

ATELIER N° 07

Symposium d'Otoneurologie PARIS Mai 2010

Vertiges et imagerie. Quelle indication, quel but ?

P. BERTHOLON

Plan de l'atelier

1. INTRODUCTION

2. LE VERTIGE SANS SURDITE

2,1. Un grand vertige rotatoire, unique, durable, avec ou sans atteinte neurologique

2,1,1 Un grand vertige rotatoire, unique, durable, de survenue brutale, avec atteinte neurologique est évocateur d'un accident vasculaire.

2,1,2 Un grand vertige rotatoire, unique, durable, sans atteinte neurologique, fait évoquer une névrite vestibulaire

2,2. Un vertige rotatoire récidivant

En l'absence d'atteinte auditive, il correspond à la classique vestibulopathie récurrente.

2,3. Un vertige positionnel

Le vertige positionnel est dominé par le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) qui représente, selon les séries, le quart voire le tiers des patients vertigineux.

3. LE VERTIGE AVEC SURDITE

3,1. Le vertige avec surdité de perception.

3,2. Le vertige avec surdité de transmission ou mixte.

4. L'INSTABILITE PERMANENTE

4,1. Avec découverte d'un nystagmus vertical inférieur

4,2. L'instabilité permanente du sujet âgé

5. CONCLUSION

L'interrogatoire, l'examen clinique et l'audiométrie tonale sont le préalable indispensable à l'exploration de tout patient vertigineux et permettront de juger de l'opportunité de poursuivre les explorations d'électrophysiologie et/ou d'imagerie. Si une imagerie est nécessaire, l'IRM est indiquée d'emblée chez un patient souffrant d'un vertige avec atteinte neurologique, d'un vertige associé à une surdité de perception, ou d'un vertige isolé. En effet, l'IRM est très performante pour l'étude du conduit auditif interne et de la fosse cérébrale postérieure (tronc cérébral et cervelet). C'est seulement en cas de vertige associé à une surdité de transmission ou mixte que le scanner, plus précis pour analyser le carter labyrinthique, sera réalisé en première intention. Dans certains cas, il peut être utile de coupler scanner et IRM.