

# NYSTAGMUS CENTRAL VS PERIPHERIQUE & « HINT test»

## HEAD IMPULSE TEST

(= TEST DU RÉFLEXE VESTIBULOOCULAIRE).

### Réalisation du test

- Patient assis, demander de « **Regardez bien le bout de mon nez, quoi qu'il arrive, ne lâchez pas.** »
- Tenir sa tête avec les deux mains (tempes/occiput) et faire de **petites rotations rapides et imprévisibles de la tête de ~10-20** à droite et gauche, chaque fois en revenant au centre. Mouvements: brefs, secs, pas rythmés,

### Interprétation

- HIT anormal → Pb périphérique** → Quand tu tournes vite la tête du côté lésé, les yeux ne restent pas fixés sur ton nez → ils suivent le mouvement de la tête puis reviennent en arrière par une **saccade de rattrapage**.
- HIT normal → pb central jusqu'à preuve du contraire**  
Les yeux restent fixés sur ton nez sans saccade visible (ex: névrite vestibulaire)

## NYSTAGMUS

### Réalisation du test

- Patient assis, tête immobile. Tu lui demandes de regarder droit devant (position primaire) puis à droite puis à gauche puis en haut/bas.
- Noter la direction du nystagmus: horizontal, hori-rotatoire, vertical, torsionnel pur, si il change de sens avec le changement direction du regard et si son amplitude est plus forte dans une direction ou elle diminue avec la fixation d'un point

### Interprétation

- Nystagmus périphérique :**
  - Unidirectionnel** que le patient regarde à droite ou à gauche
  - Horizonto-rotatoire** et plus fort quand le patient regarde du côté du battement rapide, plus discret en position primaire, encore plus discret dans le regard opposé (**obéit à la loi d'Alexander**)
  - Diminue avec la fixation** visuelle et plus marqué avec lunettes de Frenzel dans la pénombre).
- Nystagmus d'origine centrale**
  - Change de direction** : bat à droite en regard droit, bat à gauche en regard gauche.
  - Vertical** : surtout en position primaire du regard.
  - Nystagmus torsionnel pur** : rotation des vx de la conjonctive qui tournent rapidement puis reviennent plus lentement en place)
  - Ne suit pas la loi d'Alexander** : intensité symétrique ou paradoxale, ne diminue pas franchement en position primaire.

## TEST D'OCLUSION-DÉSOCLUSION (SKEW TEST)

### Réalisation du test

- Patient assis, regarde ton nez.
- Tu prends ta main ou une carte, et tu couvres un œil (par ex. l'œil droit) pendant 2-3 secondes. Tu découvres brusquement l'œil droit et tu observes le mouvement de cet œil en revenant à la fixation. Tu recommences de l'autre côté (couvrir l'œil gauche, puis découvrir).

### Interprétation

- Test de skew **normal (périphérique)** : à la découverte, l'œil **reste centré** sans mouvement vertical correcteur
- Test de skew **anormal (central)** : à la découverte, l'œil fait un mouvement vertical de correction (il remonte ou descend pour revenir sur la cible) → signe d'une atteinte centrale (tronc/cérébelleux, voies otolithiques).

## SYNTHÈSE

**Nystagmus périphérique** Head Impulse : **anormal** (saccades de rattrapage nettes du côté lésé).

- Nystagmus : **unidirectionnel, horizonto-rotatoire**, qui suit la **loi d'Alexander**.
- Diminué à la fixation d'un objet**
- Test d'occlusion-désocclusion normal** → Pas de déviation verticale du regard
- Absence d'autres signes neurologiques associés**: diplopie, dysarthrie, ataxie sévère, troubles moteurs

→ **Névrite vestibulaire très probable.**

### **Nystagmus central**

- Head Impulse : **normal**
- Nystagmus : **direction-changing, vertical** ou **torsionnel pur**.
- Test d'occlusion-désocclusion anormal** → déviation verticale

→ **Suspicion forte d'AVC (a.cérébrale inféro post/ant, tronc cerebral)**

→ **avis neuro en urgence + IRM cérébelleuse/tronc**

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE SD DE VERTIGE AIGÜ

**Sd de vertige aigu** : début brutal/subaigu, vertige ou déséquilibre continu ≥ 24 h, nystagmus spontané, instabilité à la marche, ± nausées/vomissements, chez un patient éveillé non traumatisé.

Pathologie principale	Fréquence estimée*	Mots-clés	HINTS (résumé)	Latitude clinique
Migraine vestibulaire / BPVC	≈ 30–40 %	Crises, paroxystique, pâleur, céphalées	En général pas de Sd de vertige aigu continu. Nystagmus discret ou absent hors crise. HINTS souvent normal.	Large : suivi en cabinet, bilan ORL/néuro différé. Urgence si céphalée atypique ou signes neuro.
VPPB (enfant)	≈ 5–15 %	Positionnel, bref, déclenché, Dix-Hallpike +	Crises très brèves, strictement positionnelles → HINTS non adapté (pas de Sd de vertige aigu continu). Nystagmus positionnel typique.	Assez large : manœuvres de repositionnement. Imagerie si forme atypique ou doute central.
Otite / labyrinthite / névrite vestibulaire	≈ 10–20 %	ORL récent, continu, nystagmus, vomissements	Sd de vertige aigu périphérique : nystagmus unidirectionnel horizonto-rotatoire, HIT anormal, skew négatif → profil périphérique.	Vigilant : prise en charge urgente, pas forcément d'IRM si HINTS clairement périphérique et pas de signes neuro. Réévaluation si atypie.
Vertige fonctionnel / anxieux	≈ 10–20 %	Ado, flou, stress, examen normal	Pas de nystagmus spontané franc, HINTS normal, marche globalement préservée.	Large : bilan de base, rassurer, pas d'imagerie d'emblée si tableau typique. Explorer anxiété, sommeil, contexte scolaire/social.
Ataxie aiguë post-infectieuse / migraine basilaire	≈ 5–10 %	Post-viral, ataxie, céphalées, enfant	HINTS variable, parfois "central-like". Ne pas se fier à un seul signe : regarder marche, langage, conscience.	Prudente : avis neuro, souvent IRM si ataxie marquée ou signes associés. Bon pronostic global mais surveillance.
AVC cérébelleux / tronc (PICA/AICA)	< 1–2 %	Brutal, Sd de vertige aigu continu, nystagmus central, ataxie	HIT normal, nystagmus direction-changing / vertical / torsionnel, skew souvent positif.	Très étroite : urgence vitale → IRM/angio-IRM immédiate, avis stroke. Ne jamais rassurer sur simple clinique.
Tumeur fosse postérieure	≈ 1–3 %	Céphalées, vomissements, ataxie progressive, HTIC	HINTS peu fiable seul : nystagmus possible, tableau progressif (marche, céphalées matinales, vomissements).	Très prudente : IRM systématique si symptômes progressifs, troubles de marche, céphalées + vomissements, stagnation staturo-pondérale.
Malformation (Chiari, autres) / hydrocéphalie	≈ 1–3 %	Chronique, déséquilibre, céphalées, Valsalva +	Nystagmus parfois vertical/complexé. HINTS non validé : tableau souvent chronique/progressif avec signes d'HTIC ou pyramidaux.	Prudente : IRM cérébrale/charnière si céphalées d'effort/Valsalva, scoliose, troubles marche, signes pyramidaux.