroxystique ou continue) / facteurs déclenchants

Rechercher des signes associés +++:

- végétatifs: nausées / vomissements (en faveur d'une névrite)
- auditifs: hypoacousie / acouphènes (en faveur d'un Ménière)
- neurologiques: céphalées / diplopie / déficit focal (étiologie centrale)



Examen physique

- Doit toujours être bilatéral et comparatif

Nystagmus:

- Mouvement oculaire involontaire avec déviation lente puis retour rapide
- Préciser: direction / type / inhibition ou non par fixation oculaire / intensité (le sens du nystagmus est la *direction* du battement rapide *et* le côté de la lésion est celui du battement lent)

Déviations posturales:

- Déviation des index
- Epreuve de Romberg
 - déviations vers la lésion si syndrome périphérique +++



Examen physique (suite)

Examen neurologique: rechercher une étiologie centrale

- Syndrome alterne: atteinte d'autres nerfs crâniens / Déficit sensitivo moteur
- Syndrome cérébelleux (ataxie, dysarthrie, polygone de sustentation)
- Syndrome d'HTIC: céphalées / diplopie / vomissements
- Auscultation carotidienne: recherche d'un souffle / prise **PA**: HTA (AVC)

Signes vestibulaires provoqués

- Manoeuvre de **Dix-Hallpike**: pour rechercher un VPPB

	vestibulaire périph =Sd harmonieux	vestibulaire central =Sd dysharmonieux
Vertiges	intense / rotatoire	+/- intense / rotatoire ou linéaire
Nystagmus	<ul style="list-style-type: none"> •horizonto-rotatoire •unidirectionnel •inhibé par fixation oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> •horizontal <i>ou</i> vertical <i>ou</i> rotatoire •multidirectionnel •exacerbé par fixation oculaire
Deviation posturale	<ul style="list-style-type: none"> •vers le côté de la lésion •sens opposé au nystagmus •côté battement lent 	variables non latéralisées
Sp végétatifs	++	+
Sp auditifs	+	NON
Sp neurologiques	NON	fréquents



ECP

En urgence

- si syndrome périphérique typique: AUCUN examen nécessaire
- au moindre doute sur lésion centrale: IRM cérébrale en urgence

Au décours: bilan étiologique et du retentissement

- Explorations fonctionnelles auditives
- Audiométrie: tonale et vocale: recherche surdité de transmission/perception
- Impédancemétrie: recherche réflexe stapédien
- +/- Potentiels évoqués auditifs: devant tout vertige avec **surdité de perception**
- Vestibulométrie: (épreuves vestibulaires caloriques + vidéonystagmographie)
- Selon contexte: imagerie cérébrale = IRM (Neurinome du 8/ maladie de méniere)



Etiologies

Vertiges avec syndrome vestibulaire périphérique

- Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)
- Maladie de Ménière
- Névrite vestibulaire (virale)
- Schwannome du 8 =neurinome
- Autres: labyrinthite / médicaments ototoxiques / alcool

Vertiges avec syndrome vestibulaire central

- Wallenberg: infarctus vertébro-basilaire
- AVC hémorragique de la fosse postérieure
- SEP: si atteinte du tronc cérébral
- Tumeurs sous-tentorielles (cervelet et tronc)
- Autres: abcès du TC, intoxication (CO, alcool), malformation, etc.



En pratique

Orientation étiologique +++

- Vertiges paroxystiques court et récidivants = VPPB
- Grand vertige unique et prolongé = névrite vestibulaire
- Vertiges récidivants de quelques heures = maladie de Ménière



Traitements

Tt de la crise vertigineuse

- Hospitalisation si

Station debout impossible ou vomissements incoercibles (névrite ++)

En urgence devant tout signe neurologique associé

- Repos

Repos au lit 24-48h / au calme / dans l'obscurité

- Tt médicamenteux symptomatique (3)

Anti-vertigineux: acétyl-D-leucine (Tanganyl®)

Anti-émétique: métopropramide (Primperan®)

Anxiolytique +++ : diazépam (BZD) (Valium®)

- Rééducation vestibulaire

Le plus précocement possible

Reprise **précoce** de la marche

Tt étiologique spécifique +++