

IMAGERIE DES VERTIGES D'ORIGINE CENTRALE

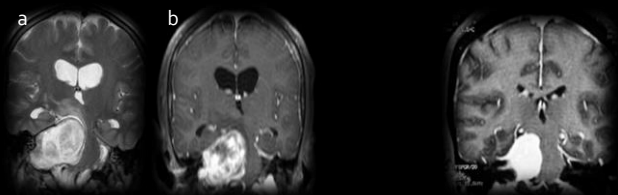
H. ZAGHOUBI, S. YAHYAOU, W. KARMANI*, S. MAJDOUB, L. BEN CHRIFA, TH. RZIGA, H. AMARA, D. BAKIR, C. KRAIEM

Service de radiologie, *Service d'ORL, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Objectif : Savoir faire le bilan radiologique d'un vertige d'origine centrale et connaître les principales atteintes centrales responsables de cette symptomatologie.

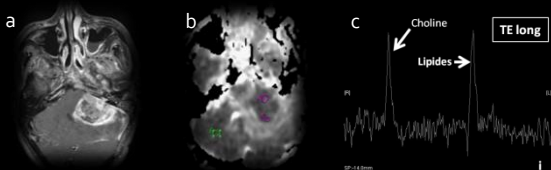
Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de douze dossiers radiocliniques de patients consultant pour un vertige présumé d'origine centrale selon les données de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Résultats : Le schwannome vestibulaire était de loin la lésion la plus fréquente dont les caractéristiques en imagerie permettaient d'en poser avec fiabilité le diagnostic. Les autres pathologies rencontrées étaient tumorales : méningiome et métastase de l'angle ponto-cérébelleux ; vasculaires : AVC cérébelleux ischémiques et hémorragiques, hémorragie méningée et infectieuses : abcès de la fosse postérieure.



Méningiome: IRM cérébrale en coupe T1 après Gadol : PEIC extra axial de l'APC droit se rehaussant de façon intense et homogène, notez le rehaussement de la méninge adjacente réalisant l'aspect en « queue de comète ».

Schwannome vestibulaire: IRM avec séquences coronales en SET2 (a) et T1+Gado (b): neurinome de l'acoustique droit se développant au niveau de l'angle ponto-cérébelleux droit avec double composante charnue et kystique, étendue au porus du méat auditif interne droit. La lésion de façon intense et hétérogène après injection de Gado.



Abcès cérébelleux droit: IRM cérébrale en séquence axiale T1+Gado: lésion irrégulière de l'hémisphère cérébelleux droit avec un rehaussement en anneau fin et régulier.

Métastase d'un UCNT du cavum: IRM cérébrale : processus expansif extra axial de la fosse postérieure de l'APC gauche à large base d'implantation sur la face postérieure du rocher, coupe axiale en séquence pondérée T1 après injection de Gado (a) : rehaussement intense et hétérogène délimitant des zones de nécrose avec un ADC élevé (b). SRM (c): important pic de lipides résonant à 1.3, une baisse du NAA et de la créatine et une élévation de la choline.

AVC cérébelleux hémorragique: scanner cérébral en coupe axiale sans injection du PC: plage spontanément hyperdense de l'hémisphère cérébelleux droit entourés par de l'œdème périlésionnel avec un effet de masse sur le V4.

Hémorragie méningée: scanner cérébral en coupe axiale sans injection du PC: hyperdensité spontanée le long de la faux du cerveau.

Discussion: Le vertige central est un déséquilibre ou un vertige due la cause se situe sur le trajet des voies vestibulaires centrales, à la différence du vertige périphérique incriminant l'organe vestibulaire périphérique (labyrinthe postérieur et nerf vestibulaire). Environ un quart des vertiges sont d'origine centrale; l'histoire clinique, l'examen du patient et les examens radiologiques permettent d'établir les diagnostics dominés par les accidents vasculaires, la SEP, les tumeurs de la fosse postérieure et les affections neurodégénératives.

Les AVC cérébraux (ischémiques ou hémorragiques) doivent être recherchés systématiquement chez des patients présentant des facteurs de risque ou devant des vertiges intenses d'apparition brutale, ce d'autant qu'ils sont associés à des céphalées et des signes neurologiques. le syndrome de Wallenberg est l'exemple le plus classique. Il s'agit d'un accident vasculaire ischémique de topographie latérobulbaire touchant les noyaux vestibulaires par occlusion d'une branche de l'artère vertébrale, ou de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure (PICA). Après un traumatisme cervical même minime, les vertiges peuvent faire suspecter une dissection d'une artère vertébrale : l'hématome frais sera bien visualisé par une séquence T1 sans injection avec saturation de graisse sur la base du crâne et la partie supérieure du cou. Il se présente sous la forme d'un croissant périvasculaire en hypersignal dans cette séquence. Dans la SEP, la séquence FLAIR ou T2 réalisée sur l'encéphale permet de visualiser le parenchyme sustentoriel pour poser le diagnostic de SEP (critères IRM de Barkoff) et aussi d'analyser le tronc cérébral à la recherche d'une lésion active (rehaussement périphérique en T1 injecté) du tronc cérébral. Toutes les pathologies tumorales de la fosse postérieure peuvent se révéler par des vertiges : métastases, lymphomes, médulloblastomes, neurinome...

Conclusion : Les vertiges sont un symptôme fréquent aux étiologies multiples dont le diagnostic repose en premier lieu sur l'examen clinique. Devant une suspicion de vertige d'origine centrale, les investigations radiologiques peuvent s'orienter en urgence vers une étiologie ischémique. Ailleurs, au contraire, on recherchera une pathologie tumorale sous-jacente. Le bilan diagnostique devant ce symptôme fréquent peut donc s'avérer complexe et doit être dirigé avec soin en fonction du contexte clinique qui reste essentiel.