

Syndrome cérébelleux

1. Généralités

Initiation de la voie cérébelleuse au niv. du cortex cérébelleux → noyau thalamique
→ cortex sensori-moteur → puis emprunte voie pyramidale (= nouvelle décussation).
⇒ 2 décussations donc atteinte cervelet = homolatéral aux lésions.

Physiologie

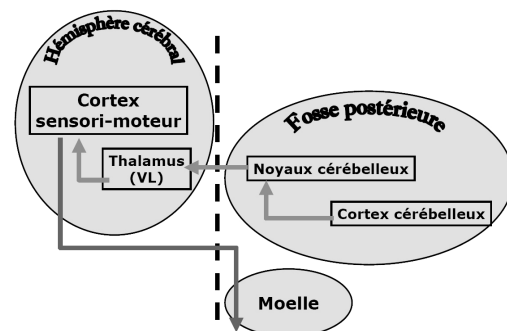
- cervelet -> coordination agonistes/antagonistes

Sémiologie

- Adaptation posturale (axe) = vermis = **syndrome cérébelleux statique**
- Exécution mouvement volontaire (membres) = hémisphères = **syndrome cérébelleux cinétique** = symptômes et syndromes homolatéraux

Imagerie

- atrophies du cervelet dans certaines zones → signe de syndrome cérébelleux



2. Syndrome cérébelleux statique

a. Station debout

- Élargissement du **polygone de sustentation** = écarter les jambes pour maintenir l'équilibre
- Oscillations et risque de chutes
 - Tronc
 - Danse des tendons +++ = contraction anarchique des tendons
 - Non modifiés par occlusion des yeux (**Romberg -**)

b. Marche

- Enjambées irrégulières, embardées = démarche ébrieuse → le malade ne peut plus suivre une ligne droite imaginaire.
- Demi-tour instable, décomposé = **Ataxie** cérébelleuse

c. Oculomotricité

- **Nystagmus** (multidirectionnel) = mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire → perturbation de la coordination des muscles de l'œil. (pas spécifique de ce syndrome).

d. Troubles du tonus

- Hypotonie
- Réflexes pendulaires : la réponse à la percussion est normale mais suite à la contraction lorsque le membre reprend sa position de repos, le muscle se contracte de nouveau plusieurs fois créant de petites oscillations autour de cette position de repos.
- Augmentation ballant membres (mobilisation du tronc)
- Manœuvre de **Stewart-Holmes** : patient doit réaliser une flexion forcée de l'avant bras et le médecin exerce une résistance puis ensuite lache le bras du patient → si patient ne peut stopper son bras et se frappe le thorax → syndrome cérébelleux statique.

e. Asynergie

- Perte des synergies physiologiques
- Pas de décollement des talons à l'accroupissement
- Décollement des talons au redressement dans le lit

3. Syndrome cérébelleux cinétique

Le patient a des difficultés à faire des mvts avec précision, il y a une exagération de l'amplitude malgré une bonne orientation pour atteindre son but.

a. Dysmétrie (=> hypermétrie)

- Exagération d'amplitude du mouvement avec oscillations
- Conservation de la direction intentionnelle
- Tremblement intentionnel ++ : ce syndrome ne donne pas de tremblements, mais les symptômes donnent une impression de tremblement → c'est en fait une instabilité posturale.
- Pas de modification par l'occlusion des yeux
- Epreuves : doigt-nez et talon-genou

b. Adiadococinésie

- Difficulté à l'exécution des mvts alternatifs rapides
- Epreuve des marionnettes

c. Dyschronométrie

- Retard à l'initiation du mouvement

d. Ecriture

- Lettres irrégulières, de grande taille
- Gène au dessin d'une échelle
- Reproduction d'une courbe

Patricia Baretto Gimault



e. Parole

- Voix lente, explosive, scandée = **dysarthrie cérébelleuse**

4. Ataxie

= Troubles combinés de la **statique** et de la **marche**, sans déficit moteur

Différentes ataxies ++ :

a. Cérébelleuse

- Augmentation polygone de sustentation
- Démarche ébrieuse
- Non aggravée par l'occlusion oculaire

b. Sensitive

- Signe de **Romberg +** → le patient doit se tenir debout, talons joints, bras tendus, puis fermer les yeux. Si l'on observe une déviation latéralisée du corps (tendance à chuter d'un côté) ou une oscillation des membres supérieurs, on en conclue que le patient est atteint d'une défaillance de la sensibilité proprioceptive, car il n'y a plus d'adaptation automatique.
- Main instable ataxique
- Démarche talonnante
- Aggravée par l'occlusion oculaire

c. Labyrinthique vestibulaire VIII

- **Romberg** latéralisé : le patient aura tendance à chuter du côté du nerf atteint.
- Déviation latéralisée à la marche
- Aggravée par l'occlusion oculaire