

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Présentation

Le vertige visuel est défini comme un étourdissement provoqué par des environnements/motifs visuels répétitifs en mouvement couvrant une grande partie du champ visuels.¹ Il existe plusieurs théories concernant l'origine du vertige visuel / sensibilité au mouvement; une théorie est la hypersensibilité au mouvement et les vertiges visuels seraient dus à un conflit sensoriel ou à une discordance entre les systèmes visuel, vestibulaire et somatosensoriel.^{2,3} On pense qu'il existe une discordance possible entre ce que la personne anticipe et les stimuli externes perçus.

Une autre théorie serait que la combinaison d'un trouble vestibulaire et d'une dépendance visuelle sous-jacente, causerait le vertige visuel.¹ Il existe plusieurs diagnostics qui peuvent contribuer au vertige visuel / sensibilité au mouvement: migraine vestibulaire, traumatisme crânien, syndrome post-commotionnel et vertiges cervicogéniques/étourdissements associés au coup du lapin.² Les troubles psychologiques, y compris les crises de panique, sont également des diagnostics différentiels importants.¹

Symptômes

Les symptômes du vertige visuel et/ou de la sensibilité au mouvement comprennent des étourdissements épisodiques, pâleur, hypersudation, fatigue, salivation, nausées, vomissements, un déséquilibre, vertiges et désorientation. Les symptômes sont généralement provoqués par un mouvement passif (comme un voyage en voiture ou en bateau ou avion) ou par le mouvement de l'environnement visuel en restant immobile. Des exemples d'environnements visuels en mouvement : un flux optocinétique rotatif, regarder de grands objets en mouvement (trafic, nuages, arbres) ou voir d'un film sur grand écran.^{1,3,4,5,7,8}

Diagnostics

Le Dizziness Handicap Inventory (DHI) et le Motion Sensitivity Quotient (MSQ) sont les outils les plus souvent utilisés dans le diagnostic de l'hypersensibilité au mouvement. Dans le DHI, le patient répond à 25 questions pour identifier les difficultés que le patient peut éprouver par rapport à ses symptômes.² Dans le MSQ, le patient subit 16 changements de position de tête et du corps différents au cours desquels l'intensité et la durée de tous les symptômes sont cotées, ainsi un quotient est calculé.⁶

Le Situational Characteristics Questionnaire évalue la gêne liée à l'espace et aux mouvements observés chez les patients vertigineux et agoraphobes.⁷

Un examen oculomoteur, des tests de la fonction VOR et d'autres tests de la fonction vestibulaire doivent être effectués pour écarter une pathologie vestibulaire centrale ou périphérique.

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Le Clinical Test for Sensory Interaction and Balance (CTSIB) est utile pour identifier les entrées sensorielles (vestibulaires, visuelles et somatosensorielles) que le patient utilise pour la stabilité posturale. La posturographie dynamique informatisée, qui utilise une plateforme de force et un environnement mobile, objective davantage les capacités du patient à résoudre les conflits sensoriels dans les efforts pour s'équilibrer.²

Traitement:

Le traitement du vertige visuel et de la hypersensibilité au mouvement implique une rééducation vestibulaire ainsi qu'une éducation sur les stratégies de compensation. Des exercices d'habituation sont effectués pour diminuer les symptômes de vertiges provoqués par le mouvement. Ces exercices sont sélectionnés en identifiant les mouvements et les positions qui provoquent des symptômes lors de l'évaluation avec le MSQ. Avec le temps, et la répétition des mouvements, les symptômes diminuent et de nouveaux exercices peuvent être introduits.⁶ En plus des exercices de rééducation vestibulaire standards, les patients bénéficient d'une stimulation optocinétique (OKS) et d'exercices impliquant un conflit visuo-vestibulaire.^{1,4,7,8} Au fur et à mesure que la compensation se met en place, le patient passe d'un contrôle postural dépendant visuel à un contrôle postural plus proprioceptif avec l'utilisation d'informations vestibulo-proprioceptifs.^{4,5,7,8}

Références:

1. Bronstein AM. Vision and Vertigo: Some visual aspects of vestibular disorders. *J Neurol.* 2004;251:381-387.
2. Herdman SJ. Vestibular Rehabilitation. 3rd Ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2007.
3. Sawle G. Visual vertigo. *The Lancet.* 1996;347:986-987.
4. Guerraz M, Yardley L, Berthon P, et al. Visual vertigo: symptom assessment, special orientation and postural control. *Brain.* 2001;124:1646-1656.
5. Bronstein AM. The visual vertigo syndrome. *Acta Otolaryngol.* 1995;520:45-48.
6. Smith-Wheelock M, Shepard NT, Telian SA. Physical therapy program for vestibular rehabilitation. *American J Otol.* 1991; 12(3):218-225.
7. Pavlou M, Davies RA, Bronstein AM. The assessment of increased sensitivity to visual stimuli in patients with chronic dizziness. *J Vestib Res.* 2006; 16(4-5): 223-31.
8. Pavlou M, et al. The effect of repeated visual motion stimuli on visual dependence and postural control in normal subjects. *Gait Posture.* 2011 Jan; 33(1):113-118.