

ATELIER N° 16

Symposium d'Otoneurologie PARIS Mai 2010

Atelier Syndrome otolithique

Signes, diagnostic & traitement de la pathologie otolithique

*Michel TOUPET, ORL, Centre d'Explorations Fonctionnelles Oto-Neurologiques
10 rue Falguière 75015 PARIS, ☎ 01 43 35 35 30, e-mail : falquier@club-internet.fr*

2 à 3% de nos patients vertigineux se plaignent d'une insécurité au volant de leur voiture. Certaines circonstances permettent de reconnaître qu'au-delà des problèmes visuels individuels et au delà de l'angoisse que génèrent ces propres troubles, il existe de véritables dysfonctionnements vestibulaires otolithiques qui permettent l'estimation du mouvement. Il s'agit d'une mauvaise appréciation de la trajectoire au moment de doubler un autre véhicule ou de se rabattre ou de prendre une bretelle d'autoroute sur la droite ou encore dans les virages (le plus souvent à droite mais quelques fois à gauche) d'autant plus qu'on essaye de doubler dans cette longue trajectoire de virage. Ces phénomènes sont encore accrus lorsqu'on roule vite sur autoroute dans un environnement dégagé par exemple une autoroute en rase campagne. Dans ces conditions, les éléments visuels qui permettent d'estimer la géométrie du lieu deviennent moins pertinents. Le système otolithique devrait dans ces conditions être la source d'information essentielle pour estimer la trajectoire et tous les déplacements du véhicule.

En cas de déficit otolithique et quelle qu'en soit l'étiologie (maladie de Menière, névrite vestibulaire, neurinome de l'acoustique ou de façon plus banale le vertige positionnel paroxystique bénin et autre pathologie mineure de l'oreille interne), le

Le sujet ne peut pas estimer correctement sa trajectoire. Il se plaint alors d'un déplacement qui va dans le même sens que le mouvement. Dans les trajectoires curvilignes il a l'impression de prendre la tangente ou encore l'impression que la voiture va s'incliner, va rouler. C'est peut-être encore sur des trajectoires rectilignes une impression que la voiture s'incline comme si les pneus étaient dégonflés ou crevés ou qu'il existait un important problème avec les amortisseurs. L'inclinaison peut être de 10 à 20°, le patient s'incline donc pour corriger cette estimation faussée de la verticale s'agrippant au fauteuil du passager comme pour redresser la situation. C'est peut-être encore des décélérations lors d'embouteillage ou de freinage à un feu rouge, une impression de ne plus avoir de frein et que sa voiture continue le déplacement. Généralement, le patient se jette sur son frein à main mais la sensation persiste une à deux secondes.

Parfois encore

L'examen vestibulaire classique peut mettre en évidence une déviation de la verticale subjective de plus de 3° vers la droite ou vers la gauche (figure 1), peut constater au test de piétinement aveugle une latéro-pulsion ou encore au test de marche aveugle (trois pas en avant, trois pas en arrière) au moment de changement de direction un brusque désarroi et une perte d'équilibre.

Des tests plus puissants tels la rotation autour d'un axe incliné par rapport à l'apesanteur, des tests sacculo-coliques et des potentiels évoqués otolithiques corticaux révèlent une asymétrie de fonctionnement bien compensée dans la vie de tous les jours et révélée dans ces accélérations particulières qu'offrent la conduite automobile.

La classe des médicaments anti-vertigineux qui favorise la compensation, permet une compensation centrale.

La rééducation vestibulaire va hâter ces phénomènes naturels d'adaptation en créant des situations très comparables. Le sujet apprend à maintenir son équilibre dans des conditions visuelles déstabilisantes : fermer les yeux ou encore des projections de lumières tournantes dans la pièce (stimulations optocinétiques). On perturbe aussi les repérages proprioceptifs en marchant sur des plates-formes instables, des tapis de mousse. Un contrôle des performances de l'équilibre peut être effectué pendant ces déstabilisations visuelles et proprioceptives par une posturographie. Généralement au bout de deux mois à raison d'une séance par semaine et d'exercices d'équilibre effectués à la maison, les patients retrouvent en

confiance en eux et peuvent ré-aborder la conduite automobile sans déclencher des réactions d'anxiété disproportionnées. Peu à peu le système nerveux central modifie ses critères d'appréciation du déplacement en fonction de la pathologie périphérique. Ces dysfonctionnements otolithiques sont donc une des particularités de l'agoraphobie qui doit aussi avoir deux composantes : la composante phobique pré-existante au phénomène proprement dit et le dysfonctionnement otolithique qui arrive comme catalyseur.