

* ORL
Clin. univ. Saint-Luc
1200 Bruxelles
** Médecin généraliste
5530 Yvoir

Mieux comprendre les vertiges périphériques

par le Pr N. DEGGOUJ* et le Dr P.-Y. Devresse**

« Docteur, j'ai des vertiges », voilà une plainte fréquente en consultation et qui embête très souvent le médecin généraliste. D'abord, est-ce un vrai vertige, ensuite est-il périphérique ou central ? Il faut comprendre d'abord, les auteurs nous expliquent comment ça marche.

PRÉTEST

	Vrai	Faux
1. Le sens du nystagmus est donné par le sens du mouvement de rappel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dans le vertige paroxystique bénin le nystagmus bat dans tous les sens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La maladie de Ménière peut évoluer vers une surdité de plus en plus profonde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 254.

Le vertige est une hallucination de mouvements dans n'importe quel plan de l'espace. Cette hallucination peut varier entre vertige rotatoire important et instabilité tout à fait atypique. Il s'agit toujours d'un signe de dysfonctionnement du système vestibulaire qui devient conscient. Il résulte de la perturbation primitive du système d'équilibre (périphérique ou central) et du degré de compensation vestibulaire centrale. Il associe donc toujours une composante centrale.

Ces noyaux sont connectés au cortex vestibulaire (jonction temporo-pariétale), aux noyaux oculomoteurs, aux noyaux neuro-végétatifs du tronc cérébral. Cette intégration multisensorielle complexe permet le contrôle de deux voies efférentes fondamentales : la vestibulo-spinale (contrôle de la posture, équilibre du corps au repos et en mouvement), la vestibulo-oculaire (contrôle de la position du globe dans l'orbite, mouvements oculaires compensant les mouvements de la tête, permettant de maintenir une vision stable). Le système vestibulaire a comme mission fondamentale de maintenir l'équilibre du corps et de la vision, au repos et au mouvement (plus complexe).

ABSTRACT

This article reviews the main etiologies of peripheral dizziness syndromes, and the physiopathogeny of the balance disorders. It also briefly describes the vestibular kinesitherapy.

Keywords: dizziness, labyrinth, nystagmus.

RÉSUMÉ

Cet article présente les causes principales de vertiges périphériques, la physio-pathogénie des troubles d'équilibre et aborde brièvement la kinésithérapie vestibulaire.

Mots clefs: vertiges, labyrinth, nystagmus.

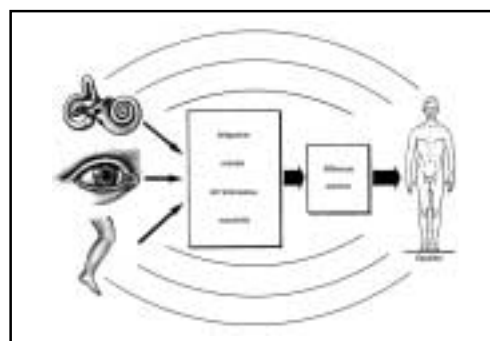
RAPPEL D'ANATOMO-PHYSIOLOGIE VESTIBULAIRE

Le contrôle de l'équilibre résulte de l'intégration au niveau des noyaux vestibulaires et du cervelet de trois entrées sensorielles : les informations visuelles (que voit-on ? quelle est la position du globe oculaire dans l'orbite ?), somesthésiques (tension et position des articulations, ligaments) et vestibulaires (dans la partie postérieure de l'oreille interne, appelée labyrinthe postérieur, donnant des informations sur les déplacements de la tête dans l'espace).

En permanence les informations entrantes sont comparées aux informations mises en mémoire pendant tout notre développement moteur. Nous avons appris à tenir notre tête, nous asseoir, marcher, courir, sauter, etc. Si informations en mémoire et entrantes sont discordantes, le système vestibulaire dysfonctionne, donnant des symptômes de déséquilibre subjectifs et objectifs.

Ainsi, les personnes qui changent de lunettes ou qui brusquement perdent leur acuité visuelle ou qui développent une paralysie oculomotrice aiguë, se plaignent souvent d'instabilité car leurs informations visuelles sont brusquement modifiées. Après quelques heures à jours, ils vont s'adapter plus ou moins complètement à cette modification. Les informations somesthésiques les plus importantes pour le contrôle de l'équilibre proviennent de la région cervicale, de la cheville et de la plante des pieds. Une poussée d'arthrose cervicale douloureuse modifie les informations cervicales et s'accompagne souvent d'instabilité. Une atteinte de la proprioception profonde, diabétique par exemple, va se traduire par de l'instabilité.

Fig. 1: schémas de fonctionnement du système vestibulaire.



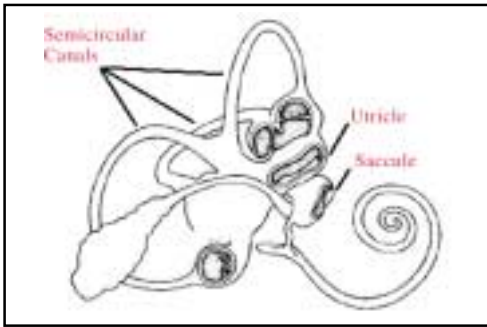


Fig. 2a : schéma de l'oreille interne (labyrinthe membraneux).



Fig. 2b : schéma de récepteur maculaire otolithique.

Les informations vestibulaires périphériques proviennent de deux sources : les récepteurs situés dans les extrémités ampullaires des canaux semi-circulaires (les cupules, renseignant sur les accélérations rotatoires de la tête) et ceux situés dans les macules au niveau de l'utricule et du saccule (renseignant sur les mouvements horizontaux ou verticaux de la tête).

Ces derniers récepteurs comprennent une membrane lestée de cristaux, les otolithes, pouvant se détacher et flottant dans le milieu liquidien de l'oreille interne. Les otolithes flottant sont à la base des vertiges paroxystiques positionnels bénins.

L'atteinte du système cupulaire donne des sensations de vertiges. Cette atteinte peut se situer au niveau des canaux semi-circulaires au cortex vestibulaire.

L'atteinte maculaire donne des symptômes appelés par fois otolithiques : impression de flotter, tanguer, ébriété, être à côté de son corps. Cette symptomatologie peut se retrouver en cas d'atteinte de la voie otolithique, atteinte pouvant se situer entre les macules et le cortex vestibulaire.

Le labyrinthe postérieur est contigu à la cochlée, ou labyrinthe antérieur. Cette proximité anatomique explique l'association possible de troubles d'équilibre et auditifs, si l'atteinte est située dans l'oreille interne.

Le dérèglement du fonctionnement des noyaux vestibulaires, par modification des entrées sensorielles, par atteinte directe des noyaux, par modifications des entrées cérébelleuses ou corticales, perturbe le contrôle des voies vestibulo-spinales (donnant des vertiges, déséquilibre et mauvais contrôle de la stabilité du corps allant jusque la chute) et vestibulo-oculaire (nyctagmus).

Les connections entre les noyaux vestibulaires et les noyaux oculo-moteurs expliquent que ces patients vont souvent se plaindre de nausées, vomissements, pâleur, chute de tension, sudation...

La voie vestibulo-oculaire est examinée en clinique par la recherche de nyctagmus spontané ou provoqué.

Le nyctagmus est un mouvement réflexe de l'œil, se traduisant par un mouvement lent de dérive du globe suivi d'un mouvement de rappel rapide. Le sens du nyctagmus est donné par le sens du mouvement rapide.



Fig. 3 : manœuvre de Hallpike (schéma de M. Toupet).

Les nyctagmus associés à une atteinte du système vestibulaire périphérique sont de type horizontal et rotatoire, conjugué c'est-à-dire dans les deux yeux, diminuant à la fixation oculaire. Le nyctagmus associé à une atteinte vestibulaire centrale peut être que vertical ou rotatoire, ne diminue pas avec la fixation, changeant de forme en peu de temps, n'est pas le même dans les deux yeux.

Les nyctagmus peuvent être provoqués par des mobilisations de la tête (exemple : manœuvre de Hallpike) ou des stimulations rotatoires ou caloriques des oreilles (examens électro ou vidéo-nyctagmographiques : enregistrement de nyctagmus provoqués dans des tests standardisés). Ces tests permettent de vérifier la réactivité des vestibules périphériques (normale ou diminuée c'est-à-dire hyporéactivité ou hypovalence). Ils permettent également de vérifier si le système vestibulaire a bien compensé, s'est bien adapté après une atteinte vestibulaire (disparition de, l'asymétrie des réponses nyctagmiques, de la prépondérance nyctagmique).

La voie vestibulo-spinale est étudiée en clinique par l'examen stato-cinétique : étude de la stabilité du corps au repos et en mouvement. Les tests classiques consistent en test de Romberg (fixe, yeux ouverts ou fermés), marche sur place (yeux ouverts ou fermés), marche en étoile (deux pas en avant et en arrière).

Fig. 4 : examen statocinétique.

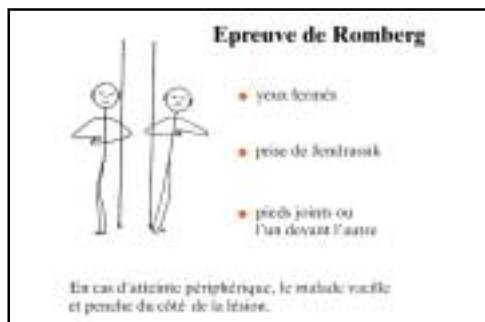




Fig. 4: examen statocinétiq (suite).

Les appareils de posturographie (simple ou plus complexe comme l'Equitest) permettent de mesurer les oscillations du corps qui augmentent en cas de troubles vestibulaires. Ils permettent également de mesurer le centre de gravité et son déplacement. Les appareils complexes permettent de vérifier si le système vestibulaire du sujet utilise correctement les informations sensorielles périphériques. Ils permettent ainsi de diagnostiquer des négligences vestibulaires centrales: malgré des vestibules périphériques semblant normaux, le système vestibulaire fonctionne en les ignorant.

CARACTÉRISTIQUES DU SYNDROME VESTIBULAIRE PÉRIPHÉRIQUE ET CENTRAL ?

LE SYNDROME VESTIBULAIRE PÉRIPHÉRIQUE TYPIQUE

Il est le plus souvent associé à des vertiges rotatoires nets, en général violents, qui durent pendant plusieurs minutes voire plusieurs heures. Ils s'améliorent progressivement. En dehors de la crise de vertiges, une rémission complète est observée.

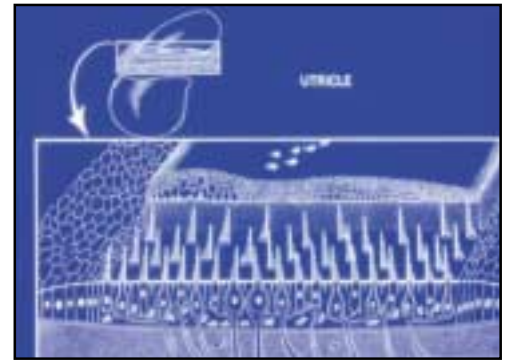


Fig. 5b: schéma récepteur maculaire (otolithe).

Les vertiges s'accompagnent d'un **nystagmus horizontal rotatoire battant vers le labyrinthe le plus fonctionnel**. L'examen statocinétiq montre une déviation systématisée du côté déficitaire (épreuve des index, Romberg, marche aveugle). Le syndrome vestibulaire est dit harmonieux car **toutes les déviations du corps se font dans le même sens et vers la secousse lente du nystagmus**.

Des signes d'accompagnement, qui se traduisent par des **acouphènes** et des **bourdonnements**, peuvent exister au niveau cochléaire.

Les vertiges s'accompagnent également de nausées et de vomissements avec **signes neurovégétatifs** très importants et souvent dramatiques.

À côté de cette atteinte déficitaire vestibulaire périphérique brutale, d'autres atteintes vestibulaires périphériques peuvent exister donnant une symptomatologie différente. En effet, une atteinte maculaire (au niveau de l'utricule et/ou saccule de l'oreille interne) rend les patients sensibles à la pesanteur. Ils vont présenter une symptomatologie de flottement, de tangage, d'impression d'être à côté de leur corps. Cette instabilité s'accompagne souvent de nausées plus ou moins importantes.

L'évolution de ce syndrome est plus variable. Il peut se compliquer de vertiges paroxystiques positionnels bénins ou persister tel quel pendant des semaines.

SYNDROME VESTIBULAIRE CENTRAL

Dans ce syndrome, les troubles d'équilibre sont plus rarement rotatoires. Il s'agit plutôt d'instabilité brève passagère, mais quelquefois durable. Le nystagmus peut être vertical, rotatoire pur ou multiple, à savoir changeant de forme et de direction dans le temps.

L'examen stato-cinétiq ne montre pas de déviation bien systématisée. Le Romberg peut montrer des oscillations sans direction préférentielle, la marche aveugle est titubante, instable, déviée dans tous les sens. L'épreuve des index montre que leurs mouvements sont divergents: un index monte, l'autre descend par exemple.

Le syndrome est dysharmonieux car toutes les déviations ne sont pas forcément dans le même sens (déviation du corps et déviation lente du nystagmus).

Des signes d'accompagnement neurologiques existent. Si l'atteinte se trouve dans le tronc cérébral (ex syndrome de Wallenberg), une atteinte des nerfs mixtes est souvent associée à des troubles pharyngo-laryngés. Des atteintes oculo-motrices peuvent également être observées, se traduisant par des troubles visuels.

Un type d'atteinte vestibulaire centrale particulier est l'épilepsie vestibulaire qui donne un tableau clinique de vertiges rotatoires, avec éventuellement perte de connaissance, accompagnés de peu de signes neurovégétatifs.

Une désorganisation vestibulaire centrale fréquemment rencontrée est due au développement d'une hypersensibilité à la stimulation optocinétique. Ces patients ne supportent plus les mouvements et vont surtout se plaindre d'incapacité à sortir ou aller dans les grands espaces. Il s'agit d'un syndrome dû à une mauvaise intégration des informations visuelles et vestibulaires.

FRÉQUENCES ET COÛTS SOCIAUX DES TROUBLES D'ÉQUILIBRE

Rappelons que les troubles d'équilibre sont fréquemment rencontrés en médecine générale et en médecine spécialisée.

D'après une étude de l'Institut National de la Santé aux États-Unis, 42% de la population se plaint d'instabilité au moins une fois dans leur vie. Le coût médical de la prise en charge de patients présentant des troubles d'équilibre dépasse un billion de dollars par an aux États-Unis.

SYNDROMES VESTIBULAIRES PÉRIPHÉRIQUES LES PLUS FRÉQUENTS ?

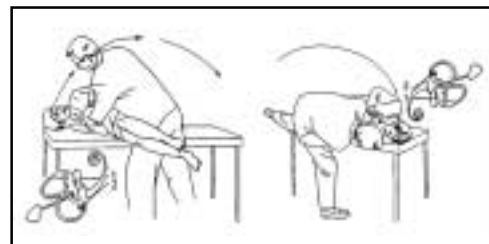
LE VERTIGE PAROXYSTIQUE POSITIONNEL BÉNIN

Il s'agit de la première cause de vertiges rencontrés en consultation. Il est dû à un **dysfonctionnement otolithique**. La théorie classique suggère la libération d'otolithes à partir de la macule utriculaire se coinçant soit au niveau du canal soit au niveau de l'ampoule du canal semi-circulaire postérieur, le plus souvent. D'autres théories ont également été développées.

Schémas de Michel Toupet

Dans la théorie classique, l'otolithe tombe sur la cupule du canal semi-circulaire postérieur et stimule le récepteur, expliquant la symptomatologie.

Fig. 6: Manœuvre de restauration de Toupet-Semou.



Ceci se produit lorsque les patients prennent une **position d'hyperextension latérale de la nuque ou de rotation**.

Dans ces mouvements, le patient présente des vertiges très importants avec éventuellement des nausées et vomissements.

Ils s'installent après une latence de quelques secondes et persistent pendant quinze à vingt-cinq secondes. Ils s'accompagnent d'un **nystagmus horizonto-rotatoire qui va vers le côté controlatéral**, qui apparaît également après une certaine latence, augmente progressivement d'amplitude puis diminue petit à petit avant de disparaître.

À la répétition de la prise de position, la symptomatologie subjective et le nystagmus deviennent moins amples et durent moins longtemps. Il existe donc un phénomène d'habituation assez rapide. Classiquement, il s'agit de patients qui présentent des vertiges lorsqu'ils se retournent dans leur lit ou lorsqu'ils essaient d'attraper un objet en hauteur ou lorsqu'ils se redressent brusquement. Lorsque ce diagnostic est certain, le traitement se base sur des manœuvres de restauration ou d'habituation.

LE SYNDROME VESTIBULAIRE AIGU DÉFICITAIRE

Il résulte d'une dé-afférentation brutale, partielle ou totale du vestibule périphérique.

Le patient va présenter un syndrome vestibulaire de type périphérique aigu avec des vertiges très importants, l'obligeant à rester couché. Les vertiges sont très importants pendant quelques heures et diminuent progressivement. Ils s'accompagnent de nausées, de vomissements et d'instabilité importante. **Le nystagmus horizonto-rotatoire est net et dirigé vers le côté controlatéral à la lésion**. L'examen stato-cinétique montre une déviation vers le côté lésé.

La symptomatologie subjective est le nystagmus et s'amenuise petit à petit. Au bout de quelques jours, les vertiges ont disparu et le nystagmus diminue voire disparaît complètement.

Une symptomatologie d'instabilité ou d'impression de flottement peut persister plusieurs jours voire plusieurs semaines. Il s'agit d'un signe de compensation vestibulaire centrale encore en cours d'élaboration. Lorsque la compensation vestibulaire centrale est terminée, la symptomatologie disparaît complètement.

L'examen électronystagmographique objective une hyporéactivité vestibulaire du labyrinthe lésé aux épreuves caloriques avec une prépondérance nystagmique aux épreuves rotatoires et un nystagmus spontané controlatéral à la lésion. Ce nystagmus spontané et cette prépondérance nystagmique sont le signe d'une perturbation au niveau des noyaux vestibulaires. Lorsque la lésion vestibulaire périphérique persiste stable ou récupère, une réorganisation fonctionnelle s'installe progressivement au niveau de ces noyaux et du cervelet permettant la disparition de la symptomatologie. C'est ce que l'on appelle la compensation vestibulaire centrale.

L'examen électronystagmographique permet donc d'objectiver l'atteinte vestibulaire périphérique et son degré de compensation centrale.

La compensation vestibulaire centrale sera d'autant plus rapide et plus complète que le sujet est mobilisé rapidement et expérimente rapidement les nouvelles situations de déséquilibre (**intérêt de la kinésithérapie vestibulaire**).

Ce syndrome vestibulaire périphérique aigu déficitaire est retrouvé en cas de neuronite vestibulaire, en général secondaire à une infection virale des voies respiratoires supérieures. Il peut également se retrouver en cas d'accident vasculaire labyrinthique. Suivant la localisation de la lésion, la symptomatologie sera vestibulaire isolée ou vestibulaire associée à une symptomatologie cochléaire (acouphènes et surdité brusque).

LE SYNDROME DE MÉNIÈRE

Ce syndrome est une pathologie associée à un hydrops endolymphatique, s'installant en crises.

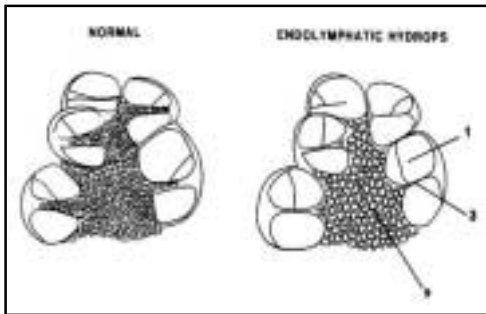


Fig. 7: Hydrops endolymphatique.

Le labyrinthe membraneux est composé de structures remplies d'endolymphe (liquide de composition proche du liquide endo-cellulaire, riche en potassium) flottant dans la périlymphe (liquide de composition proche du milieu extra-cellulaire, riche en sodium). L'endolymphe est produite dans l'oreille interne, circule dans le circuit endolymphatique de l'oreille interne et est résorbée dans le sac endolymphatique, principalement. Chez certaines personnes l'homéostasie liquidienne dans l'oreille interne est perturbée, se traduisant par un excès d'endolymphe donnant une distension du circuit endolymphatique dans la cochlée et le labyrinthe postérieur (= hydrops endolymphatique).

C'est le vertige rencontré le plus rarement en activité clinique normale.

Pour parler de maladie de Ménière, il faut une histoire de crises de vertiges: débutant par des acouphènes, généralement bourdonnements, une surdité, une impression d'augmentation de pression dans l'oreille, suivis de l'apparition de vertiges rotatoires importants avec nausées, vomissements et nystagmus spontané pouvant battre au début de la crise vers le côté lésé et secondairement vers le côté sain. Lorsque les vertiges apparaissent, la symptomatologie cochléaire s'améliore.

Ces crises durent pendant une demi-heure à plusieurs heures et peuvent se répéter plusieurs jours consécutivement.

Entre ces périodes de crises, le sujet peut être tout à fait asymptomatique pendant des mois voire des années. **Avec la répétition des crises, l'atteinte cochléaire et vestibulaire persiste de plus en plus: avec l'évolution de la maladie, s'installe une surdité qui devient profonde et une atteinte vestibulaire de plus en plus profonde également.**

L'examen audiométrique, réalisé en période de crise, objective, au début de l'évolution de la maladie, une **surdité de perception** marquée sur les fréquences graves et moyennes. Avec la répétition des crises, la surdité commence à toucher toutes les fréquences et devient plus importante pouvant aller jusqu'à la cophose.

L'examen électronystagmographique objective une **hyporéactivité vestibulaire** du côté lésé, qui s'aggrave petit à petit. En période aiguë, se retrouve également une prépondérance nystagmique et un nystagmus spontané.

L'évolution de l'examen électronystagmographique est comparable à l'évolution observée en cas d'atteinte vestibulaire périphérique aigu, si ce n'est que l'hyporéactivité vestibulaire se maintient plus souvent avec la répétition des crises.

L'examen électrocochléographique, qui enregistre les potentiels évoqués au niveau cochléaire par une stimulation acoustique, est tout à fait typique en cas de syndrome de Ménière. On retrouve un large potentiel de sommation dû à l'hydrops endolymphatique.

Le traitement médical du syndrome de Ménière se base sur la prise de produits diurétiques ou assimilés, de bêtahistine.

La mise en place d'un drain transtympanique peut améliorer la symptomatologie en facilitant les équilibrations de pression entre l'oreille interne et la pression atmosphérique ambiante. Un traitement à base de pressions pulsées (Meniett) peut également être efficace. En cas d'échec, une solution chirurgicale, sous forme de neurotomie vestibulaire, permet une déconnexion de l'oreille malade et une compensation vestibulaire centrale.

AUTRES CAUSES DE VERTIGES VESTIBULAIRES PÉRIPHÉRIQUES

Des syndromes périphériques, de type déficitaire, peuvent se rencontrer en cas de fistule labyrinthique, en général secondaires à un traumatisme. On peut également rencontrer une symptomatologie vestibulaire périphérique en cas de labyrinthisation d'une otite moyenne aiguë ou lors de poussée d'otospongiose.

VERTIGES SECONDAIRES À UNE MODIFICATION DES AFFÉRENCES VISUELLES OU PROPRIOCEPTIVES

Les afférences proprioceptives principalement d'origine cervicale contribuent au maintien de l'équilibre. En cas de **modification des entrées proprioceptives sur poussée d'arthrose** par exemple, un dysfonctionnement des noyaux vestibulaires peut en résulter.

La symptomatologie d'instabilité se traduit sous forme de flottement, surtout lors des mouvements de la nuque. Cela s'accompagne fréquemment de raideur douloureuse au niveau de la nuque.

Des vertiges peuvent provenir d'une **modification des entrées visuelles**: l'exemple bien connu est l'instabilité présentée pendant quelques heures ou jours après un changement de lunettes.

DIVERS

Une grande cause d'instabilité est la **prise de médicaments**, en particulier ceux entraînant, comme effet secondaire, de la somnolence. Devant toute symptomatologie d'instabilité, il convient de vérifier la liste des médicaments pris par les patients.

L'instabilité peut également être un des premiers symptômes de troubles métaboliques.

KINÉSITHÉRAPIE VESTIBULAIRE EN BREF

Après une atteinte vestibulaire périphérique, le système vestibulaire central se réorganise pour s'adapter à ce changement persistant des entrées sensorielles. C'est ce qu'on appelle la **compensation vestibulaire centrale**. Celle-ci est empêchée si le sujet est entravé dans ses mouvements. Elle sera au contraire accélérée si le sujet se mobilise rapidement et **expérimente le déséquilibre**. Ces observations sont à la base des exercices de rééducation proposées par

Norré, permettant au sujet de réaliser des mouvements de la tête, du corps, des yeux pour accélérer la compensation.

On peut également diminuer la réactivité vestibulaire par des **exercices rotatoires**, réalisés sur des chaises tournant à grande vitesse. Ce traitement agit sur la sensibilité vestibulaire périphérique et accélère la compensation centrale, si il est correctement réalisé.

Les sujets avec atteinte vestibulaire périphérique ont souvent une hypersensibilité aux stimulations opto-cinétiques habituelles. Ceci peut également s'observer chez des sujets sans atteinte vestibulaire périphérique. Nous sommes tous sensibles à des stimulations opto-cinétiques fortes: en train, regarder le paysage défiler, surtout si il y a des poteaux ou des troncs d'arbre, provoque un nystagmus optocinétique et une sensation de malaise. Ce nystagmus est provoqué par le glissement de l'image sur la rétine périphérique. Ces signes n'apparaissent pas chez les sujets normaux exposés à des mouvements habituels du champ visuel ou à des mouvements autour d'eux. Certaines personnes présentent une hypersensibilité à des stimulations visuelles mobiles, pouvant correspondre aux rayons des grands magasins défilant lors des courses, le paysage qui défile lorsqu'on roule comme d'habitude en voiture, les gens qui bougent autour d'eux. Ces personnes n'osent plus sortir seules.

Des **stimulations optocinétiques** leur sont proposées pour favoriser le développement d'une tolérance optocinétique.

Le kinésithérapeute peut également réaliser les **manœuvres de restauration pour guérir les patients atteints de vertiges paroxystiques positionnels bénins**: manœuvre de Semont-Toupet, de Epley...

Ces manœuvres visent, par une mobilisation de la tête, à déplacer l'otolithe du canal ou de la cupule pour la renvoyer dans la macule.

CONCLUSION

Une bonne anamnèse et un bon examen clinique permettent de faire la différence entre vertiges périphériques et centraux. Les syndromes vestibulaires périphériques les plus fréquents sont le vertige paroxystique bénin, le syndrome aigu déficitaire et la maladie de Ménière. Le traitement des deux premiers fait appel à la kinésithérapie vestibulaire, le traitement de la maladie de Ménière est médical parfois même chirurgical. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Guidelines vertiges. Soc. Belge ORL – 2005 – www.orl-nko.be
2. www.balance-and-dizziness.com
3. www.vertigo-dizziness.com
4. Vertigo. Thomas Brandt – 2nd Edition Springer – Verlag, London – 1999
5. Dysfonctionnements du système vestibulaire: compensation et rééducation. Sous la direction de Michel Lacour. Edition Solal – Marseille – 2001
6. Noyaux vestibulaires et vertiges. Alain Berthoz et Pierre-Paul Vidal. Edition Arnette – Paris – 1993

RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Vrai – 2. Faux – 3. Vrai

Texte demandé par la Rédaction.
Reçu en mai 2005.
Corrections reçues
en décembre 2005.

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Le contrôle de l'équilibre résulte de l'intégration au niveau des noyaux vestibulaires et du cervelet de trois entrées sensorielles: les informations visuelles, somesthésiques et vestibulaires.
2. La voie vestibulo-oculaire est examinée en clinique par la recherche de nystagmus spontané ou provoqué. La voie vestibulo-spinale est étudiée en clinique par l'examen stato-cinétique.
3. Le syndrome vestibulaire périphérique s'accompagne d'un nystagmus rotatoire horizontal battant vers le labyrinthe le plus fonctionnel et de signes neurovégétatifs. Toutes les déviations du corps se font dans le même sens et vers la secousse lente du Nystagmus. Le syndrome vestibulaire central, lui, est dysharmonieux.
4. Le vertige paroxystique bénin se produit lorsque les patients prennent une position d'hyperextension latérale de la nuque ou de rotation.
5. Le syndrome vestibulaire périphérique aigu déficitaire est retrouvé en cas de neuronite vestibulaire, en général secondaire à une infection virale des voies respiratoires supérieures.
6. Le syndrome de Ménière est une pathologie associée à un hydrops endolymphatique. Pour parler de maladie de Ménière, il faut une histoire de crises de vertiges. Il est associé à une surdité de perception pouvant aller jusqu'à la cophose.
7. Il existe aussi des vertiges périphériques liés à une modification des entrées proprioceptives ou visuelles.
8. Le traitement des vertiges périphériques fait appel à la kinésithérapie vestibulaire.

La Rédaction