

# Suivi d'une névrite vestibulaire

Il s'agit d'un suivi clinique pouvant être réalisé dans les cabinets des kinésithérapeutes. L'idéal serait toutefois de disposer de lunettes de vidéonystagmoscopie en infrarouge et d'un fauteuil giratoire de Sémont pour réaliser des exercices giratoires avec arrêts brusques. En principe, le diagnostic a été fait par le service d'urgence qui a reçu le patient et qui l'a adressé au kinésithérapeute. Une épreuve calorique est le minimum exigé pour cette prise en charge. Une telle rééducation doit pouvoir être entreprise partout en France.

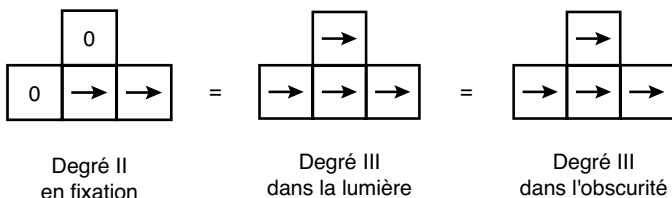
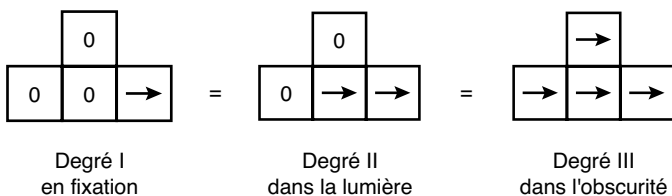
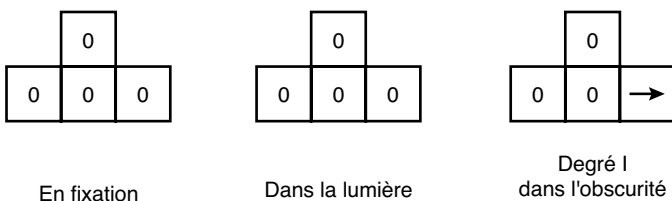
## Le dilemme (diapositive 7-1)

Sauf chez les personnes âgées, l'évolution d'une névrite vestibulaire se fait vers l'amélioration en 3 à 4 semaines, parfois suivie de vertiges positionnels pendant très longtemps. Mais cette évolution résulte-t-elle d'une récupération spontanée ou de la compensation d'une lésion vestibulaire irréversible ? Au début, rien ne permet de prédire le mécanisme de cette régression. Mais le risque de séquelles après 3 voire 5 ans est lui bien réel. En pareil cas, il faut donc adopter l'esprit du pari de Pascal et commencer la réhabilitation le plus tôt possible dans tous les cas puisqu'on n'a rien à perdre.

## Suivi par le nystagmus spontané

### Principe (diapositive 7-2)

C'est la manière la plus simple de suivre ces patients.

**Névrite droite au 2<sup>e</sup> jour****Névrite droite au 7<sup>e</sup> jour****Névrite droite au 14<sup>e</sup> jour**

**Schéma représentant les nystagmus dans le regard médian, droit et gauche (point de vue du patient) et vers le haut.**

Correspondance des degrés du nystagmus droit en fixation, dans la lumière et dans l'obscurité avec lunettes vidéo en infrarouge.

Source : Sauvage JP, Grenier H. Guide de rééducation vestibulaire. Paris : Elsevier-Masson ; 2015.

Les nystagmus sont notés sur un schéma à 4 cases en fonction de la direction du regard :

■ les trois cases inférieures correspondent à la direction du regard dans le plan horizontal :

- celle du milieu dans le regard en rectitude,
- les cases latérales dans le regard à droite et à gauche ;

■ la case du haut est consacrée au regard en haut.

On distingue trois types de degré de nystagmus :

■ dans le degré I, le nystagmus n'est présent que dans une seule case : soit le regard à droite, soit le regard à gauche ;

■ dans le degré II, le nystagmus est présent dans deux cases : le regard direct + soit le regard à droite, soit le regard à gauche ;

■ dans le degré III, le nystagmus est présent dans toutes les directions du regard.

Ce schéma à 4 cases est rempli dans trois circonstances : en fixation (action inhibitrice pour une lésion périphérique comme la névrite), dans la lumière (action moins inhibitrice, voire facilitatrice) et dans l'obscurité.

Par exemple, une névrite droite entraîne un nystagmus gauche qui ne change jamais de sens quelle que soit la direction du regard. Dans le cas présenté :

■ le 2<sup>e</sup> jour il est de degré III sauf en fixation où il n'est que de degré II ;

■ le 7<sup>e</sup> jour, il a diminué, il n'est plus que de degré I en fixation, de degré II dans la lumière et de degré III dans l'obscurité ;

■ le 14<sup>e</sup> jour, il a encore régressé car il a disparu en fixation et dans la lumière. Il ne persiste plus que dans l'obscurité et encore de degré I.

### 3<sup>e</sup> semaine (diapositives 7-3 et 7-4)

#### Névrite droite au 21<sup>e</sup> jour

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | 0 |   |
| 0 | 0 | 0 |

En fixation

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | 0 |   |
| 0 | 0 | 0 |

Dans la lumière

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | 0 |   |
| 0 | 0 | 0 |

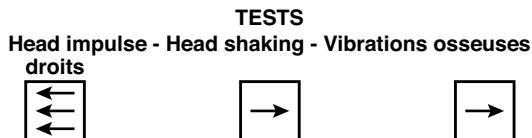
Dans l'obscurité

**Suivi par le nystagmus spontané à la 3<sup>e</sup> semaine.**

Au 21<sup>e</sup> jour, il n'y a plus aucun nystagmus, ni en fixation, ni dans la lumière, ni dans l'obscurité. C'est ainsi que l'on peut suivre l'évolution clinique de cette névrite vestibulaire droite.

Comment révéler la persistance du déficit vestibulaire ? La question qui se pose est : l'aréflexie calorique persiste-t-elle, c'est-à-dire est-ce que la fonction vestibulaire a récupéré ?

### Persistance d'un déficit droit (diapositive 7-5)

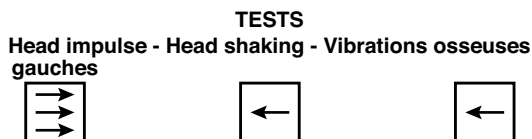


**Tests pour révéler la persistance d'un déficit droit.**

Sans refaire d'épreuve calorique, on peut utiliser trois tests cliniques très utiles pour mettre en évidence un déficit vestibulaire droit latent :

- le *head impulse test* vers la droite (HIT ou test impulsionnel céphalique) ;
- deux tests déclenchant des nystagmus gauches :
  - le secouage de la tête (*head shaking test*),
  - les vibrations osseuses nécessitant un vibreur.

### Persistance d'un déficit gauche (diapositive 7-6)

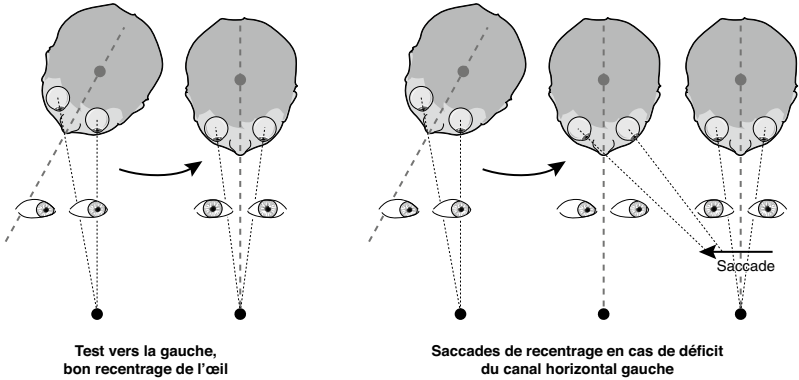


**Tests pour révéler la persistance d'un déficit gauche.**

C'est l'inverse pour un déficit gauche :

- le HIT vers la gauche ;
- deux tests déclenchant des nystagmus droits :
  - le secouage de la tête,
  - les vibrations osseuses nécessitant un vibreur.

## HIT – Étude du côté gauche (diapositives 7-7 à 7-9)



### HIT – *head impulse test* (test de Halmagyi).

Source : Sauvage JP, Grenier H. Guide de rééducation vestibulaire. Paris : Elsevier Masson ; 2015. Dessins : Carole Fumat.

On demande au patient de fixer une cible éloignée de moins de 2 m. Après avoir écarté la tête de 15° vers la droite, on applique à la tête une petite impulsion vers la gauche dans le plan des canaux horizontaux pour ramener la tête en position médiane.

En l'absence de déficit gauche, piloté par le canal horizontal gauche normal, l'œil se recentre harmonieusement sur la cible.

Normalement, on a vu précédemment que lorsqu'on impulsait la tête d'une position latérale en une position médiane, l'œil se recentrait parfaitement sur la cible qu'on lui avait demandé de fixer. En cas de déficit vestibulaire du canal semi-circulaire gauche, l'œil ne se recentre pas : le canal semi-circulaire horizontal gauche est incapable de ramener la vision sur la cible. Celle-ci est dépassée. Ce n'est qu'après coup que quelques saccades vers la droite ramènent l'œil en position médiane. Ces secousses sont très reconnaissables et caractéristiques d'un déficit vestibulaire gauche.

### HIT normal

Ce sujet est illustré par la vidéo de la diapositive 7-10 .

**HIT normal.**

On commence par demander au sujet de fixer une cible située à 2 m. Puis on écarte la tête vers la droite d'environ 15 à 20°. Ensuite, on impulse la tête vers la gauche pour la ramener sur la ligne médiane. En vidéonystagmoscopie (VNS) infrarouge, l'œil se recentre parfaitement sans aucune saccade de rattrapage. On recommence le test plusieurs fois dans les directions droite et gauche avec encore des recentrages de l'œil parfaitement harmonieux. Les deux vestibules fonctionnent bien.

## HIT positif (diapositive 7-11)

Ce sujet est illustré par la vidéo de la diapositive 7-11 .

### Déficit vestibulaire gauche révélé par un HIT positif.

Ce patient avait subi un violent traumatisme auriculaire gauche et il n'était pas question de pratiquer une épreuve calorique. Le HIT, franchement positif, déclenchait des saccades de rattrapage droites dans les impulsions gauches de la tête, et rien dans les impulsions droites. C'est dans la direction de la tête vers l'oreille atteinte que se déclenchent des saccades de rattrapage en sens inverse.

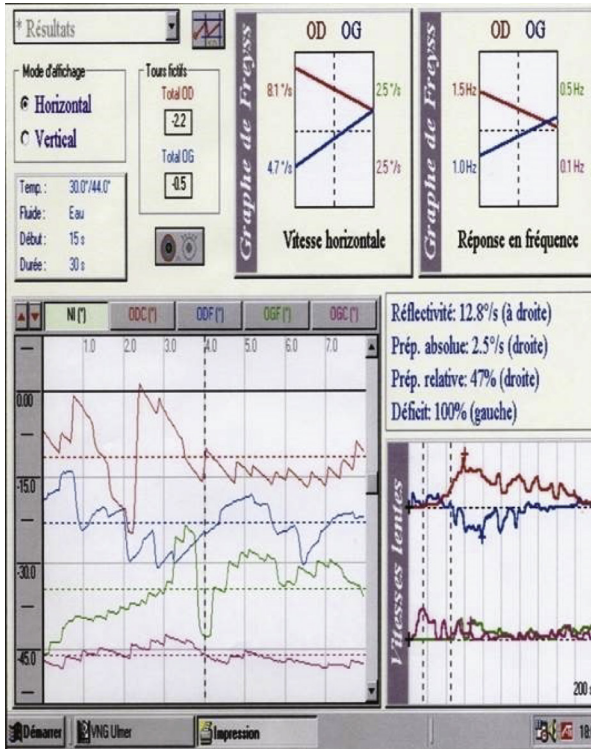
## Head shaking test pour un déficit gauche (diapositive 7-12)

Le patient examiné dans la vidéo de la diapositive 7-13  avait présenté une névrite vestibulaire gauche 10 jours auparavant. Mais il ne présentait plus aucun nystagmus spontané ni dans la lumière, ni dans l'obscurité, ni dans le regard médian, ni dans le regard latéral. On a alors pratiqué 20 impulsions céphaliques de faible amplitude (15°/seconde en 20 secondes, soit une fréquence de 1 Hz).

### Déficit gauche au 10<sup>e</sup> jour.

Il n'y avait plus aucun nystagmus spontané. On a commencé par un HIT qui s'est avéré encore positif vers la gauche. Ensuite, le secouage de la tête a déclenché un net nystagmus horizontal droit. On a terminé par une étude des vibrations osseuses à l'aide d'un vibreur 100 Hz. Là encore, on a déclenché des deux côtés un net nystagmus horizontal droit témoignant de la persistance du déficit vestibulaire gauche datant de la névrite gauche survenue 10 jours auparavant. Le résultat de ces trois tests a incité à poursuivre la rééducation.

## Névrite vestibulaire gauche (diapositive 7-14)



### Épreuve calorique d'une névrite vestibulaire gauche au 10<sup>e</sup> jour.

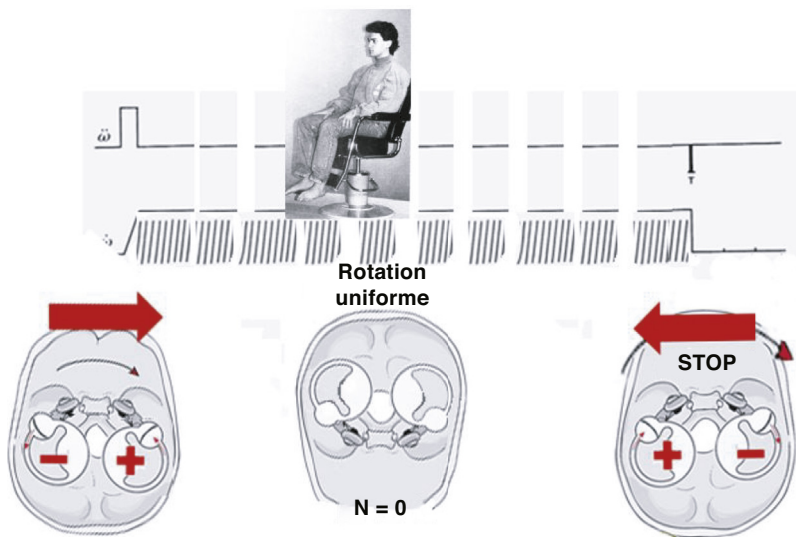
Chez cette patiente, l'épreuve calorique faite au 5<sup>e</sup> jour d'une névrite vestibulaire gauche montrait une aréflexie gauche complète et une très faible prépondérance directionnelle droite à la limite du significatif. Le papillon de Freyss, les courbes des cumulées témoignaient d'une compensation rapide chez cette femme jeune. Au 10<sup>e</sup> jour, la vidéonystagmoscopie ne montrait aucun nystagmus ni dans la lumière ni à la fixation.

Comme le montre la vidéo de la diapositive 7-15 , chez cette même patiente le HIT est en revanche resté très positif vers la gauche. Le secouage de la tête a déclenché un nystagmus droit. Le fait de coucher la patiente sur le côté droit n'a déclenché aucun nystagmus (position de confort). En revanche, en la couchant sur le côté gauche, on a déclenché un net nystagmus droit retrouvé en rétroflexion de la tête. En conclusion, il n'y a pas eu de récupération vestibulaire complète chez cette patiente. Des signes cliniques caractéristiques ont persisté et la rééducation a dû être poursuivie.

**Névrite vestibulaire gauche au 10<sup>e</sup> jour.**

## Épreuve post-giratoire

### Principe pour une rotation horaire (diapositive 7-16)



#### Exercices post-giratoires passifs.

Source de la photo : Gil R, Kremer-Mérère C, Morizio P, Gouarné R. Rééducation des troubles de l'équilibre. Paris : Frison-Roche ; 1991.

Cette épreuve nécessite un fauteuil tournant spécial permettant de bloquer brutalement la rotation par un système de pédalier. Le patient doit avoir le cou fléchi de 30° pour bien horizontaliser les canaux semi-circulaires horizontaux. L'accélération par la mise en rotation du patient stimule le vestibule vers lequel le patient tourne et inhibe le côté opposé. Mais le nystagmus généré n'est pas très accessible à l'observation. En revanche, après une mise en rotation uniforme de 1 tour/seconde (1 Hz), l'arrêt brusque inhibe fortement le vestibule vers lequel le patient tournait et stimule le côté opposé. Par conséquent, à l'arrêt brusque, on déclenche un nystagmus horizontal battant vers l'oreille opposée au sens de la rotation que l'on avait effectuée. Schématiquement, normalement, on déclenche un nystagmus gauche à l'arrêt brusque en sens horaire et un nystagmus droit à l'arrêt brusque d'une rotation en sens antihoraire. Ces nystagmus durent de 20 à 35 secondes et sont faciles à chronométrer.

Le cas d'une épreuve post-giratoire normale est illustré par la vidéo de la diapositive 7-17 . Dans une giration de 5 tours en 5 secondes dans le sens horaire, à l'arrêt brusque, on a stimulé l'oreille gauche avec un nystagmus horizontal gauche qui a duré 38 secondes. Dans une giration identique mais dans le sens antihoraire,