

VERTIGE (AVEC LE TRAITEMENT)

Dr Vincent Burcia, Pr Michel Mondain

Service ORL, CHU Gui-de-Chauliac, 34295 Montpellier Cedex 5, France

m-mondain@chu-montpellier.fr

OBJECTIFS

Chez un sujet se plaignant de vertige, **ARGUMENTER** les principales hypothèses diagnostiques et **JUSTIFIER** les examens complémentaires pertinents.

ARGUMENTER l'attitude thérapeutique et **PLANIFIER** le suivi du patient.

Définition

Il s'agit de la sensation subjective et erronée de déplacement du patient dans son environnement ou vice versa.

Physiopathologie

Le vestibule (labyrinthe postérieur) est un propriocepteur sensible aux mouvements de rotation de la tête, aux déplacements linéaires, et à la position de la tête dans l'espace.

Le trépied de l'équilibre repose sur la complémentarité et la cohérence des informations provenant de la vision, de la sensibilité profonde et du vestibule (fig. 1).

Le fonctionnement anormal du système vestibulaire provient du dysfonctionnement d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- le récepteur périphérique (vestibule) avec une partie hydraulique (possibilité d'hyperpression de l'endolymphe ou de fuite de périlymphe) et une partie cellules sensorielles (possibilité de destruction ou d'irritation) ;
- le contingent vestibulaire du nerf auditif (VIII) ;
- les noyaux vestibulaires bulbaires et de l'archéocervelet.

Le vertige survient lors d'une altération généralement brutale du fonctionnement d'un de ces éléments, entraînant une incohérence des stimuli perçus.

Anamnèse et données de l'interrogatoire

C'est l'étape primordiale dans l'établissement du diagnostic positif et étiologique.

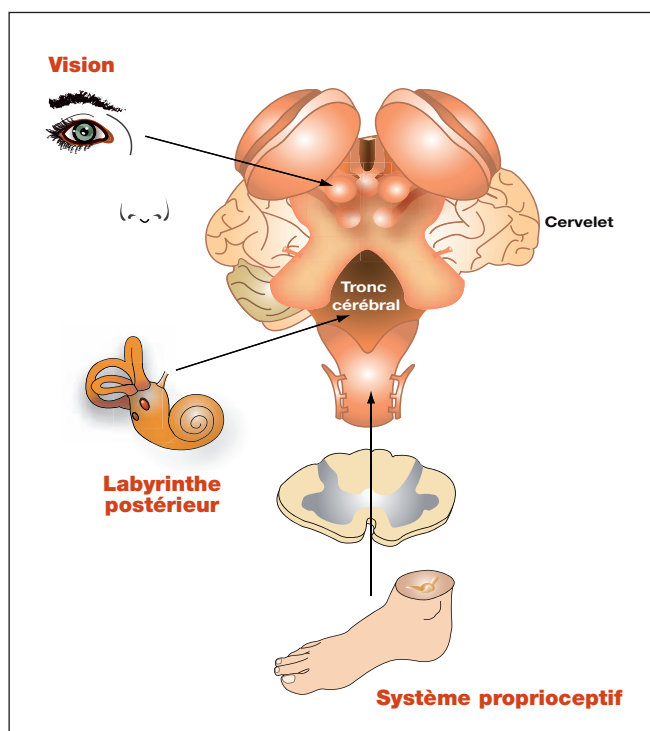


FIGURE 1 Le tronc cérébral reçoit des informations des afférences visuelles, labyrinthiques, proprioceptives. Le cervelet permet le contrôle de la coordination des mouvements. Une incohérence de références entre les différents récepteurs entraîne un vertige. L'intensité de celui-ci est liée à la brutalité du changement d'information. Une modification progressive entraîne une compensation : le patient se plaint d'instabilité.

Affirmer le vertige

Le patient ressent un déplacement, le plus souvent rotatoire, assimilable à un tour de manège. Le sens de rotation, horaire ou antihoraire, peut être précisé. Rarement la sensation s'apparente à un déplacement linéaire antéropostérieur, latéral ou vertical (chute dans un trou, montée en ascenseur) ou à des oscillopsies. Le vertige peut être assimilé dans l'esprit du patient à une instabilité, un trouble de l'équilibre, une sensation d'ébriété.

L'interrogatoire policier s'attache à éliminer des symptômes trompeurs pour les patients et à écarter ce qui n'est pas un vertige :

- des lipothymies ;
 - des malaises ;
 - un flou visuel, des « mouches volantes » ;
 - des manifestations phobiques (agoraphobie-acrophobie).
- Une perte de connaissance n'est jamais d'origine vestibulaire.

Caractéristiques de la crise vertigineuse

La durée du vertige (et non de l'instabilité) : variable, elle est globalement soit de quelques secondes, soit de quelques minutes, soit de quelques heures ou de quelques jours. Il s'agit d'une donnée fondamentale pour l'orientation étiologique.

Facteurs déclenchant le vertige :

- aucun (vertige spontané sans mouvement de la tête) ;
- position déclenchante (mise en décubitus latéral droit, ou gauche, ou lever, ou coucher, ou tête en l'air...), rotation rapide de la tête, mouvement autre de la tête ;
- stimulus pressionnel (manœuvre de Valsalva, mouchage, toux, éternuement, efforts de défécation) ;
- perception d'un son grave de forte intensité (effet Tullio).

Le caractère récidivant du vertige : l'anamnèse doit classer l'épisode vertigineux en grande crise vertigineuse unique, répétition de une ou plusieurs crises antérieures, ou vertige permanent. S'il y a répétition des crises, on apprécie la date de la première crise et la fréquence des crises, ainsi que leur caractère invalidant.

Les symptômes associés sont :

- les troubles cochléaires : acouphènes et/ou surdité. La chronologie des symptômes est importante à préciser ;
- les céphalées : la présence de céphalées anormales pour le sujet doit faire rechercher une cause centrale ;

- les troubles neurovégétatifs : nausées et vomissements (qui orientent souvent à tort vers une affection digestive), pâleur, sueurs. Ils présentent peu de valeur d'orientation ;

Les antécédents personnels et familiaux : anxiété, vasculaires (HTA, cardiopathie, dyslipidémie), traumatique, (traumatisme crânien, chirurgie otologique), neurologiques, médicamenteux (hypotenseurs, neuroleptiques...) et les pathologies infectieuses de l'oreille.

Données de l'examen clinique

Examen labyrinthique

Il s'agit essentiellement de rechercher un syndrome vestibulaire, de le classer en périphérique ou central, et d'amener des arguments étiologiques.

1. Nystagmus

On recherche le nystagmus et les déviations segmentaires : sa recherche est facilitée par l'utilisation de lunettes de Frenzel ou d'un système de vidéonystagmoscopie. Le mouvement des yeux est biphasique asymétrique (mouvement lent suivi d'un mouvement rapide de rappel [arc réflexe]). La phase rapide définit le sens du nystagmus.

En l'absence de stimulation, au repos, un nystagmus conjugué des deux yeux est toujours pathologique.

Les arguments en faveur d'un nystagmus d'origine périphérique sont :

- il bat dans le même sens, quelle que soit la position des globes oculaires (vestibule, nerf vestibulaire, noyau vestibulaire) ;
- il est horizontal ou horizonto-rotatoire ;
- il augmente d'intensité en l'absence de fixation oculaire.

A contrario, les arguments en faveur d'un nystagmus d'origine centrale sont :

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Dans la prise en charge des vertiges, le recueil des données de l'anamnèse doit constituer un objectif primordial. Lors d'un dossier d'ECN, la transcription des données de l'interrogatoire peut être volontairement non exhaustive. Le tableau clinique sera alors très évocateur et devra guider votre rédaction. Par vos réponses, vous devrez montrer que vous avez compris la finalité globale du dossier sans toutefois vous abstenir

de discuter, si nécessaire, les diagnostics et prises en charge annexes.

Un vertige aigu paroxystique (tableau de névrite vestibulaire) peut parfaitement s'associer à une paralysie faciale périphérique et à une surdité brusque, homolatérales, et constituer un syndrome de Sicard, qui correspond au zona otitique. Ce dossier intéressant permet de discuter le diagnostic, le bilan

et la prise en charge de chacun des symptômes ainsi que de l'étiologie et des séquelles. De même, un tableau d'AVC du tronc cérébral évocateur d'un syndrome alterne constitue la base d'un dossier complet avec diagnostic, prise en charge de l'urgence, traitement étiologique éventuel, gestion des complications immédiates et tardives, réadaptation et rééducation secondaires.

Vertige (avec le traitement)

POINTS FORTS À RETENIR

- ➊ Le vertige est un symptôme et non un diagnostic.
- ➋ L'anamnèse est la clé de l'examen clinique.
- ➌ Tout tableau incomplet ou dysharmonieux impose une exploration neurologique.
- ➍ La vestibulonystagmographie confirme le diagnostic de déficit vestibulaire périphérique.
- ➎ Par ordre de fréquence, les vertiges d'étiologie périphérique sont : le vertige positionnel paroxystique bénin, la neuronite vestibulaire, la maladie de Ménière, le neurinome de l'acoustique.



- il peut battre dans tous les sens et toutes les directions ;
 - il persiste ou augmente à la fixation oculaire.
- L'examen vestibulaire recherche les déviations segmentaires suivantes :
- déviation des index à la manœuvre des bras tendus ;
 - déviation lors de la manœuvre de Romberg ;
 - déviation à la marche aveugle ou au test de piétinement.
- Ces signes cliniques doivent être harmonieux dans le cas d'un syndrome périphérique. La déviation correspond alors à la direction de la secousse lente du nystagmus.

2. Manœuvres

Des manœuvres sont réalisées pour provoquer le vertige et le nystagmus.

La manœuvre de Dix et Hallpike en faveur d'un vertige positionnel paroxystique bénin : le sujet est assis au milieu d'une banquette. Le praticien qui lui fait face l'amène rapidement en décubitus latéral, mettant sa tête en hyperextension et en rotation à 45° vers le haut. Cette manœuvre est positive lorsque apparaît un nystagmus vertico-rotatoire, vertical supérieur, et rotatoire horaire pour la mise en décubitus latéral gauche, ou rotatoire antihoraire pour la mise en décubitus latéral droit. Il est ainsi considéré comme géotropique.

Il apparaît après quelques secondes de latence ; il est de type crescendo-decrescendo ; il disparaît progressivement en moins de 30 secondes. Il est accompagné d'un violent vertige de courte durée, habituellement sans nausée.

Ce nystagmus s'inverse au retour à la position assise. Son caractère est épuisable.

Signe de la fistule en faveur d'une fistule périlymphatique post-traumatique : déclenchement d'un nystagmus par la modification de la pression dans le conduit auditif externe par un appui sur le tragus ou mieux à l'aide d'un spéculum pneumatique, dit de Siegel.

Examen extralabyrinthique

Il recherche des arguments étiologiques

L'examen ORL est systématique, et en particulier l'otoscopie à la recherche d'une otite moyenne aiguë, d'un cholestéatome ou d'un hémotympan.

L'examen neurologique comprend surtout l'examen de la motricité oculaire, des paires crâniennes et de la fonction cérébelleuse. L'examen neurologique sera complet pour rechercher un syndrome alterne.

L'examen cardiovasculaire, dont le but est d'éliminer un faux vertige ou de rechercher une cause à un vertige supposé d'origine centrale : une hypertension artérielle, une hypotension orthostatique, un souffle cardiaque ou vasculaire cervical, un trouble du rythme.

Examens complémentaires

Ils sont essentiellement à visée étiologique.

Examens audiométriques

Ils sont indispensables pour authentifier ou éliminer une atteinte cochléaire associée :

- examen audiométrique tonal pour différencier une surdité de transmission d'une surdité de perception ;
- examen audiométrique vocal orientant éventuellement vers une surdité de perception rétrocochléaire, en cas de dissociation tonale-vocale ;
- éventuellement enregistrement des potentiels évoqués auditifs.

Vestibulométrie sous vidéonystagmographie

La vestibulométrie sous vidéonystagmographie confirme le caractère périphérique et vérifie la normalité de l'oculomotricité. Elle permet l'enregistrement des nystagmus spontanés et provoqués (positionnels : vertige positionnel paroxystique bénin ; liés à une hyperpression : fistule labyrinthique ; liés à une stimulation calorique : une aréflexie ou une hyporéflexie (uni-) bilatérale peuvent être observées et l'existence d'une compensation centrale est étudiée.

Imagerie

À l'issue de l'ensemble des examens cliniques et paracliniques, le diagnostic peut être affirmé dans la grande majorité des cas. Toutefois, l'imagerie peut être nécessaire dans certaines situations. On prescrit alors :

- une TDM, pour étudier les structures osseuses de l'oreille moyenne, de l'oreille interne et du rocher, surtout en cas de suspicion de labyrinthite ou dans un contexte d'otospongiose ou de traumatisme du rocher ;
- une IRM, en urgence (avec injection), en séquences de diffusion, en cas de suspicion d'accident vasculaire (AVC) de la fosse postérieure (à défaut : TDM) ou en cas de suspicion de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ou des conduits auditifs internes (neurinome du VIII).

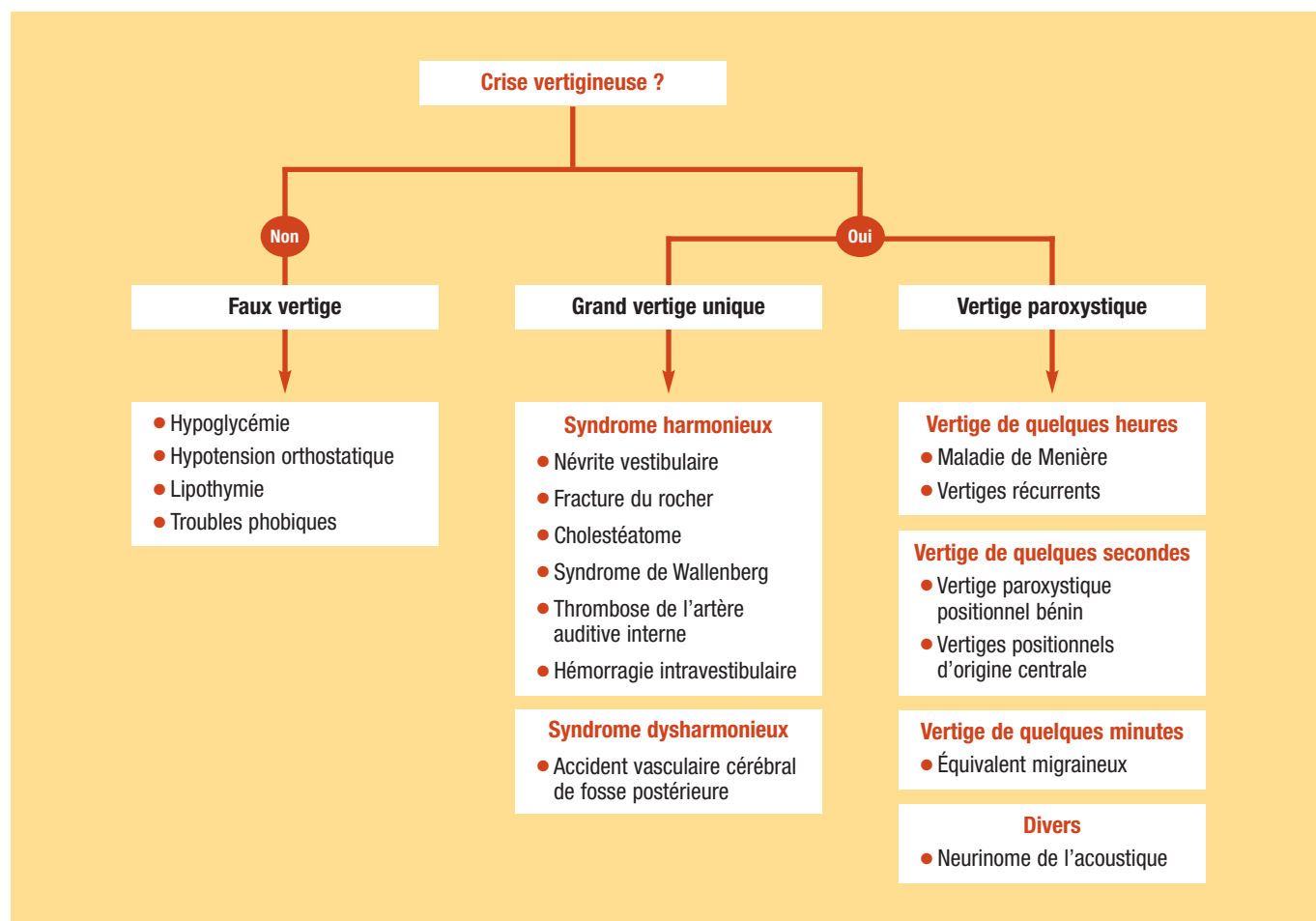


FIGURE 2 Diagnostic étiologique face à une crise vertigineuse.

Diagnostic étiologique

Après l'interrogatoire et l'examen clinique, le caractère périphérique ou central doit être affirmé. Des examens complémentaires peuvent être réalisés pour confirmer le diagnostic topographique et étiologique (fig. 2).

Grand vertige unique

Il correspond à la diminution brutale unilatérale des afférences vestibulaires responsable d'un vertige rotatoire, de début brusque, durant plusieurs jours, disparaissant progressivement en quelques semaines, accompagné de nausées et de vomissements. La guérison se fait le plus souvent par compensation à partir des informations du vestibule opposé, alors que le vestibule pathologique reste plus ou moins déficient. La mobilisation du patient est indispensable pour activer cette compensation. La prescription de médicaments antivertigineux doit être la plus brève possible (en général 2 à 4 j). On peut prescrire des antiémétiques pour lutter contre le syndrome neurovégétatif ressenti comme très pénible.

1. En cas de syndrome harmonieux

Le diagnostic le plus probable est celui de névrite vestibulaire, dont l'origine virale est probable, mais non certaine en l'absence d'autres signes d'atteinte virale (cas du zona otitique). Il n'existe pas de signes cochléaires ni d'antécédent particulier. Une cause vasculaire périphérique peut être évoquée, mais ne peut pas être prouvée. La vestibulométrie montre une aréflexie unilatérale. La guérison spontanée apparaît en 4 à 6 semaines sans traitement, par compensation ou récupération ipsilatérale. Elle est favorisée par la rééducation vestibulaire. Le suivi du patient permet de contrôler (cliniquement, épreuves rotatoires, Equitest) la qualité de la compensation afin de stopper la rééducation.

La symptomatologie est identique dans des contextes cliniques différents.

Fracture transversale du rocher (translabirynthique) : dans ce cas, le vertige peut-être associé à une surdité de perception unilatérale définitive ou rapidement évolutive par destruction cochléo-vestibulaire. Il faut savoir évoquer dans ce contexte traumatique une fistule périlymphatique face à un vertige positionnel avec

signe de la fistule positive, surdité fluctuante ou progressive. Une intervention peut alors s'imposer en urgence pour fermer la fistule après bilan scanographique afin de sauver l'audition et de stabiliser les vertiges.

Otite chronique cholestéatomateuse entraînant une labyrinthite (destruction cochléo-vestibulaire) : l'exérèse chirurgicale du cholestéatome s'impose en urgence. Il faut rechercher à l'otoscopie des signes de cholestéatome (cf. cholestéatome), un signe de la fistule, et pratiquer une TDM et/ou une IRM.

Thrombose de l'artère auditive interne : destruction cochléo-vestibulaire par phénomène ischémique.

Hémorragie intravestibulaire : destruction cochléo-vestibulaire par mécanisme pressonnier et vasculaire.

Syndrome de Wallenberg : il se manifeste également par un vertige intense, unique, à début brusque, mais il s'accompagne d'une riche symptomatologie neurologique : paralysie vélo-pharyngolaryngée ipsilatérale à la lésion (troubles de la déglutition), anesthésie de l'hémiface ipsilatérale et de l'hémicorps controlatéral, syndrome cérébelleux et signe de Claude Bernard-Horner.

2. Syndrome dysharmonieux.

Il est de diagnostic étiologique plus difficile.

L'infarctus cérébelleux peut simuler la névrite vestibulaire. Les signes neurologiques sont souvent discrets, en particulier les signes cérébelleux, mais certains éléments sont capitaux pour le diagnostic :

- instabilité majeure et céphalées sont toujours présentes ;
- le nystagmus est variable : multidirectionnel, non aboli par la fixation ;
- la notion d'antécédents vasculaires.

L'IRM en urgence avec séquence en diffusion-perfusion confirme le diagnostic.

Vertiges paroxystiques

Les notions de mode de début et de durée de la (des) crise(s) sont ici primordiales.

1. Vertiges intenses durant quelques heures

Maladie de Ménière : elle associe des crises de vertiges intenses rotatoires, durant quelques heures, sans facteur déclenchant, itératifs, accompagnés de surdité (avec diplacousie : distorsion de hauteur du son sur l'oreille atteinte et parfois hyperacousie douloureuse), d'acouphènes de tonalité grave à type de bourdonnements, de troubles neurovégétatifs et d'une sensation de plénitude de l'oreille.

Entre les crises, le sujet est asymptomatique. La fréquence des crises est variable selon les patients, et varie en fonction du temps chez un même patient.

Cette triade symptomatique (vertige, acouphènes et surdité), d'évolution paroxystique, est caractéristique. Elle est due à un hydrops labyrinthique : augmentation de la pression endolymphatique. Sa cause est généralement inconnue. L'évolution de la maladie est imprévisible. Cependant, la perte auditive va s'aggraver progressivement, aboutissant à une surdité unilatérale

moyenne à sévère prédominant sur les fréquences graves au début, puis à courbe plate. Les vertiges finissent par disparaître et peuvent être remplacés par une symptomatologie proche des « drop-attacks » : crise otolithique de Tumarkin. La maladie se bilatéralise chez 10 % à 15% des patients.

Le traitement de la crise vertigineuse comprend :

- des antvertigineux par voie parentérale : acétylleucine (par exemple Tanganil), scopolamine en patch (par exemple Scopoderm TTS) ou par voie orale : acétylleucine (par exemple Tanganil), méclozine (par exemple Agyrax), diphényldramine (par exemple Nautamine), sulpiride (par exemple Dogmatil) ;
- des anxiolytiques ; ils entraînent une dépression du système vestibulaire ;
- des substances hyperosmotiques si besoin est : mannitol en perfusion ou acétazolamide (Diamox).

Le traitement de fond a pour but d'éviter la récurrence des crises vertigineuses :

- hygiène de vie/traitement anxiolytique médicamenteux et/ou par prise en charge psychologique ;
- réduction de l'hydrops, les bétahistines (par exemple Serc) ou régime de restriction hydrique et régime hyposodé, les corticoïdes et/ou les diurétiques plus rarement ;
- indications chirurgicales : en cas de vertiges violents, subintrants, entraînant un handicap et après échec du traitement médical. À visée pressionnelle : ouverture du sac endolymphatique (cette intervention ne détruit pas l'audition mais les résultats sont inconstants), neurectomie vestibulaire (section du VIII vestibulaire qui n'altère pas l'audition) ou labyrinthectomie chimique (gentamycine : instillée dans la cavité tympanique), plus rarement chirurgicale, préconisée également en cas de surdité.

Vertiges récurrents : plus rares, ces vertiges peuvent ne pas être associés à des symptômes cochléaires mais toutefois précéder l'apparition d'une authentique maladie de Ménière. Le traitement est semblable.

2. Vertiges durant quelques secondes

Vertige positionnel paroxystique bénin : il est dû à une canalo-lithiase : dépôt d'otoconies dans le canal semi-circulaire, postérieur le plus souvent. Dans une position caractéristique, cette canalo-lithiase entraîne une déflexion cupulaire sous l'accélération de la pesanteur. C'est le vertige le plus typique et également le plus fréquent. Le sujet se plaint de vertiges rotatoires intenses, de brève durée (20 à 40 secondes), apparaissant le plus souvent en décubitus latéral (classiquement vertige insomniant lors d'un retournement dans le lit), mais parfois survenant à l'antéflexion ou à la déflexion céphalique. On retrouve toujours un facteur positionnel déclenchant et un début brutal. L'examen labyrinthique est normal. Ce vertige ne s'accompagne pas de trouble cochléaire. Le diagnostic repose essentiellement sur la positivité de la manœuvre de Dix et Hallpike. Une manœuvre de basculement du sujet permet de guérir définitivement, en une seule séance, ce patient (manœuvre de Sémont). Toutefois, dans le suivi, il peut récidiver et l'éducation des patients passe alors par

l'apprentissage d'auto-manipulations. Plus rares, d'autres vertiges positionnels par stimulation du canal antérieur ou latéral existent ; ils sont moins stéréotypés. Le diagnostic et le traitement font appel à des manœuvres spécifiques.

Vertiges positionnels paroxystiques d'origine centrale : leur diagnostic repose sur la non-conformité sémiologique du nystagmus lors de la manœuvre de Dix et Hallpike (latence, durée, position, sens du nystagmus...) et impose une imagerie (IRM de la fosse postérieure).

3. Vertiges paroxystiques durant quelques minutes

Ils sont de diagnostic plus difficile. On retrouve le plus souvent un terrain migraineux.

Chez l'adulte, il s'agit d'un équivalent migraineux. Chez l'enfant, ils sont plus stéréotypés. Habituellement, le jeune patient est saisi par la crise lors d'une activité courante (jeu) qu'il suspend suite à une chute à l'emporte-pièce avec pleurs, puis il reprend une activité psychomotrice normale. Il s'agit du « vertige paroxystique de l'enfant » ou syndrome de Basser. Dans ce cas, l'examen neurologique qui doit être extrêmement rigoureux reste normal ; au moindre doute il faut demander une imagerie pour éliminer une tumeur de la fosse postérieure.

Sensations vertigineuses permanentes ou troubles de l'équilibre

Neurinome de l'acoustique : il faut le suspecter en cas de surdité unilatérale d'installation progressive et/ou d'acouphènes unilatéraux de tonalité aiguë associés. Le vertige est habituellement peu intense. Le plus souvent, il existe une instabilité. Il peut très rarement simuler une maladie de Ménière ou un grand vertige unique. L'augmentation des latences aux potentiels évoqués auditifs (asymétrie) et l'aréflexie vestibulaire homolatérale doivent faire évoquer le diagnostic. Celui-ci est affirmé par une IRM avec injection de gadolinium de la fosse postérieure.

L'ototoxicité peut être responsable d'une hypo- ou aréflexie bilatérale avec surdité bilatérale : les troubles de l'équilibre sont permanents, dominés par une instabilité. La cause la plus fréquente est la prise de substances ototoxiques (aminosides, sels de platine, antipaludéens...). Le sujet doit suivre une rééducation vestibulaire. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

BULLETIN D'ABONNEMENT

À envoyer à : Global Média Santé,
Service abonnements :
114, avenue Charles-de-Gaulle,
92522 Neuilly-sur-Seine Cedex



POUR VOUS ABONNER EN LIGNE
www.egora.fr
(onglet « abonnements
aux revues »)

Simple

☐ **Oui**, je m'abonne à
La Revue du Praticien
+ son site dédié
www.larevuedupraticien.fr
pour 1 an au prix de **125 €**
au lieu de **160 €**
soit 22 % de réduction

Duo

☐ **Oui**, je m'abonne
au couplage *La Revue*
du Praticien + son site dédié
+ *La Revue du Praticien-
Médecine Générale*
pour 1 an au prix de **173 €**
au lieu de **310 €**
soit 44 % de réduction



Pour tous renseignements : abo@gmsante.fr - Tél. : 01 55 62 69 75 - Fax : 01 55 62 69 56

☐ Je souhaite recevoir une facture acquittée

Je règle mon abonnement au prix de _____ € par :

☐ Chèque à l'ordre de Global Média Santé ☐ Carte bancaire

Validité : _____

Cryptogramme : _____

(3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire)

Date et signature obligatoires

O M. O Mme O Mlle

Nom : Prénom :

Adresse : n° Rue :

Code postal : _____

Ville : Tél. :

E-mail :@

☐ J'accepte d'être inscrit au site [egora.fr](http://www.egora.fr) (actualités, formation,
ainsi que toutes les archives de votre revue depuis 2001)