

un fil rouge

POUR NE PLUS SE PERDRE DANS LE LABYRINTHE

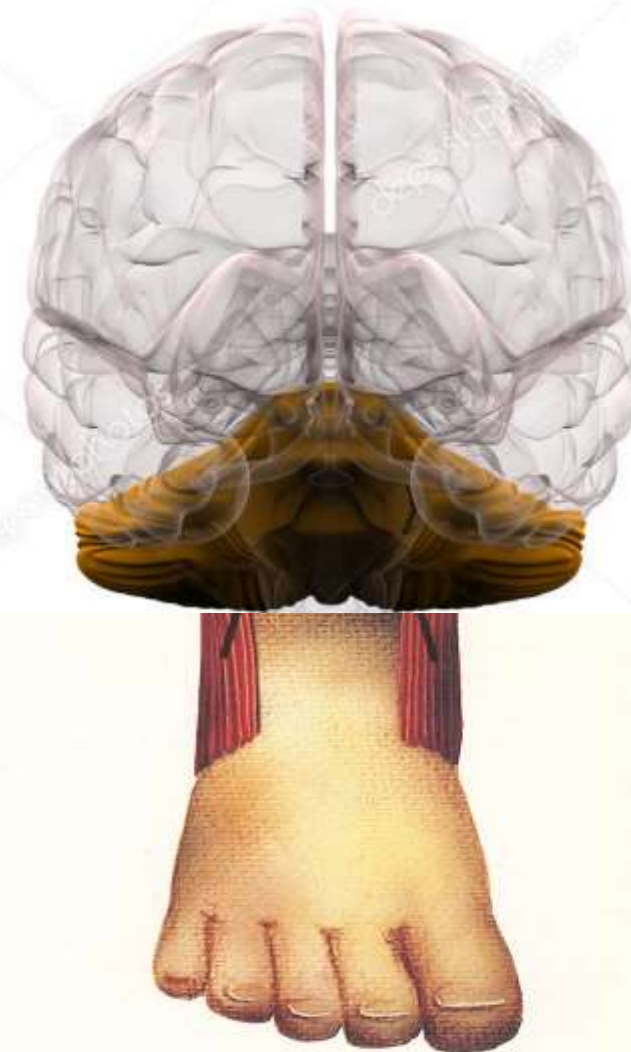
"Il n'importe pas seulement que l'on voit la chose,
mais comment on la voit".

Michel de Montaigne (1533-1592)

Les récepteurs visuels
permettent la perception de
l'environnement en mouvement
par rapport à la tête.

70% **Les récepteurs labyrinthiques**
permettent la perception de la tête en
mouvement dans l'espace.

Les récepteurs musculaires
cervicaux permettent la perception
d'un déplacement de la tête par
rapport au tronc.



30% **Les informations sensorielles de même signification convergent sur les mêmes structures anatomiques des noyaux vestibulaires et du cervelet.**



- 1 S'agit-il bien d'un vertige?
- 2 Combien de temps,
Combien de fois?

VERTIGE ROTATOIRE

de durée brève:
moins d'une minute
souvent récurrent
& positionnel...

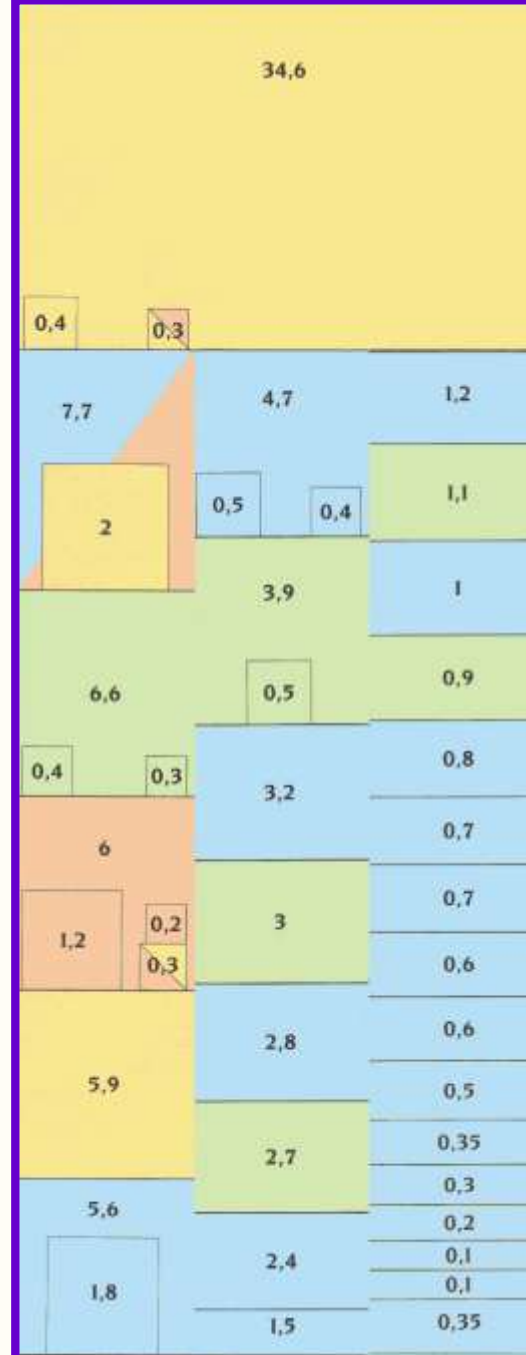
d'une durée moyenne:
entre 5 minutes
et 5 heures,
& souvent récurrent...

de plus longue durée:
...plus de 5 h
& rarement récurrent.

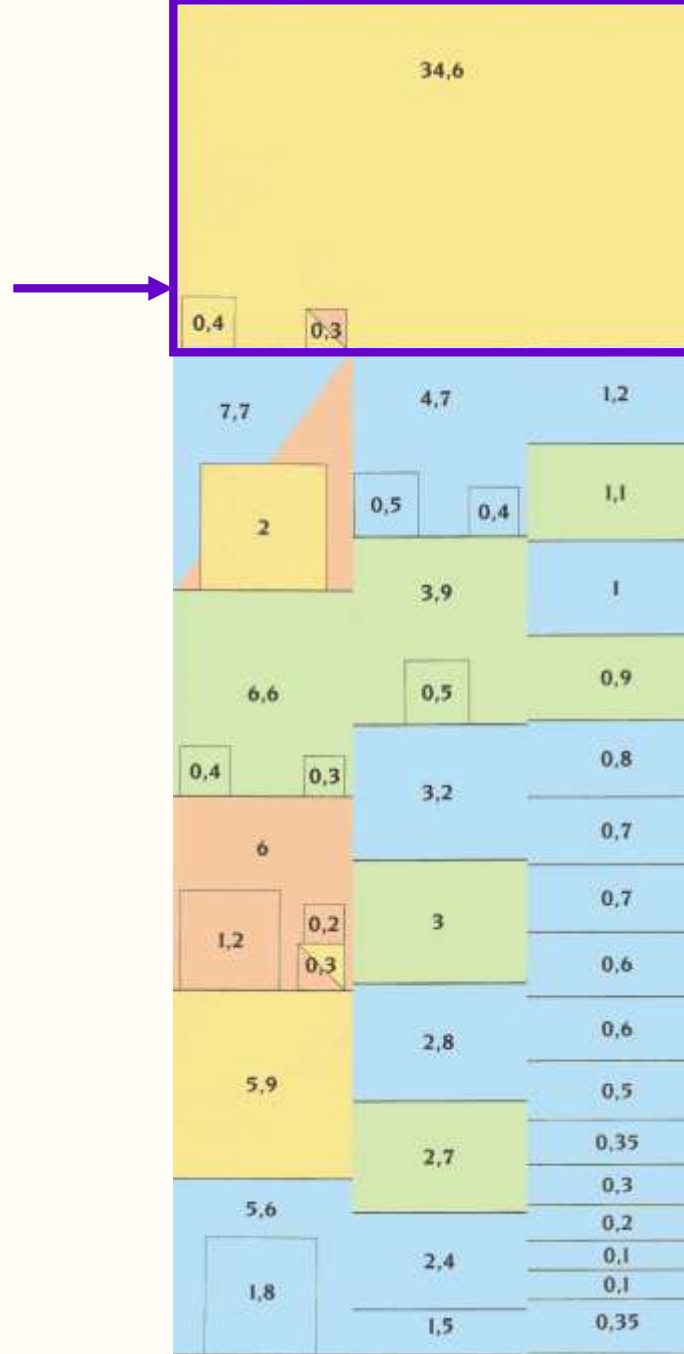
3 Que cherche-t-on?

100% des diagnostics

Parmi 6000 patients
vus en 2 ans:
85% ont un diagnostic,
10% sont normaux et
5% sont inclassables.

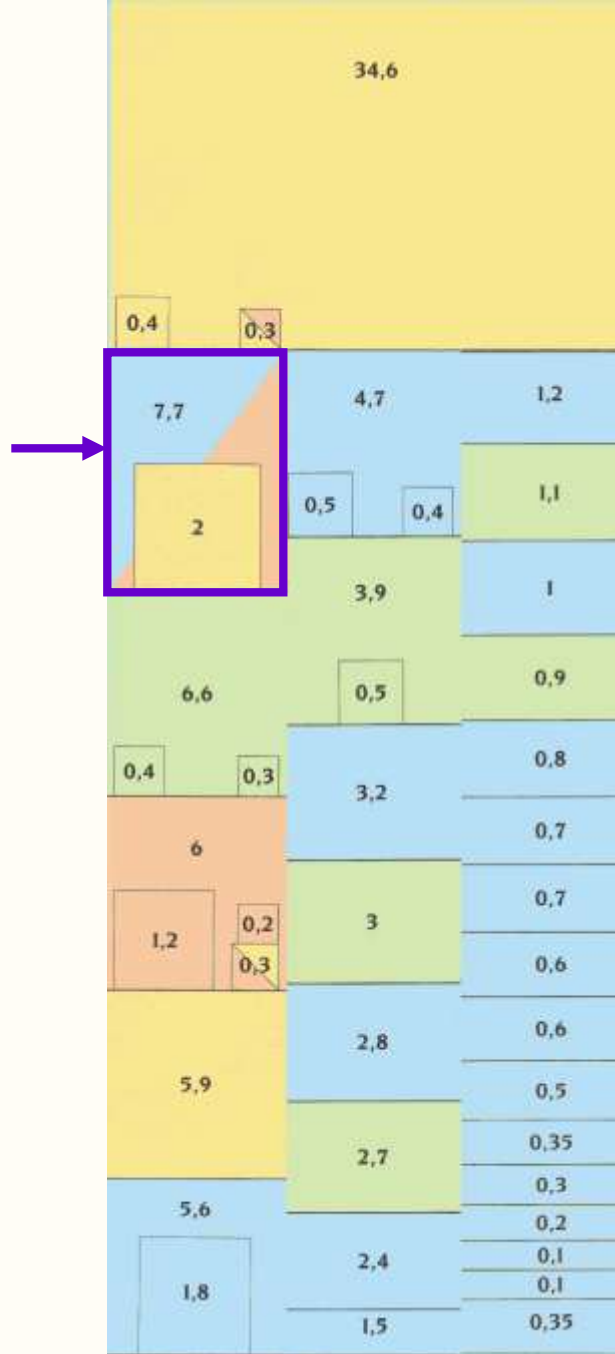


Vertige Positionnel
 Paroxystique Bénin
 34.6% des patients
 vertigineux



Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6% des patients
vertigineux

origine Centrale 7 %



Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6% des patients
vertigineux

origine Centrale 7 %

Maladie de Menière 6.6%

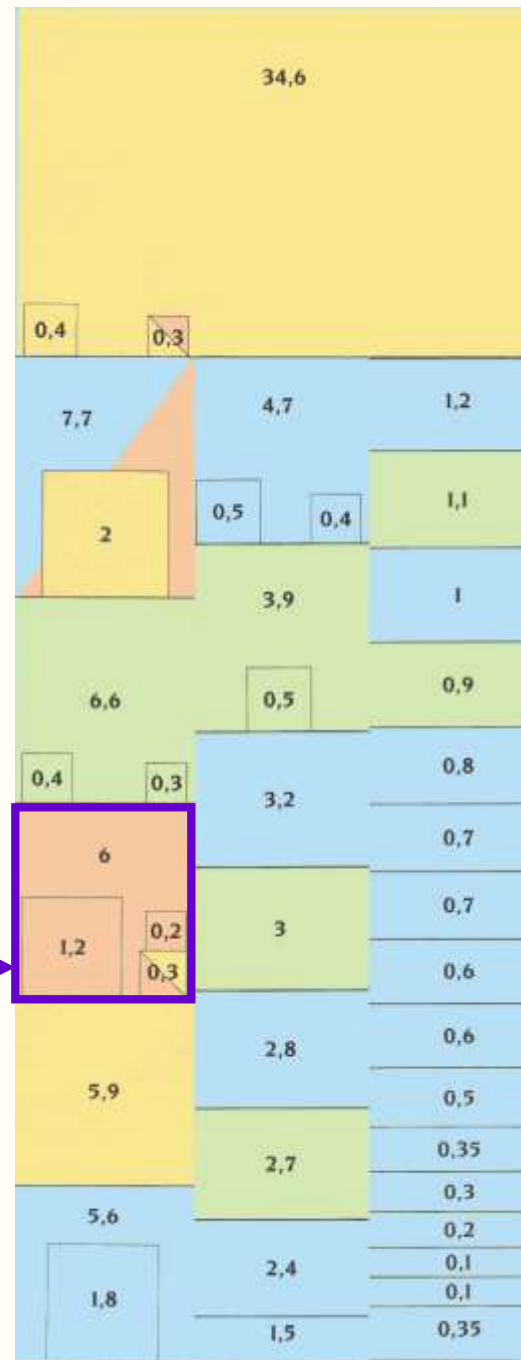


Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6% des patients
vertigineux

origine Centrale 7 %

Maladie de Menière 6.6%

Névrite Vestibulaire 6%



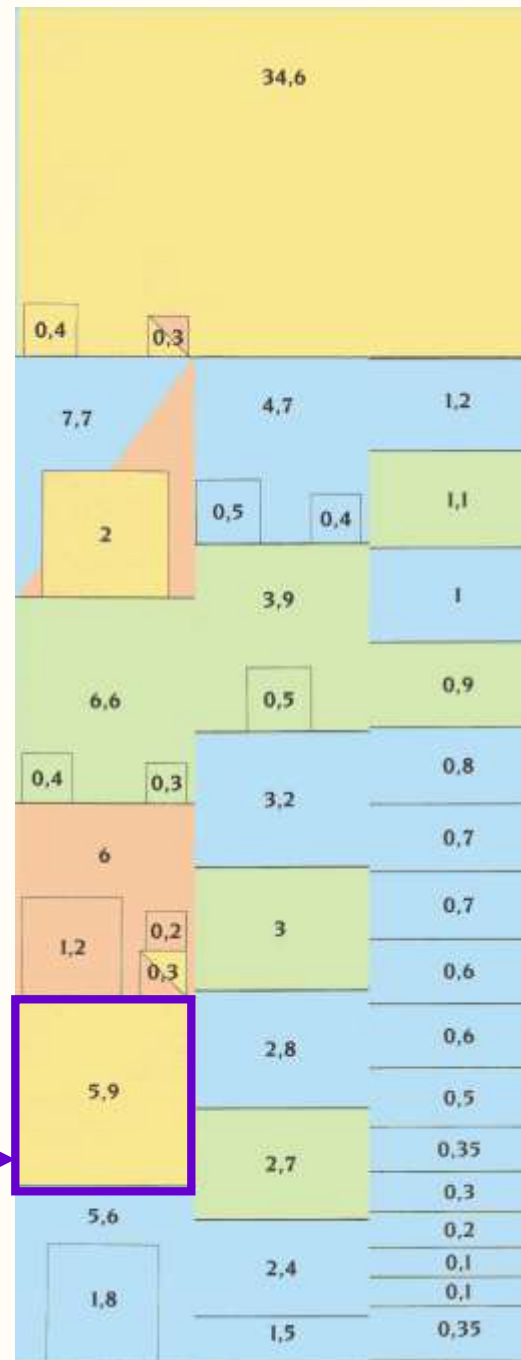
Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6% des patients
vertigineux

origine Centrale 7 %

Maladie de Menière 6.6%

Névrite Vestibulaire 6%

Hypotension Orthostatique
5.9%



Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6%

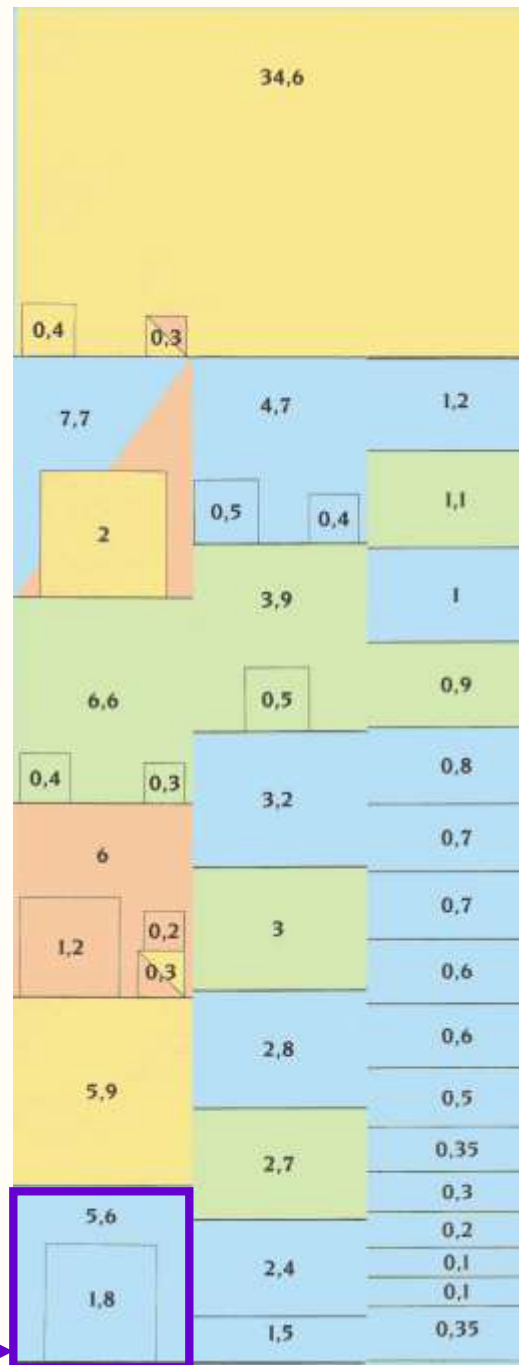
origine Centrale 7 %

Maladie de Menière 6.6%

Névrite Vestibulaire 6%

Hypotension Orthostatique
5.9%

Syndrome Postural Phobique
5.6%



Vertige Positionnel
Paroxystique Bénin
34.6%

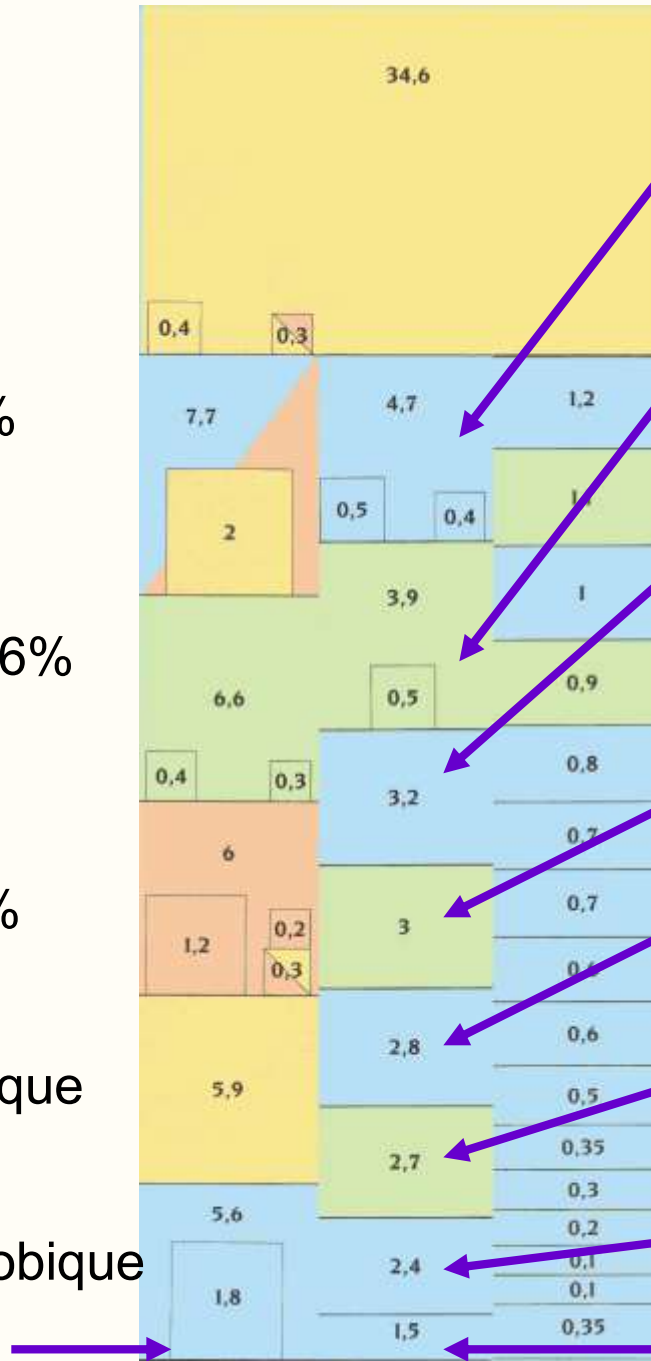
origine Centrale 7 %

Maladie de Menière 6.6%

Névrite Vestibulaire 6%

Hypotension Orthostatique
5.9%

Syndrome Postural Phobique
5.6%



Fear of
acoustic neuroma 4.7%

Vertigo and chronic
otitis 3.9%

Vertigo and Trauma
(without VPPB) 3.2%

Vertigo and Migrain
3%

Vertigo and proprioceptiv
troubles 2.8%

Recurrent Vestibulopathy
2.7%

Autosomal syncop
lipothimy 2.4%

Acrophobia Agoraphobia
1.5%

Oculomotor troubles and vertigo 1.2%

Otosclerosis 1.1%

Somatoform 1%

Delayed vertigo 0.9%

Otolithic syndrom 0.8%

Simulators 0.7%

Drugs intoxication 0.7%

High Blood Pressure 0.6%

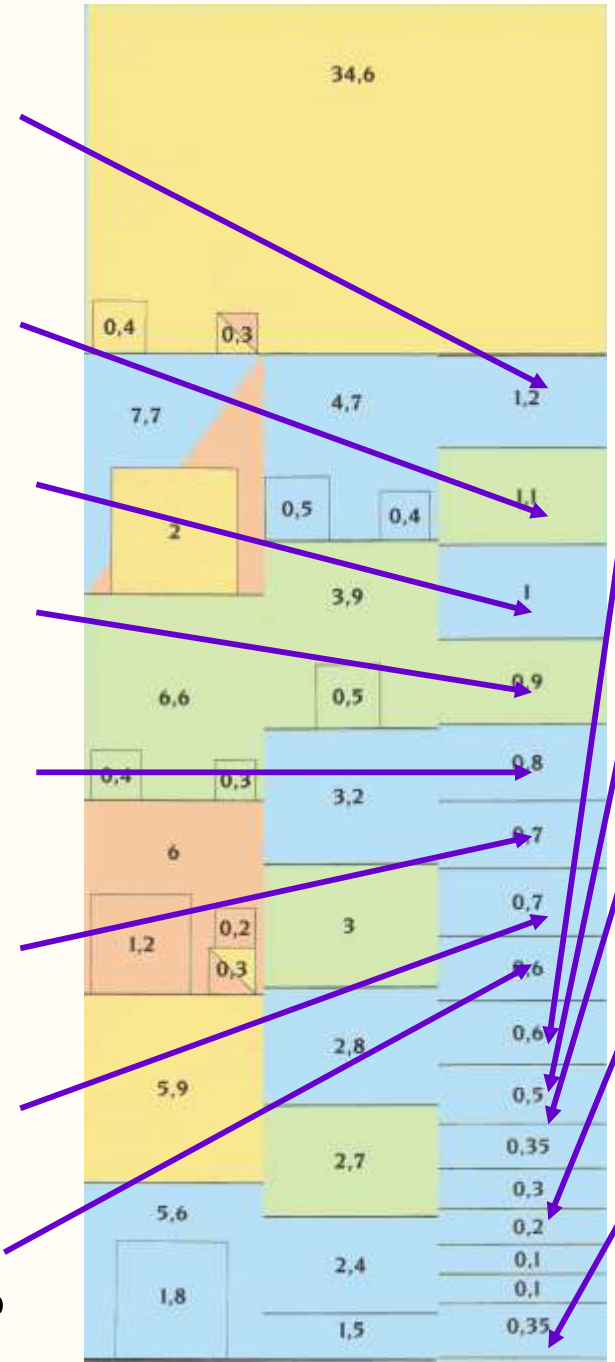
Cholesteatoma 0.6%

Vertigo in paramenstrum 0.5%

Vertigo and diving 0.3%

Fistulae 0.2%

Tullio Phenomenon 0.05% et déhiscence du canal sup



IL PEUT S'AGIR DE VERTIGES DÉCLENCHÉS EXCLUSIVEMENT PAR LES CHANGEMENTS DE POSITION

4- Uniquement en se levant?

1/ Le premier diagnostic à évoquer est celui d'une **hypotension orthostatique**

C'est souvent une jeune femme mince, qui se plaint de malaise avec déséquilibre en se relevant d'une position basse. Son trouble s'accompagne parfois de phosphènes et de dysesthésies.

La T.A. en décubitus n'atteint pas 100 mm/Hg pour la systolique. Elle chute lors du passage rapide en orthostatisme à 80 mm/Hg et s'accompagne de vertige, sans nystagmus observable. Les autres examens sont tout à fait normaux.

5- Aussi, au lit, en se retournant?

2/ Le plus fréquent des vertiges vestibulaires est **le vertige paroxystique bénin**

Il s'agit d'un patient, souvent âgé, qui se réveille la nuit avec **un vertige intense mais bref**. Quand il se relève de son lit apparaît une autre bouffée de vertige pendant 10 à 20 secondes.

Il se rend compte rapidement que le vertige apparaît quand il se tourne latéralement dans son lit, d'un côté et non de l'autre. S'il ne bouge pas, tout disparaît.

Il n'a aucun signe d'accompagnement (céphalées, hypoacousie, acouphènes, cervicalgies).

de durée brève:

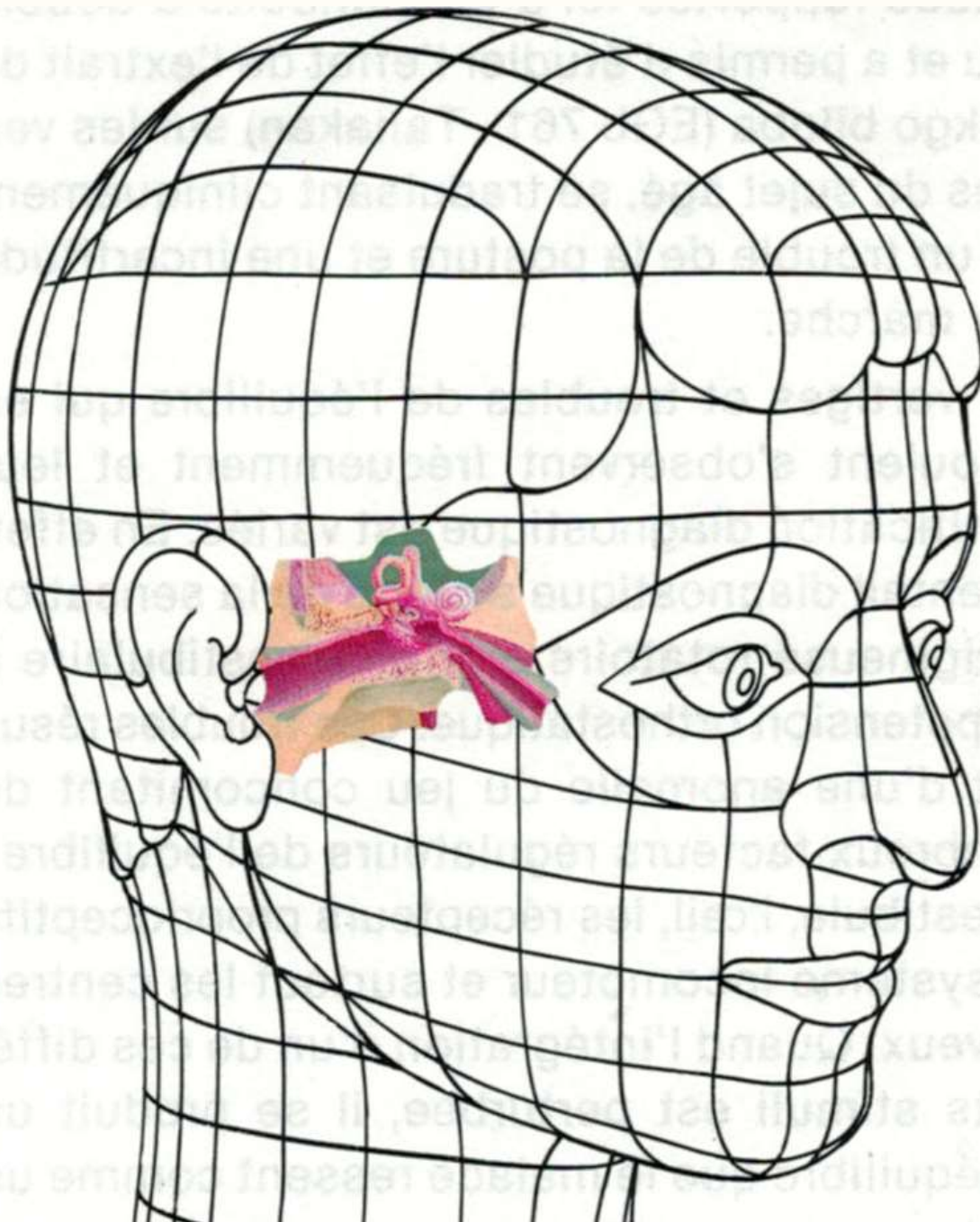
**Moins d'une minute
souvent récurrent
& positionnel...**

3/ Bien rarement, le vertige positionnel traduit **une insuffisance vertébro-basilaire** par compression artérielle dans le canal vertébral transverse.

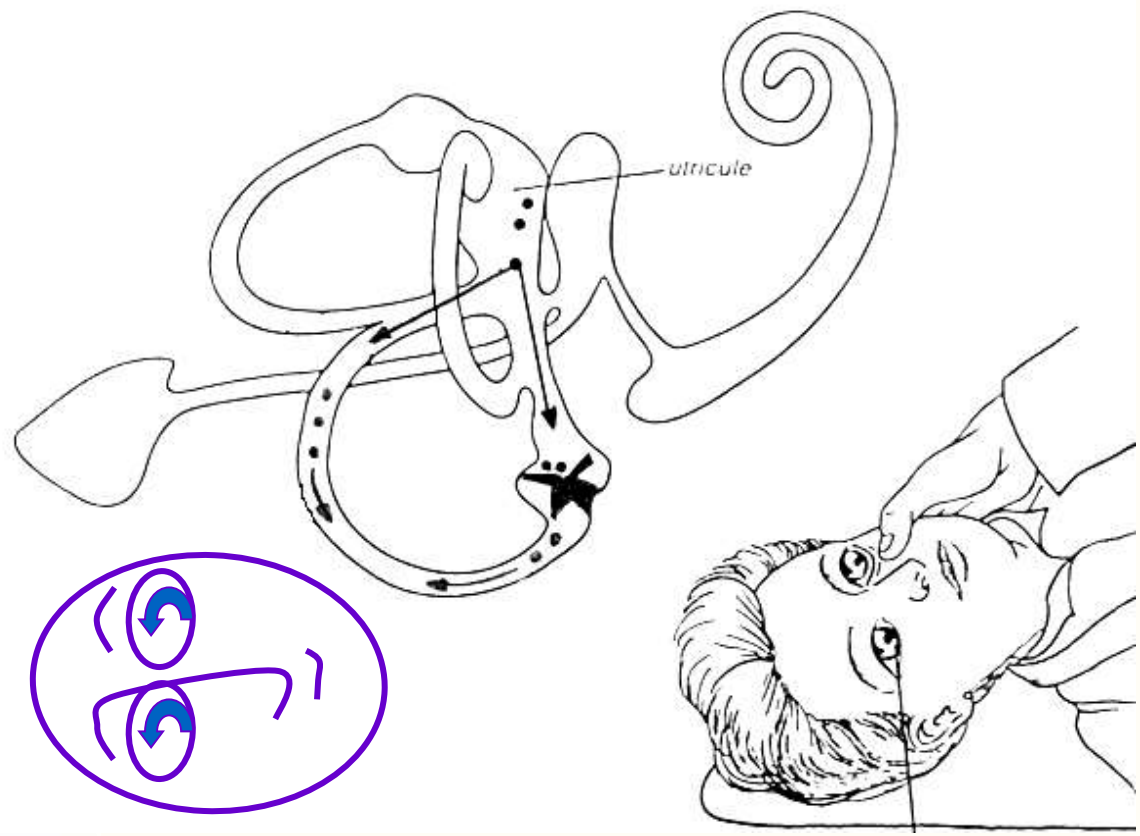
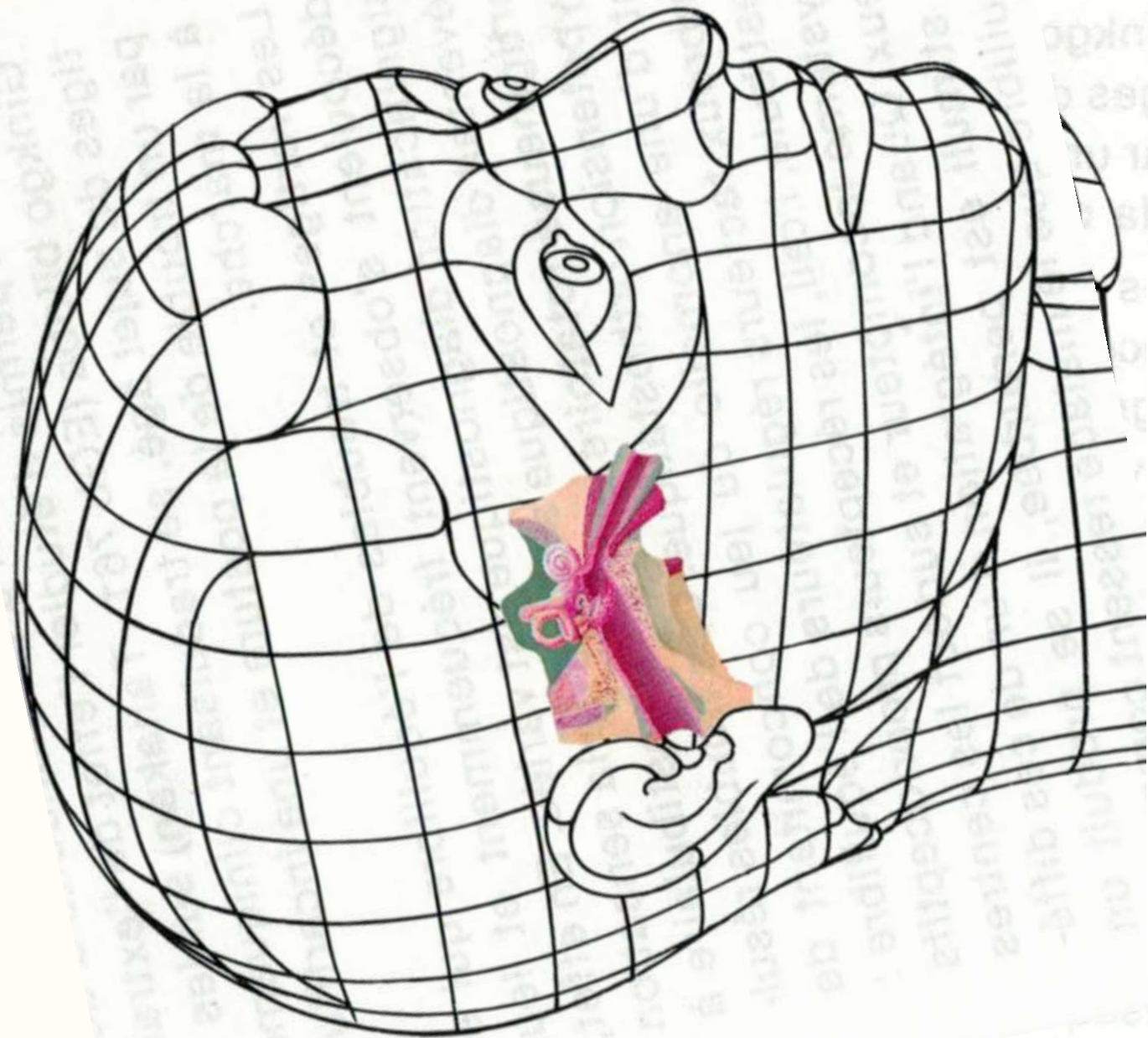
On y croit plus

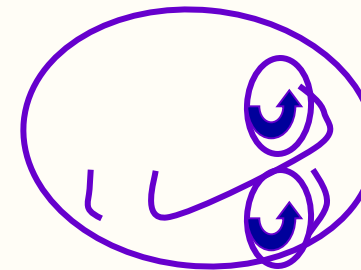
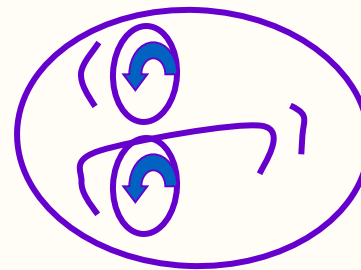
4/ Rarement encore, le vertige positionnel est la conséquence d'une **contracture musculaire cervicale**.

On y croit plus



« Il n'y a pas plus périphérique
que le Vertige Positionnel Paroxystique Bénin »...
Et c'est aussi l'un des vertiges le plus pédagogique.



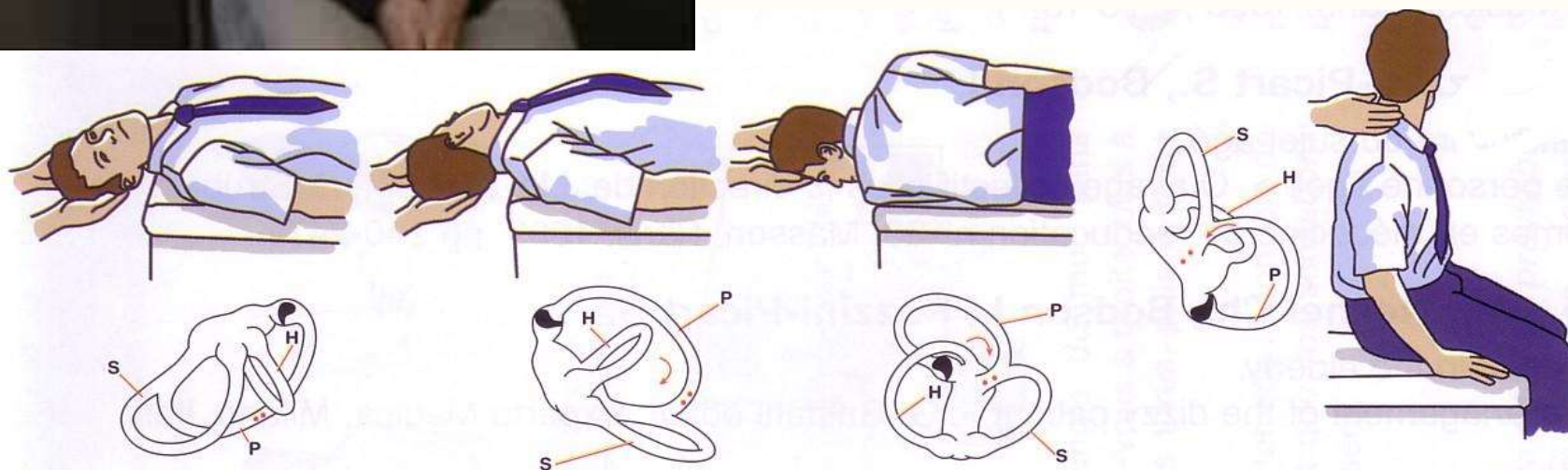


Epley JM

Particle repositioning

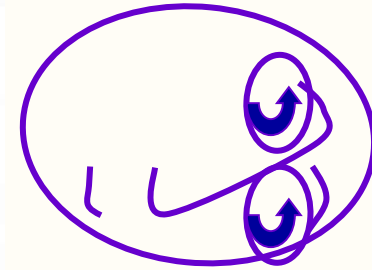
for benign paroxysmal positional vertigo.

Otolaryngol Clin North Am 1996 Apr;29(2):323-31



Traitement du Vertige Positionnel Paroxystique Bénin Droit

Savoir attendre 5 minutes, nez en bas, coté opposé...



Traitement du Vertige Positionnel Paroxystique Bénin Droit

**IL S'AGIT DE GRANDES CRISES
DE VERTIGES ACCOMPAGNÉES
SIMULTANÉMENT
D'HYPOACOUSIE ET/OU
D'ACOUPHÈNES UNILATÉRAUX**

**d'une durée moyenne:
entre 5 minutes
et 5 heures,
& souvent récurrent...**

Il va donc avoir ce qu'il appelle, une "crise de foie" comme à chaque fois que cette situation se reproduit.

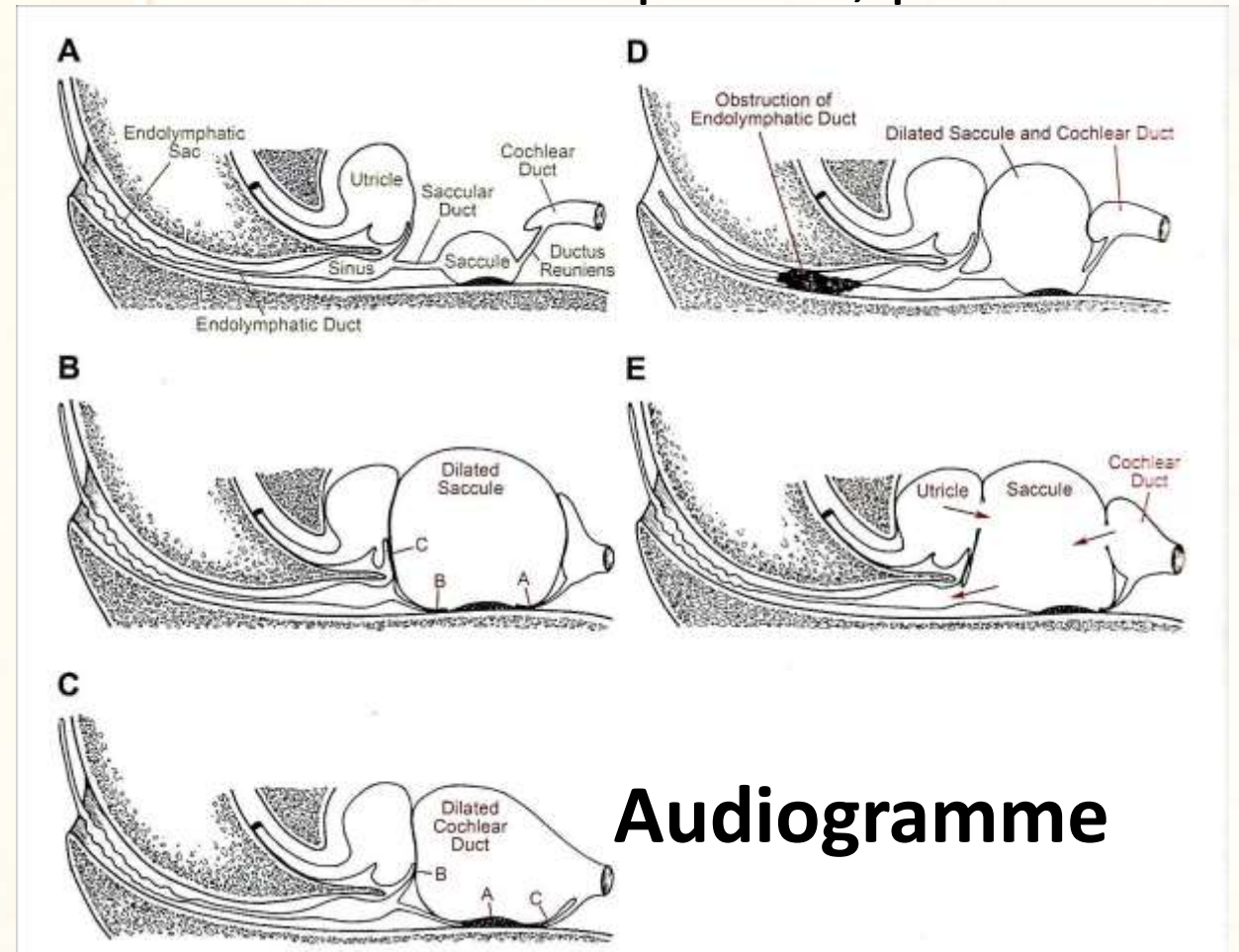
Cette souffrance se traduit par la triade habituelle :

- un **acouphène** de tonalité grave accompagné d'une **sensation de plénitude d'oreille**,
- d'une **hypocousie** du même côté,
- rapidement suivis d'un **vertige rotatoire** qui lui impose d'aller s'isoler dans l'obscurité et le silence.

La crise peut durer de plus d'un quart d'heure à plusieurs heures. L'hypocousie régresse en règle après les premières crises.

Le substratum anatomique est une perturbation des liquides labyrinthiques.

6- Pendant les vertiges, surdité unilatérale, acouphènes, plénitude?



C'EST UN GRAND VERTIGE, UNIQUE, DURABLE, TRÈS INTENSE QUI DIMINUE AU FIL DES JOURS

0,5%

1/ Le premier diagnostic évident est celui d'un traumatisme crânien avec fracture du rocher

- C'est typiquement l'histoire de l'accident de moto. Son pilote se relève, "sonné", en proie à de grands vertiges et vomissements qui font craindre un hématome cérébral. La présence d'une otorragie, d'une paralysie faciale, et d'une cophose, le tout du même côté, confirme le diagnostic de fracture du rocher

- Plus souvent le grand vertige est seulement accompagné d'une cophose.

- Dans les deux cas l'examen vestibulaire calorique effectué par l'ORL montre le déficit vestibulaire.

de plus longue durée:
...plus de 5 h
& rarement récurrent.

7%

2/ Moins connu, et tout aussi significatif est le tableau de la névrite vestibulaire virale

- Typiquement mais rarement, il s'agit d'un zona avec éruption caractéristique dans le conduit auditif externe, paralysie faciale, hypo-acousie et grand vertige.

- Plus fréquemment il s'agit d'un grand vertige isolé

C'est l'histoire d'un patient qui se plaint d'un vertige rapidement croissant ; en quelques heures il doit s'aliter en proie à des vomissements. L'interrogatoire écarte tout contexte traumatique, ou vasculotensionnel. On retrouve souvent la notion d'un épisode viral survenu les jours précédents et une raideur de la nuque.

L'examen constate un intense nystagmus spontané qui ne change pas de sens quelle que soit la direction du regard.

L'ORL pratique une épreuve calorique qui affirme le déficit, et l'électro-nystagmographie élimine les signes d'atteinte centrale.

0,5%

3/ Un tel tableau peut aussi traduire un accident vasculaire ischémique du tronc cérébral ou du cervelet

Les signes neurologiques peuvent être très peu marqués. L'examen vestibulaire calorique montre l'absence de déficit et c'est le neurologue, consulté en urgence, qui aujourd'hui affirmera le diagnostic grâce au scanner.

Imagerie

L'INSTABILITÉ ISOLÉE, EN DEHORS DE TOUTES VRAIES CRISES DE VERTIGES, PEUT REVELER D'AUTHENTIQUES MALADIES VESTIBULAIRES

1/ L'ototoxicité des aminosides est sous-estimée, elle se traduit par un déséquilibre qui diminue d'intensité au fil des mois.

C'est souvent une personne âgée qui subit une antibiothérapie par aminosides ; **si une instabilité apparaît au cours du traitement elle doit alerter le médecin.**

Cette instabilité souvent importante est mise sur le compte d'une intervention chirurgicale, de l'anesthésie, de l'arthrose. Elle persiste de nombreux mois et elle est majorée par la fermeture des yeux, l'obscurité. **Une compensation centrale par suppléance sensorielle s'effectue lentement du fait de l'âge du malade.**

L'examen calorique et l'ENG montrent un déficit vestibulaire bi-latéral.

Il ne faut utiliser **les aminosides** que la main forcée par **l'anti-biogramme ou les circonstances.**

La susceptibilité individuelle, des antécédents de traitements identiques, l'insuffisance rénale, sont autant de pièges dont les conséquences peuvent être **dramatiques.**

2/ A l'opposé, les déséquilibres peuvent être progressivement croissants et signer la première manifestation d'une dégénérescence spino-cérébelleuse.

L'examen calorique constate également un déficit vestibulaire bi-latéral, mais l'examen clinique et/ou l'étude de l'oculo-motricité et du contrôle cérébelleux de la fonction vestibulaire montrent des signes centraux. Ils sont également mis en évidence par les potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral.

3/ Plus fréquemment, l'instabilité est moins marquée, moins constante: elle traduit une presbyvestibulie.

Ces troubles se rencontrent surtout chez les sujets âgés. Ils sont **l'équivalent pour le vestibule de la presbyacousie pour la cochlée** (ou la presbytie pour l'œil). Il n'existe pas de déficit important aux épreuves vestibulaires.

4/ Dans de nombreuses affections psychiatriques,

Les patients se plaignent d'instabilités, tout particulièrement dans **les états dépressifs.**

Un monde à part est constitué par **l'agoraphobie** où le diagnostic est affirmé par la dépendance de toute la séméiologie à un lieu précis.

5/ En dehors de chacune de ces rubriques, il faut toujours penser à la possibilité d'un neurinome de l'acoustique.

Il peut être évoqué devant la présence d'une **hypoacousie de perception unilatérale** d'autant plus qu'elle est progressive. **Les potentiels évoqués** puis le **scanner** en font le diagnostic.

6- avec les céphalées, phonophobie, photophobie ?

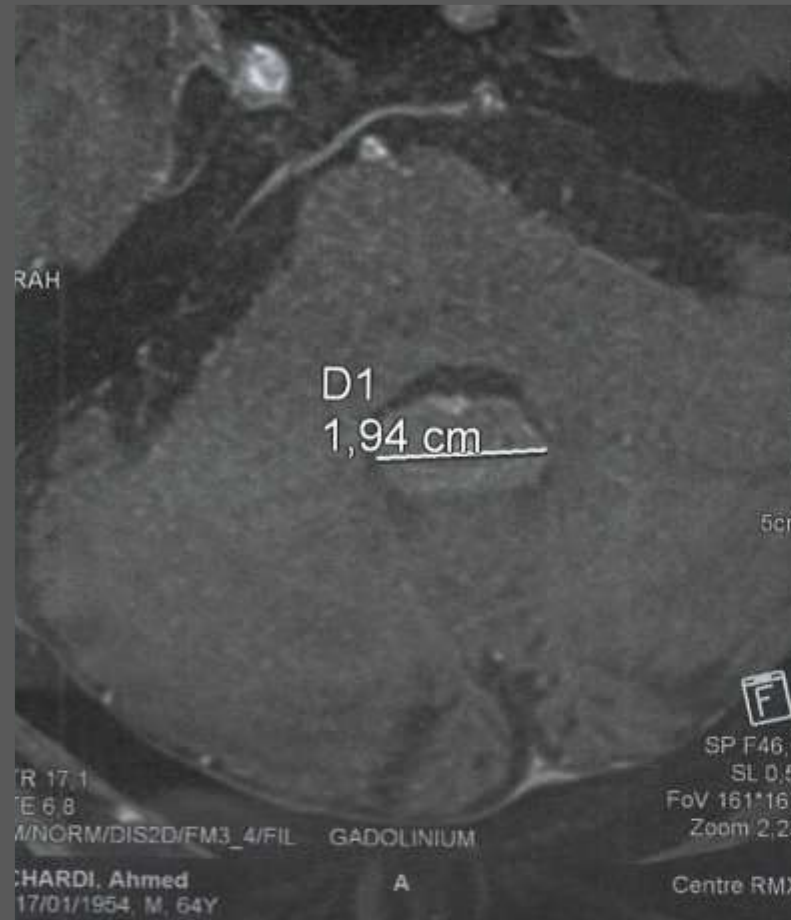
10%

7- Flairer le côté inhabituel...de la surdité unilatérale,
des céphalées, des vomissements en jet,
de l'instabilité croissante, de la gêne visuelle,
des cervicalgies unilatérales?

Et être convainquant auprès de son radiologue chéri
et de ses neurologue et neurochirurgien chéris

... **Imagerie et avis neurologique**

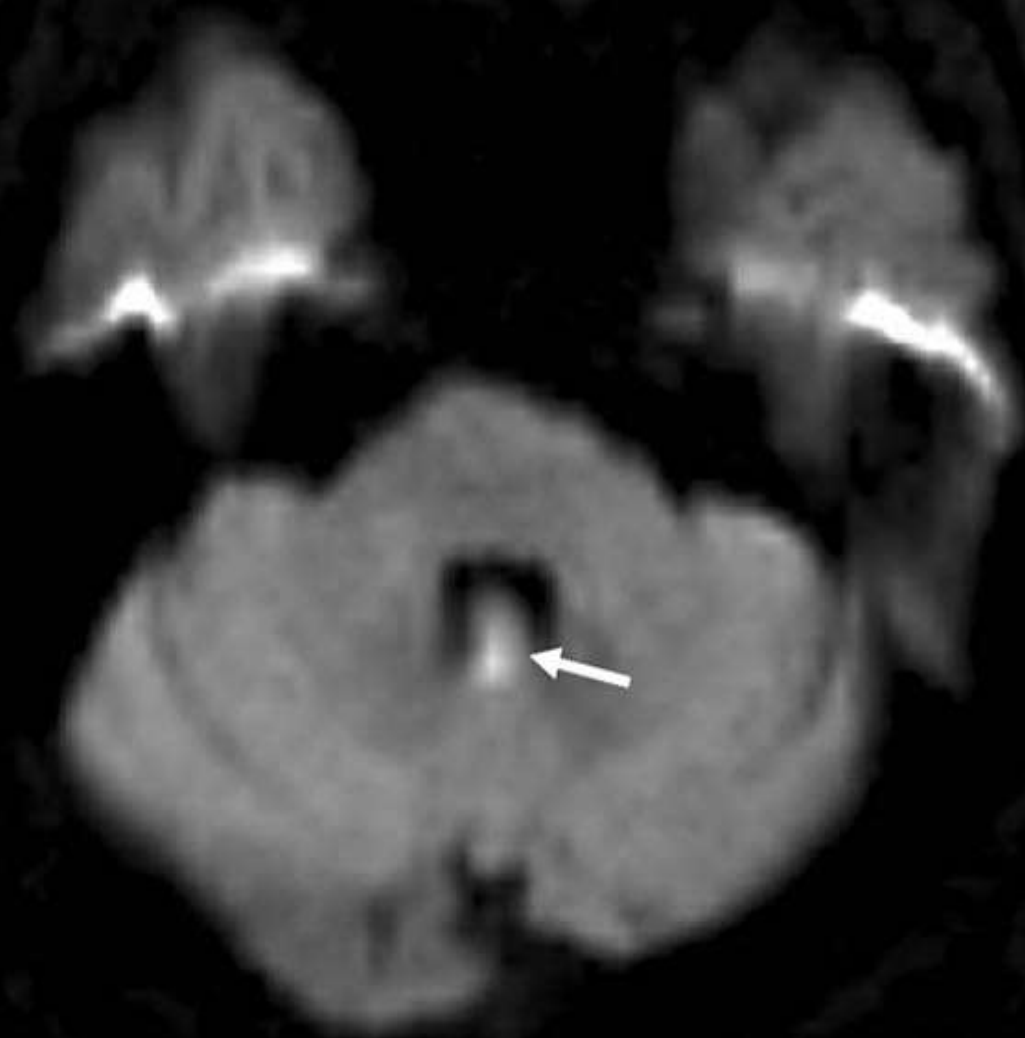
Vertige de position atypique



A

Vertige de position atypique

Nodulus cérébelleux dans le IV^e ventricule



B



« La certitude d'ennuyer... est de tout dire »

Je vous remercie pour votre attention

