

Etiologie Des vertiges

Dr Djouini

AGENDA

- 1 INTRODUCTION
- 2 BASES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
- 3 PHYSIOPATHOLOGIE
- 4 SEMIOLOGIE
- 5 ETIOLOGIES
- 6 CONCLUSION

1-INTRODUCTION

4 POINTS

Vertige provient du latin « vertere », tourner, ou « vertigo », mouvement tournant

Le vertige : un symptôme, une illusion de mouvement, une impression de rotation et/ou d'ébriété.

Des signes cliniques oculomoteurs, posturaux et neurovégétatifs.

Le diagnostic: l'interrogatoire et l'examen clinique vestibulaire.

un traitement :médicamenteux (antivertigineux, corticoïdes) ou la rééducation vestibulaire, voire à la chirurgie ou à la psychothérapie

IMPORTANT

Il convient en particulier de reconnaître les urgences vitales pour le patient et les urgences vitales pour le labyrinthe.

2-BASES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Organe labyrinthique périphérique

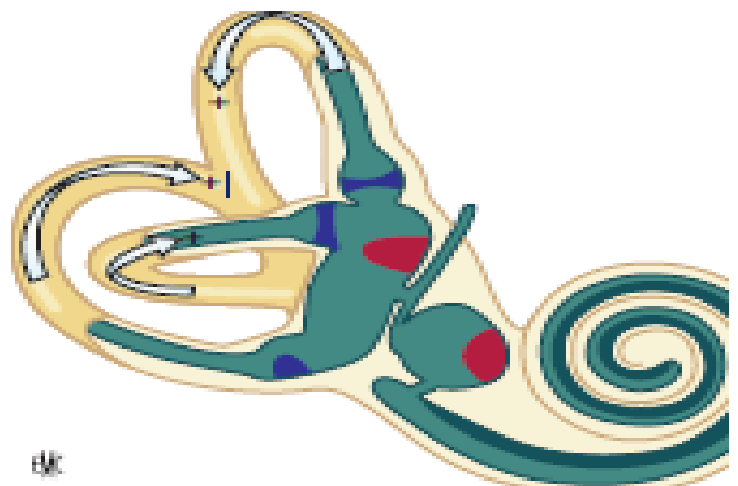
Le labyrinthe postérieur

les 03 canaux semi-circulaires et le vestibule (utricule et saccule).

Accélérateurs linéaires

Utricule et saccule.

Accélérateurs angulaires



Les 03 canaux semi-circulaires

Le système visual et le système proprioceptif

Les lieux d'intégrations:

1-tronc cérébral.

2-le cervelet.

3-Cortex cérébral.

3-PHYSIOPATHOLOGIE

- L'équilibre: fonctionnement harmonieux de 03 systèmes.
- Un de ces système est lésé:
 - ✓ équilibre compromise.
 - ✓ vertige.
 - ✓ nystagmus.
 - ✓ déplacement anormal du corps.

4-SEMILOGIE

1-Interrogatoire

- le moment capital.
- Il inclut nécessairement certaines questions dont les réponses sont indispensables.

Que vous arrive-t-il ?

Quelle est la durée de votre vertige ?

Avez-vous remarqué des signes d'accompagnement ?

Que vous arrive-t-il ?

S'agit-il bien d'un vertige ?

Sommes-nous bien d'accord sur les mots ?

Est-ce que ca tourne vraiment ?

Est-ce la pièce qui tourne ou vous ?

Est-ce plutôt un manque de stabilité ?

Avez-vous réellement des pertes d'équilibre, ou est-ce seulement une sensation d'instabilité?

Avez-vous peur de tomber ? ».

Quelle est la durée de votre vertige ?

En secondes, minutes, heures, jours ?

Est-ce la première fois de votre vie ?

S'agit-il d'un vertige unique ou d'un vertige qui se répète?

Du même type ou non ?

Quelle est la date du début des troubles ?

Existe-t-il des circonstances déclenchantes ?

Des positions particulières de la tête ou du corps ?

Y a-t-il des moments ou des endroits particuliers : dedans ou dehors, au lit, en vous relevant, en voiture, sur l'autoroute ? ... »

Il faut également s'enquérir de la prise éventuelle de médicaments: (antihypertenseurs, anxiolytiques, neuroleptiques).

Avez-vous remarqué des signes d'accompagnement ?

Des acouphènes, une hypoacousie ou encore une sensation d'oreille pleine ?

Des céphalées ? Des vomissements ou nausées (qui indiquent avant tout l'intensité des vertiges) ?

Une tachycardie, des sueurs, des troubles visuels ou des tremblements ?

Une douleur cervicale aiguë et récente ?

2-Examen clinique

Quelques instruments et une douzaine de gestes

Un divan d'examen

Un otoscope

Un diapason

Lunettes de frenzel

A-Examen systématique de débrouillage

Otoscopie

Le premier geste consiste à vérifier les conduits auditifs et les deux tympans.

Acoumétrie

- Avec un diapason de 500 Hz, on teste l'audition.
- Normalement, on entend moins bien par voie osseuse que par voie aérienne (tympan et osselets).
- Si le patient entend mieux par conduction osseuse, c'est que la surdité est localisée dans l'oreille moyenne.
- Le son peut être latéralisé dans une oreille : dans la meilleure oreille en cas de surdité de perception et d'atteinte de la cochlée ou du nerf, dans l'oreille la plus sourde en cas de surdité de transmission.

B-Recherche d'un VPPB:Manœuvre de Hallpike.

Latence: 1à 2 seconde.

Durée: 10à 20 seconde.

Le retour à la position normale: nystagmus rotatoire dont le sens s'inverse.

le sujet est assis au milieu du divan d'examen, jambes pendantes. Une main sur une nuque du patient, l'autre accrochant son bras, le praticien couche le patient en décubitus latéral, tête tournée de 30° par rapport à l'horizontale.

C-Déficit vestibulaire: la fonction vestibulospinale. 4 STEPS

1 Test de Romberg.

2 Test de la marche aveugle.

3 test de Fukuda.

4 Réactions posturales à la poussée brève.

test de Fukuda.

On demande au sujet de piétiner sur place au rythme d'un pas par seconde, en levant le genou d'environ 45° et en maintenant les bras tendus en avant.

Recherche des nystagmus.

Involontaire et rythmé

Synchrone des 02 yeux,

02 phases:lente et rapide

On peut observer tous les axes

le sens de la secousse rapide définit le sens du nystagmus

Un nystagmus spontané

on observe les yeux dans un regard centré, puis dans un regard excentré latéralement de 20° à 30° (on évite toujours de faire excentrer le regard au-delà de 40°, car apparaît alors un nystagmus physiologique de rappel).

Un nystagmus provoqué

- 02 manœuvres:

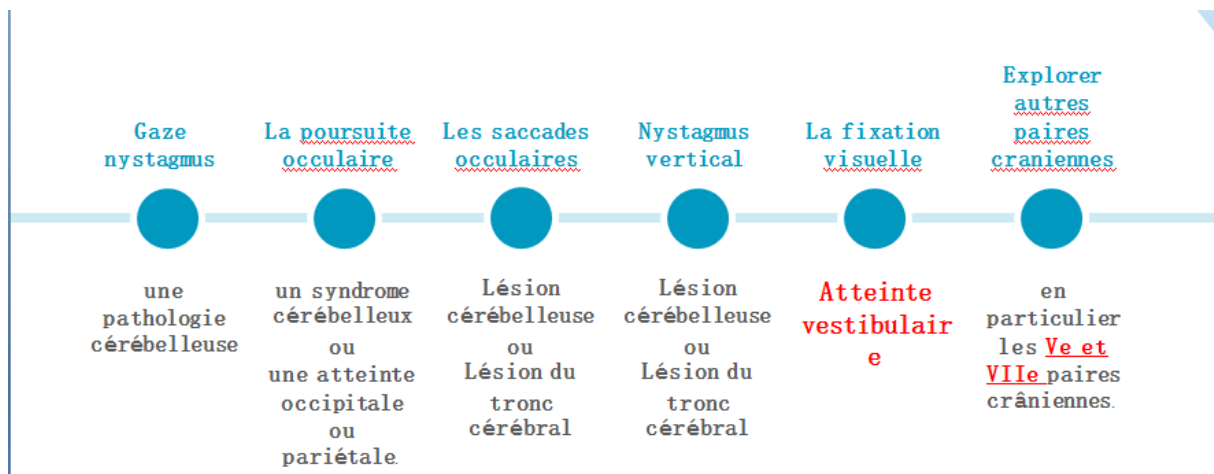
Head shaking nystagmus

Cette manœuvre est effectuée en secouant rapidement la tête du sujet dans le plan horizontal, puis nous lui demandons de regarder droit devant une large surface unie. Si, dans ces conditions, apparaît un petit nystagmus, il peut traduire une pathologie vestibulaire récente

Test d’Halmagyi.

un mouvement alterné de la tête dans le plan horizontal, imprimé de façon brutale déclenchent quelques saccades de rattrapage dont la direction est contralatérale au déficit.

D-Recherche de signes en faveur d’une atteinte centrale



Signes et symptômes d’un syndrome vestibulaire périphérique ou central

Signes et symptômes	Syndrome vestibulaire périphérique	Syndrome vestibulaire central
Nystagmus	Horizontorotatoire, unidirectionnel Inhibé par la fixation	Vertical, horizontal, multidirectionnel Non inhibé par la fixation
Signes d’accompagnement	Végétatifs Cochléaires Syndrome harmonieux	Végétatifs Neurologiques Syndrome non harmonieux

3-examens complémentaires:

COMPOSANTE COCHLEAIRE

Audiométrie tonale : mesure du seuil auditif en conduction aérienne et osseuse).

Audiométrie vocale : mesure de la compréhension du patient en lui faisant répéter des listes de mots disyllabiques ou monosyllabiques.

Impédancemétrie : mesure de la compliance du tympan et du réflexe stapédien.

PEA : La confirmation du caractère endocochléaire (atteinte de l'oreille interne) ou rétrocochléaire (atteinte des voies centrales) d'une surdité de perception.

OREILLE DROITE (grand).

OREILLE GAUCHE (petit).

COMPOSANTE vestibulaire

Vidéonystagmogra- phie :caméras vidéo infrarouges miniaturisées enregistre les nystagmus spontanés et les nystagmus provoqués.

Epreuve calorique : C'est l'épreuve-clé de l'examen vestibulaire.

Epreuve rotatoire pendulaire :Etudie le nystagmus pendant les rotations alternées du corps entier du patient assis sur un fauteuil.

Verticale visuelle subjective (VVS) :Ce test évalue la fonction otolithique jusqu'au cortex.

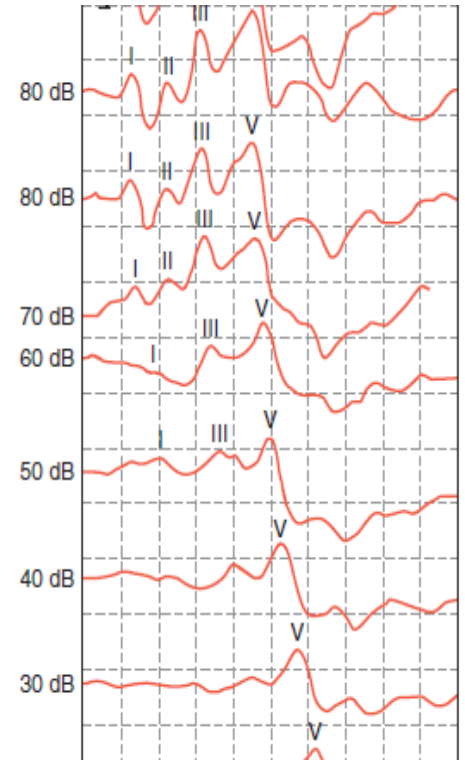
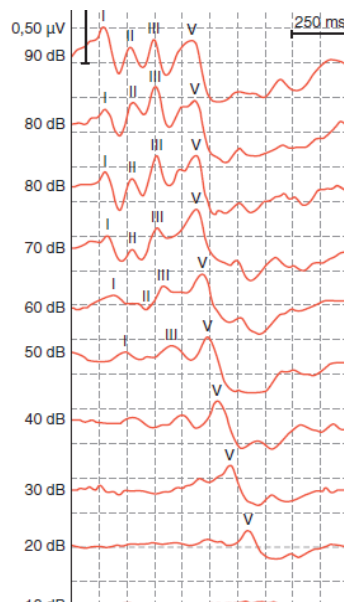
Epreuve calorique

précaution

l'intégrité tympanique

méthode

- Le patient est allongé.
- Tronc relevé de 30°.
- On étudie un seul vestibule à la fois

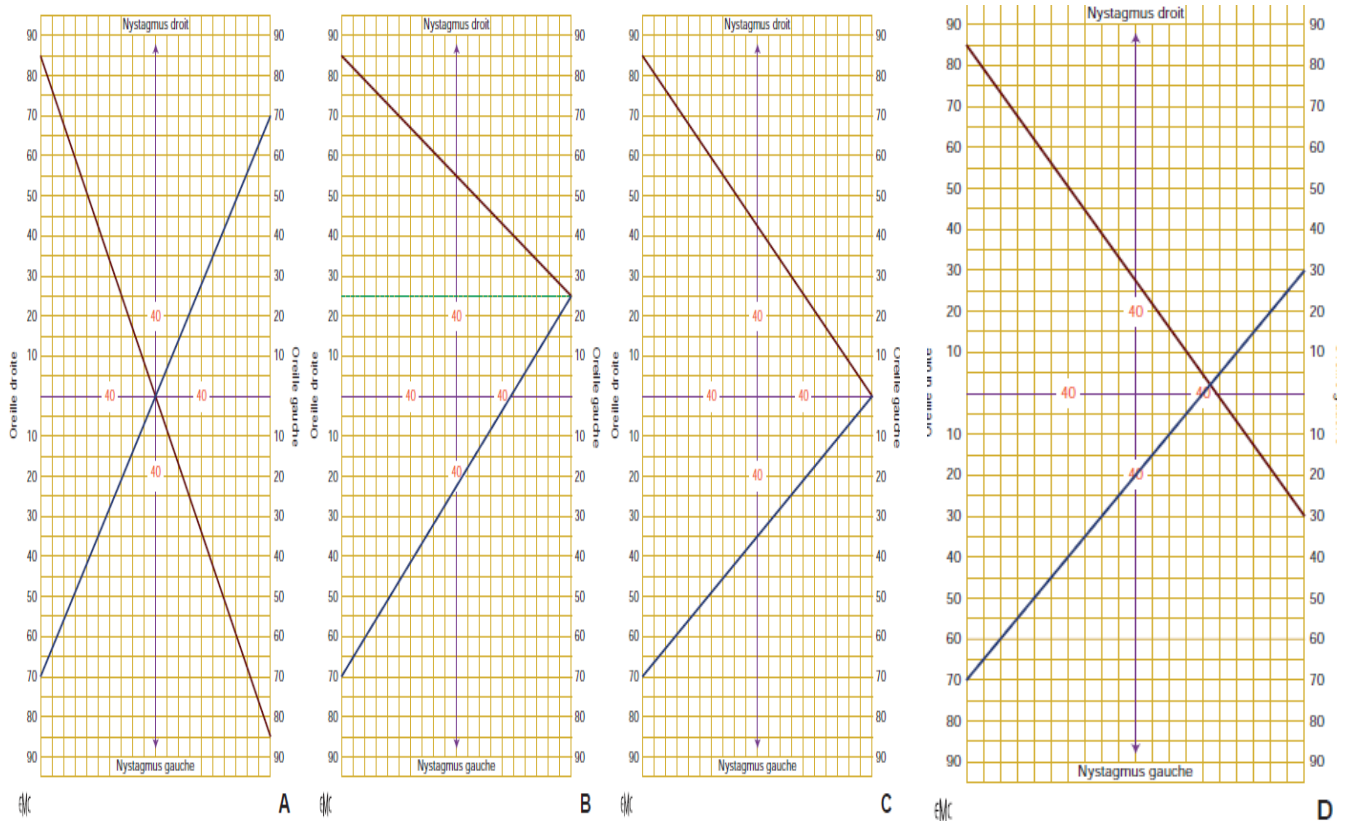


-Irrigation du conduit auditif externe par de l'eau dont la température est supérieure (44 °C) ou inférieure (30 °C)

résultats

-l'irrigation chaude est excitatrice et provoque un nystagmus battant du côté de l'oreille.

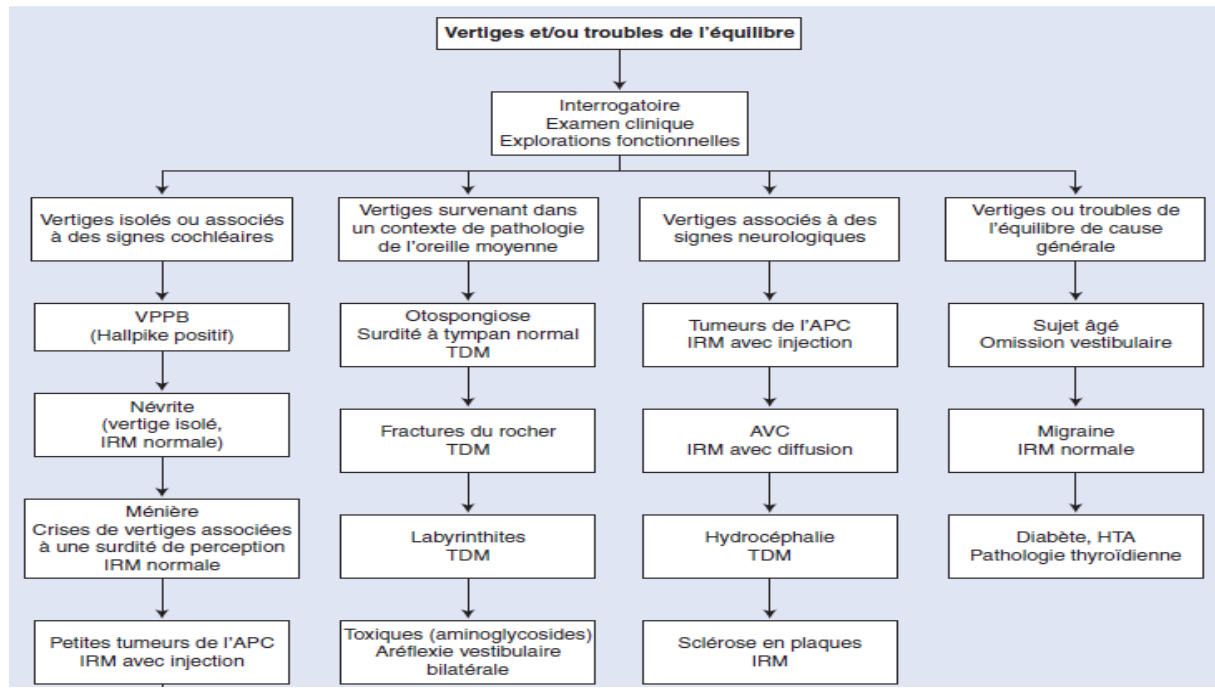
-l'irrigation froide est inhibitrice et provoque un nystagmus battant du côté opposé à l'oreille stimulée.



4-Etiologies

Tableau 2.	
Orientation diagnostique en fonction de la durée du vertige.	
En secondes	VPPB
En minutes à heures	Équivalents migraineux, hydrops
En jours	Déficit vestibulaire brusque (névrite, labyrinthite)

VPPB : vertige positionnel paroxystique bénin.



A-Vertiges isolés ou associés à des signes cochléaires.

Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

- C'est l'une des premières causes de vertige.
- Façon stéréotypée.
- Il peut être accompagné de nausées, voire de vomissements.
- Il n'y a jamais de signes cochléaires.
- L'interrogatoire est caractéristique et l'examen clinique est normal, ainsi que les explorations fonctionnelles.
- la manœuvre de Dix et Hallpike est positive.
- Traitement: *manœuvre libératoire (Sémont ou Epley)*

Névrite vestibulaire

- le plus souvent d'origine virale.
- un vertige rotatoire sévère, isolé, sans signe auditif ni neurologique, mais est accompagné de signes neurovégétatifs.
- l'examen: nystagmus spontané

battant du côté opposé à sa lésion.

- l'examen calorique confirme le diagnostic, qui révèle une aréflexie ou une hyporéflexie vestibulaire unilatérale.

- IRM en urgence: éliminer un infarctus cérébelleux ou un syndrome de Wallenberg.
- Le patient est hospitalisé: anti vertigineux par voie veineuse, levée précoce, séances de rééducation vestibulaire.

Maladie de ménière

- c'est une maladie rare:10 % des patients consultant pour vertige.
- une triade comprenant: une surdité, acouphènes et/ou sensation d'oreille pleine associée à des vertiges vrais durant plusieurs heures.
- l'évolution: la surdité s'aggrave les acouphènes permanents, atteinte de l'autre oreille.
- Une IRM: éliminer un processus expansif de l'angle pontocérébelleux.
- Le traitement: (antivertigineux, régime, peu salé, rééducation vestibulaire).
- Si la maladie invalidante: la Gentamycine® en intratympanique, la neurotomie vestibulaire.

tumeurs de l'angle pontocérébelleux

Schwannomes vestibulaires:

- Une surdité de perception rétrocochléaires.
- Des troubles de l'équilibre plutôt qu'à des vertiges.
- Le diagnostic est confirmé par l'IRM avec injection.

B-Vertiges survenant dans un contexte de pathologie de l'oreille moyenne

Otospongiose

- Une maladie génétique.
- Une surdité de transmission à tympan normal.
- Elle peut s'accompagner de troubles de l'équilibre et d'acouphènes, rarement de vertiges vrais.
- Le diagnostic est confirmé par un scanner.
- Le traitement est chirurgical.

Fracture du rocher

- Atteinte cochléaire, une atteinte vestibulaire associées à PF.
- Les fractures longitudinales: atteinte de l'oreille moyenne et une paralysie faciale alors que l'oreille interne est rarement atteinte.

- Les fractures transversales touchent le plus souvent l'oreille interne et s'accompagnent d'une PF.
- La TDM des rochers: montre la fracture.
- Le traitement est symptomatique, sauf pour l'atteinte faciale qui peut nécessiter une intervention chirurgicale.

Labyrinthites

- Elles surviennent au cours d'une otite aiguë ou d'une otite chronique, le plus souvent cholestéatomateuse.
- Les labyrinthites peuvent donner des vertiges et/ou des troubles de l'équilibre.. Elles imposent: une TDM des rochers et un traitement médical urgent.
- Le traitement du cholestéatome est chirurgical.

Toxiques (aminoglycosides)

Les aminoglycosides, mais aussi certaines chimiothérapies, sont à l'origine d'une aréflexie vestibulaire bilatérale dont le seul traitement est la rééducation vestibulaire.

C-Vertiges associés à des signes neurologique

Accidents vasculaires cérébraux

- peuvent commencer par un vertige et/ou un trouble de l'équilibre.
- Dans les premières heures: l'IRM peut faire le diagnostic ; le TDM est inutile.

IMPORTANT

Devant un vertige positionnel survenu dans un contexte d'effort, associé à une douleur cervicale unilatérale et dont les caractéristiques ne sont pas exactement celles d'un VPPB, il faut avant tout éliminer la dissection de l'artère vertébrale, ce d'autant qu'il s'agit d'une femme jeune.

Tumeurs de l'angle pontocérébelleux

- Schwannomes vestibulaires stade III et IV: l'atteinte cochléovestibulaire rétrocochléaire, une atteinte du V ou des signes cérébelleux.
- Le diagnostic est confirmé par l'IRM avec injection.

Sclérose en plaques

- Elle peut débuter par un trouble de l'équilibre, rarement par un vertige.
- Le syndrome vestibulaire est souvent dysharmonieux.
- L'IRM contribue au diagnostic.

Hydrocéphalie

- Une cause fréquente de troubles de l'équilibre de la personne âgée.
- Il faut y penser, surtout en cas de troubles cognitifs.
- La TDM cérébrale sans injection est une aide précieuse au dgc.

D-Vertiges ou troubles de l'équilibre de cause générale

Migraine

- Les migraines avec « aura »: peuvent s'associer à des troubles de l'équilibre et/ou à des vertiges de position.
- l'aura ne comporte que des vertiges: dgc d'élimination

Causes métaboliques

Les causes métaboliques: le diabète, les dysfonctionnements thyroïdien ou HTA peuvent donner des troubles de l'équilibre, plus rarement des vertiges.

Vertiges du sujet âgé

- l'« omission vestibulaire »: Il ne se sert plus de ses informations vestibulaires, qui sont normales.
- Le traitement reste la rééducation vestibulaire.

6-conclusion

