

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :
<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 7 février 2017

Deuxième heure

Vertiges chez l'enfant ; comment ne pas tourner en rond

Orateurs : Dre H. CaoVan et Dr J. Fluss

Les vertiges sont une plainte fréquente, 15% des enfants ont eu une attaque de vertiges une fois ou l'autre, y compris équivalent migraineux. Parfois des troubles somatoformes peuvent prendre un aspect de vertiges. L'examen clinique à une place très importante. Les causes graves sont rares, mais possible.

Les questions à se poser sont :

- S'agit-il d'un vertige ?
- Quelle est son origine ?
- Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?
- Quel bilan pratiquer ? (IRM ou examen otoneurologique)
- Quel traitement proposer ?

Il est important de se rappeler l'anatomie de l'appareil vestibulaire (organe périphérique) et les connexions centrales (origine centrale). L'oreille interne est composée de la cochlée et du vestibule. Le vestibule contient l'utricule et le saccule. Il y a trois canaux semi-circulaires, sensibles aux mouvements dans l'espace et le saccule avec ses otolithes, sensible aux accélérations linéaires et statiques. Ensuite, il y a de multiples afférences vers les noyaux vestibulaires. Une absence d'information aboutit à un nystagmus. Les voies descendantes entraînent un trouble de l'équilibre avec Romberg instable et Unterberger pathologique (déviation vers le côté malade). Le vestibule n'est pas seul impliqué, des informations visuelles et sensorielles sont des composantes aussi importante.

Lorsque le vestibule est normal, les informations sont envoyées aux noyaux vestibulaires, qui donnent une conscience du mouvement, une stabilité et une conscience de la place dans l'espace.

La perte subite de cette information est une anomalie brusque aboutissant à un nystagmus et une instabilité.

Si la perte est progressive, il y a une tentative de compensation. La symptomatologie n'est pas subite. Souvent, le risque de pathologie centrale est plus élevé.

La perte congénitale, présente par définition depuis la naissance, a une symptomatologie plus complexe, par exemple dans le syndrome de Charge, et peut aboutir à un retard de développement.

Le vertige et une illusion de mouvement, souvent rotatoire, mais également avec sensation de déplacement linéaire ou de bascule.

Il faut le distinguer de la diziness, présent dans les malaises présyncopaux, les hypoglycémies, les effets secondaires de médicament, aboutissant à des troubles de l'équilibre. Les manifestations psychosomatiques peuvent être à l'origine de sensations vertigineuses (trouble anxieux, attaques de panique), mais un vrai vertige peut causer une anxiété ou un état de panique.

La question est de savoir si l'origine est vestibulaire ou centrale, si le malaise a un caractère récurrent.

L'examen clinique implique d'abord une anamnèse méticuleuse : s'agit-il d'un vertige rotatoire ? De début subit ou progressif ? Un début subit est plutôt d'origine périphérique. Y a-t-il des facteurs déclenchants ? Un rapport avec l'alimentation ? De la toux ? Des reniflements ? Chez le tout-petit, existe-t-il un malaise, une instabilité ? Existe-t-il des syndromes neurovégétatifs tels vomissements, pâleur ?

En otologie, existe-t-il des acouphènes ?

Signes neurologiques : y a-t-il des céphalées ? On recherche les 6d (diplopie, dysphagie, dysarthrie, dysesthésie, dysmétrie, dysdiadococinésie).

Il faut rechercher les détails du vertige comme plainte auditive, antécédent personnel particulier périnataux, intervention chirurgicale ou fracture du rocher. Les équivalents migraineux sont fréquents, une anamnèse familiale est importante. Il faut également rechercher des surdités dans la famille.

L'examen clinique implique :

Une otoscopie et une acoumétrie par exemple vocale. Un examen des nerfs crâniens en particulier oculomoteur, nerf facial, esthésie faciale.

Des tests cérébelleux comme marionnette, épreuve doigt-nez

Les réflexes vestibulo - spinaux (Romberg, Unterberger)

Une recherche du nystagmus : il s'agit d'un mouvement involontaire des deux globes oculaires avec une phase lente suivie d'une phase rapide (la phase rapide définit le côté, la phase rapide va vers le côté sain). Quel est l'amplitude et la fréquence du nystagmus ? Existe-t-il une inhibition à la fixation ? Un examen avec des lunettes de Frenzel est utile.

Lors de vertiges périphériques, le nystagmus bat du côté sain, il n'est pas multidirectionnel, il y a une adaptation rapide.

Lors d'origine centrale, le nystagmus est souvent variable, l'adaptation est lente, le nystagmus n'est pas supprimé par la fixation. La présence d'un nystagmus vertical est un signe d'alarme.

Il est nécessaire d'utiliser des manœuvres de provocation :

- Head shaking
- Head impuls test.
- Pendulaire ou test de fixation

- Dix Hallpike (pour vertige paroxystique bénin).
- Test calorique.

Ces différents éléments permettent une orientation diagnostique soit vers une origine centrale, soit vers une origine périphérique avec ou sans atteinte cochléaire.

Les causes de diagnostic les plus fréquentes sont pour les vertiges d'origine périphérique :

Le déficit vestibulaire brusque, sans atteinte cochléaire, fréquent chez l'adolescent qui est très gêné.

Les vertiges paroxystiques positionnels bénins, rare chez l'enfant, révélé par la manœuvre de Dix-Hallpike. Il s'agit de vertiges rotatoires de quelques minutes, bénin.

La labyrinthite aiguë avec atteinte cochléaire, suivant une atteinte infectieuse.

La fistule péri-lymphatique pouvant faire suite à un traumatisme ou accompagner un colestéatome.

La maladie de Ménière, rare chez l'enfant, s'accompagnant d'une atteinte cochléaire, de crises de vertiges et d'acouphènes.

Le vertige peut être d'origine centrale :

Peuvent être impliqués des accidents vasculaires cérébraux, des tumeurs (ceci est plutôt rare), des inflammations du système nerveux central comme la sclérose en plaques.

Mais la cause la plus fréquente est l'équivalent migraineux, ou anciennement migraine basilaire. C'est une des causes les plus fréquentes de vertiges centraux, les céphalées ne sont pas toujours présentes. Elle survient souvent à l'adolescence. Les vomissements sont fréquents. Il faut rechercher dans l'anamnèse des cas de migraine dans la famille.

D'autres causes de vertiges d'origine centrale sont les médicaments.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch

