

L'accident vasculaire cérébelleux

C. LE PAJOLEC

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex.

Devant un patient présentant des vertiges rotatoires aigus avec nausées, vomissements et troubles de l'équilibre, il faut toujours redouter un accident vasculaire (AV) cérébelleux, qui constitue une urgence thérapeutique du fait du risque neurologique d'engagement qu'il peut entraîner.

Chez un patient « au terrain vasculaire », le risque d'AV cérébelleux en cas de vertige aigu pourrait atteindre 25 % : il est donc essentiel de ne pas le méconnaître.

ÉTIOLOGIE

Les lésions sont de deux ordres :

– les infarctus cérébelleux, d'origine embolique ou par occlusion athéromateuse, atteignent le territoire d'une des 3 artères qui vascularisent le cervelet : artère cérébelleuse postéro-inférieure (PICA), artère cérébelleuse antéro-inférieure (AICA), ou artère cérébelleuse supérieure (CSA).

– les hématomes cérébelleux, dont la localisation peut être vermienne ou lobaire, sont le plus souvent liés à une hypertension artérielle (HTA) ou à un trouble de l'hémostase.

Les infarctus sont beaucoup plus fréquents que les hématomes (rapport 80 %-20 %)

DIAGNOSTIC

L'interrogatoire retrouve un vertige rotatoire aigu, survenu brutalement, souvent associé à des céphalées à

prédominance postérieure et à des troubles de l'équilibre marqués. Une dysarthrie est parfois associée.

Il recherche les antécédents du patient, en particulier ceux pouvant être à l'origine de lésions vasculaires : diabète, hypertension artérielle, pathologie artérielle identifiée, pathologie cardiaque, cardiopathie emboligène, trouble de l'hémostase, tabagisme, etc.

A l'examen, le patient est très instable, bien souvent incapable de se tenir debout. L'examen ORL est normal, en particulier l'otoscopie, et ne trouve aucun signe auditif associé.

Les manœuvres à la recherche de signes vestibulaires sont souvent impossibles : à la manœuvre de Romberg ou à la marche en étoile, le patient chute de façon variable sans déviation caractérisée (syndrome cérébelleux). Il existe parfois une latéro-pulsion en position debout les yeux fermés.

Le nystagmus est présent dans 50 % des cas environ. Il peut être horizontal, ou horizonto-rotatoire, ou bien multisen. Il peut également ne se révéler que dans le regard latéral (« gaze-evoked nystagmus ») et n'être que peu ou pas modifié par la fixation.

L'examen neurologique trouve un syndrome cérébelleux statique marqué et parfois un discret syndrome cérébelleux cinétique unilatéral (épreuve doigt-nez ou talon-genou) qui peut être associé à une dysarthrie ou une diplopie.

Ce tableau peut parfois s'accompagner de troubles de la conscience.

Le *tableau I* résume les éléments qu'il faut rechercher aux Urgences pour étayer ce diagnostic.

Parfois, le tableau est plus marqué, associant d'autres lésions déficitaires selon la localisation de l'AV (surdité associée, déficits des paires crâniennes, troubles de la déglutition, hypotonie ou troubles sensitifs d'un hémicorps), ou des anomalies des réflexes orientant vers

TABLEAU I. – *Éléments de suspicion d'accident vasculaire cérébelleux à rechercher aux urgences chez un patient à risque vasculaire.*

Vertige aigu rotatoire brutal
Céphalées postérieures
Instabilité et impossibilité de se tenir debout
HTA, cardiopathie emboligène, trouble de l'hémostase
Nystagmus à caractère central ou inhabituel
Syndrome cérébelleux statique et cinétique
Autres signes déficitaires neurologiques, dysarthrie
Troubles de la conscience

d'autres lésions d'origine vasculaire comme un AV du tronc cérébral ou un syndrome de Wallenberg.

Plus rarement, le tableau clinique est discret, évoquant d'abord une névrite, avec vertiges rotatoires et troubles de l'équilibre, sans céphalées ni dysarthrie.

C'est l'instabilité et parfois l'existence d'une latéropulsion axiale qui doit attirer l'attention, ainsi que le fait que le nystagmus n'est pas modifié par la fixation ou révélé dans le regard latéral.

ÉVOLUTION

Le tableau peut très vite s'aggraver, mettant en jeu le pronostic vital : une compression de l'aqueduc avec hydrocéphalie sus-tentorielle ou une souffrance du tronc peuvent entraîner un engagement. De même, l'hématome peut prendre une forme suraiguë.



FIG. 1. – Scanner d'un accident vasculaire cérébelleux. La flèche indique la lésion ischémique.

La survenue très rapide de complications impose une surveillance rapprochée du patient, même lors d'exams radiologiques éventuels.

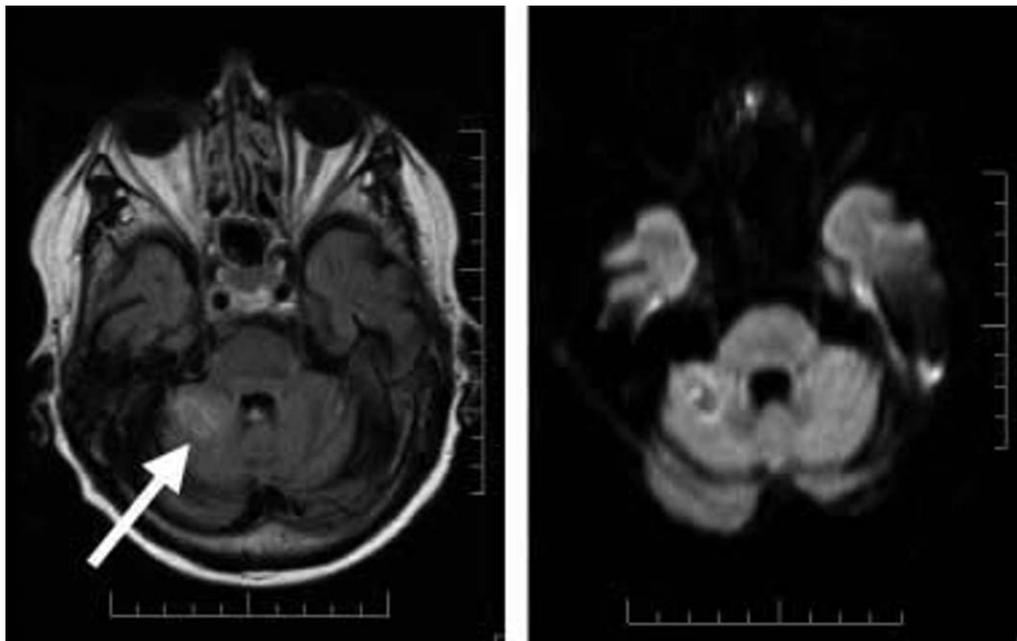


FIG. 2. – IRM d'un accident vasculaire cérébelleux. La flèche indique une petite lésion hémorragique.

Cette possible évolution péjorative impose d'effectuer une imagerie en urgence (scanner puis, au mieux, IRM) devant toute suspicion d'AV cérébelleux (*fig. 1 et 2*). Selon les résultats de l'imagerie, le patient doit être ensuite dirigé vers un service spécialisé (neurologie ou neurochirurgie). Une intervention neurochirurgicale en urgence peut être nécessaire pour évacuer un hématome compressif.

Dans les cas d'évolution favorable, éventuellement après traitement neurochirurgical, un bilan étiologique complet sera nécessaire : recherche d'une cardiopathie

emboligène, d'une hypertension artérielle, d'une malformation vasculaire ou d'un trouble de l'hémostase.

CONCLUSION

Les patients « à risque vasculaire » qui présentent des vertiges aigus brutaux sans syndrome vestibulaire périphérique caractéristique doivent être considérées comme suspects d'accident vasculaire cérébelleux et une imagerie doit être réalisée en urgence.
