

Vertiges : conduite à tenir

Fréquents, ils motivent plus de 300 000 consultations par semaine.¹

Didier Bouccara

Service d'ORL, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris ;
54, rue Vasco-de-Gama, 75015 Paris. d.bouccara@orange.fr

La prise en charge s'articule en 3 étapes : éliminer une urgence, affirmer le diagnostic, décider d'un éventuel complément d'investigation ou d'une thérapeutique immédiate.

ÉLIMINER UNE URGENCE

Urgences diagnostiques

Un trouble de l'équilibre peut être la première manifestation d'un accident vasculaire cérébelleux et du tronc cérébral.

Éléments évocateurs :

- symptômes récents, d'installation brutale, chez un patient sans antécédent vertigineux mais avec des facteurs de risque vasculaires, ou âgé ;
- modifications symptomatologiques, notamment vertiges récidivants anciens devenant plus intenses, accompagnés de céphalées et d'instabilité ;
- absence de réponse attendue au traitement, par exemple vertige positionnel paroxystique bénin non amélioré par les manœuvres thérapeutiques spécifiques.

Les troubles de l'équilibre n'ont aucune spécificité : il peut s'agir de vertiges prolongés sur plusieurs heures, ou d'une instabilité d'installation brutale.

La mise en évidence à l'examen d'un nystagmus spontané de type central (vertical et non aboli à la fixation) et de signes neurologiques déficitaires, en particulier cérébelleux, conforte la suspicion et impose une imagerie dans les délais les plus brefs : IRM avec séquence de diffusion \pm angio-IRM. Le recours à une structure type « urgences cérébrovasculaires » est licite.

En cas d'accidents ischémiques transitoires (vertiges durant de plusieurs minutes à quelques heures, accompagnés ou non d'autres symptômes et régressant complètement), l'examen clinique et l'imagerie peuvent être normaux ; ce sont les antécédents et le déroulement des symptômes, voire leur répétition, qui orientent les investigations (écho-doppler des vaisseaux cervicaux, bilan cardiaque...).

Les vertiges post-traumatiques ont des causes multiples. Le diagnostic d'une fracture du rocher avec otorragie immédiate est simple (analyse à l'imagerie du trait de fracture : trans- ou extralabyrinthique). Le bilan vestibulaire quantifie l'importance du déficit fonctionnel. En l'absence de fracture,

des symptômes intermittents (vertiges et/ou troubles de l'équilibre associés à des troubles auditifs : hypoacousie fluctuante et acouphènes unilatéraux) font évoquer une fistule périlymphatique et rechercher (au scanner des rochers) un pneumolabyrinthe (présence d'air dans les compartiments de l'oreille interne).

Les traumatismes pressionnels, en particulier lors de la plongée sous-marine, peuvent aussi se compliquer de fistules périlymphatiques avec troubles de l'équilibre.

Les vertiges postopératoires, après une intervention de l'oreille moyenne, en particulier pour otospongiose ou otite chronique, peuvent être d'installation brutale. Il faut tenir compte, d'une part, des données anatomiques et des difficultés éventuellement rencontrées en peropératoire ; d'autre part, de l'examen clinique (signes infectieux locaux et nystagmus spontané). L'orientation rapide du patient vers un centre chirurgical est souhaitable.

Urgences thérapeutiques

Dans certains cas (crises lors de l'évolution de la maladie de Ménière, vertiges à la suite d'un traumatisme crânien avec fracture translabirynthique, névrites vestibulaires), l'intensité des symptômes justifie un traitement urgent, une fois le diagnostic établi. En cas de signes digestifs importants associés, il peut être parentéral en hospitalisation.

Urgences potentielles

Chez le sujet âgé, des troubles de l'équilibre parfois modérés augmentent le risque de chutes, potentielles sources de traumatismes plus ou moins graves (fractures...). Le dépistage de

Que dire à vos patients ?

- En cas de vertiges, s'asseoir ou se placer en position semi-assise et fixer un point (ce qui en réduit l'intensité).
- Les manœuvres libératoires des VPPB ne doivent pas être multipliées en l'absence d'efficacité : il faut rediscuter le diagnostic.
- Les personnes âgées ayant des troubles de l'équilibre doivent éviter des déplacements seules à l'extérieur, et disposer d'un éclairage satisfaisant en cas de lever nocturne.
- Les malades atteints d'une pathologie vestibulaire connue (VPPB, maladie de Ménière...) doivent consulter en cas d'intensification des symptômes ou de signes nouveaux (céphalées...).

1. VPPB : caractérisation clinique²

Symptômes :

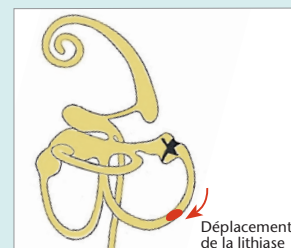
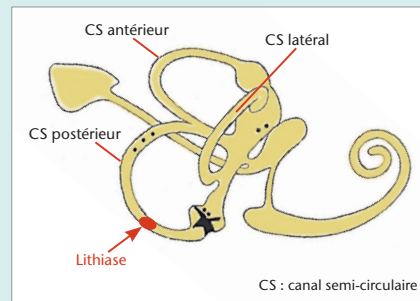
- sensation rotatoire avec illusion de mouvement avec ou sans perception visuelle d'une rotation du décor ;
- transitoire, généralement < 1 minute ;
- survient au décours immédiat d'un changement d'orientation de la tête ;
- reproductible : dès que le patient place sa tête dans certaines positions ;
- sans symptôme associé, en particulier auditif.

À l'examen clinique :

- absence de signe vestibulaire spontané : pas de déviation posturale aux tests de Romberg et Fukuda, pas de nystagmus spontané ;
- aucun signe neurologique ;
- mise en évidence lors de la manœuvre de Dix et Hallpike (fig. 1) d'un nystagmus de latence brève (quelques secondes) ayant une composante double : rotatoire et verticale supérieure, de durée brève (< 1 minute), s'inversant au retour à la position assise, avec une possible diminution en cas de répétition de la manœuvre.



Fig. 1 – Manœuvre de Dix et Hallpike droite.



leurs facteurs de risque (troubles visuels, pathologie neurologique, antécédent de chute, polymédication...) et l'évaluation clinique globale de l'équilibre (station unipodale, analyse de la marche...) sont cruciaux. La prise en charge repose sur des mesures adaptées : exercices physiques réguliers, vérification de la correction visuelle, modification du traitement, etc.

AFFIRMER LE VERTIGE

À l'interrogatoire, on recherche une sensation de rotation de l'environnement autour du patient (« comme dans un manège ») ou une notion d'instabilité, de pseudo-ébrété (« comme sur un bateau qui tangue »). Sont moins caractéristiques : sensation d'enfoncement dans le sol, de latéro-déviations lors de la conduite automobile, d'être projeté brutalement...

Il faut éliminer les signes trompeurs (faux vertiges) : lipothymies, pertes de connaissance, sensations de malaise liés à des atteintes autres que vestibulaires (pathologies cardiovasculaires, neurologiques, ou métaboliques).

TROUVER LA CAUSE

Une fois éliminés une urgence et un « faux vertige », on recherche :

- **un nystagmus spontané** : le mouvement des yeux est biphasique asymétrique (mouvement lent suivi d'un mouvement rapide de rappel). Dans un syndrome vestibulaire, le nystagmus spontané comporte une secousse lente dirigée vers le côté atteint, suivie d'une secousse rapide « de rattrapage » battant vers le côté sain. Par convention, le sens du nystagmus est celui de la secousse rapide. Un nystagmus spontané horizontal ou horizonto-rotatoire évoque une origine périphérique ;
- **des déviations segmentaires** : déviation des index à la manœuvre des bras tendus, signe de Romberg (patient debout, les yeux fermés, bras le long du corps : il se produit des mouvements d'instabilité puis une chute du côté atteint) et test de Fukuda (déviation à la marche sur place les yeux fermés).

En cas de syndrome vestibulaire périphérique, ces signes cliniques doivent être harmonieux (du même côté).

Vertige positionnel paroxystique bénin

Fréquent (17 et 42 % des causes de consultations pour un trouble de l'équilibre)^{2,3} il est dû à la migration d'otoconies (cristaux de carbonate de calcium provenant de la matrice auriculaire) dans l'un des 3 canaux semi-circulaires, postérieur le plus souvent.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique (encadré 1). Les symptômes sont stéréotypés, se répètent à une

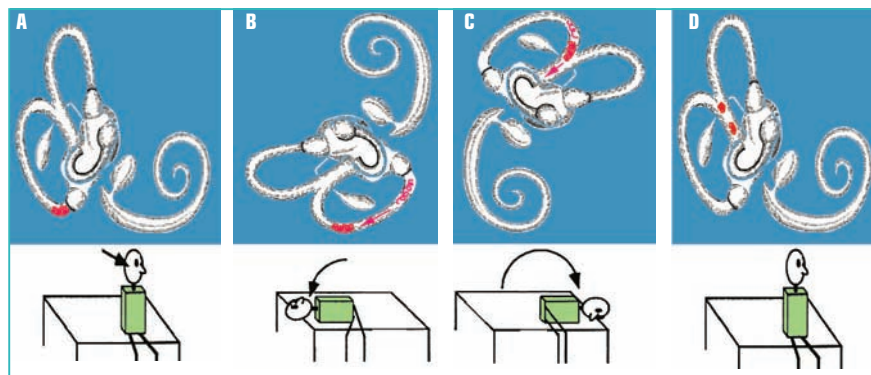


Fig. 2 – Manœuvre libératoire de Sémont (canal postérieur droit) . A : position assise après repositionnement. B : remise en position de Dix et Hallpike. C : bascule de 180°. D : redressement du patient.

fréquence variable et peuvent s'accompagner de cervicalgies modérées et de signes neurovégétatifs : nausées, vomissements, pâleur, sueurs... Symptômes auditifs, neurologiques ou perte de connaissance sont absents.

Un examen audiométrique est recommandé pour vérifier l'absence d'atteinte auditive infraclinique. Un VPPB caractéristique et répondant au traitement sans récurrence ne justifie pas un bilan fonctionnel vestibulaire détaillé. Ce dernier est proposé en cas de doute diagnostique ou d'évolution inhabituelle.

Les manœuvres thérapeutiques sont réalisées en fonction de la situation clinique de chaque patient (âge, pathologies associées, mode de vie). Pour le VPPB du canal postérieur : manœuvre libératoire de Sémont (fig. 2) ou celle d'Epley (repositionnement des otolithes). Pour affirmer son caractère bénin, il faut contrôler à distance (1 semaine) l'absence de tout symptôme et d'anomalie à l'examen clinique.

Vertiges et symptômes auditifs

L'association à des troubles auditifs – hypoacousie brutale, progressive ou fluctuante et/ou acouphènes – évoque d'emblée une atteinte de l'oreille interne et indique le côté en cause. Le contexte est parfois évocateur : labyrinthite si infection récente de l'oreille moyenne, traumatisme direct avec fracture du rocher, accident pressonnier (plongée sous-marine).

La maladie de Ménière associe des crises vertigineuses de plus de 20 minutes, répétées au moins à 2 reprises, et des signes auditifs (acouphènes, sensation de plénitude auriculaire, hypo-acousie sur les fréquences graves, encadré 2).

Un neurinome de l'acoustique est suspecté 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. Le diagnostic est affirmé par une IRM de la fosse postérieure avec injection de gadolinium.

2. Maladie de Ménière

Elle associe des crises de vertige intense rotatoire 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.

Le sujet est asymptomatique entre les crises. La fréquence de ces dernières est variable selon les patients. L'évolution est imprévisible, mais la perte auditive s'aggrave progressivement. La maladie se bilatéralise dans 10 à 15 % des cas.

Le traitement de la crise vertigineuse comprend :

- des antivertigineux par voie parentérale : acétylleucine (par exemple Tanganil), ou par voie orale : acétylleucine (p. ex. Tanganil), méclozine (Agyrax) ;
- des anxiolytiques ;
- des substances hyperosmotiques si besoin : mannitol en perfusion ou acétazolamide (Diamox).

> À retenir

- **La survenue brutale d'un vertige ou d'un trouble de l'équilibre**, chez une personne âgée et/ou ayant des facteurs de risque CV, impose d'éliminer un accident vasculaire.
- **Le diagnostic de VPPB** est fondé sur des symptômes stéréotypés et des manœuvres diagnostiques.
- **Évoquer une maladie de Ménière si** : crises vertigineuses de plus de 20 minutes, répétées à au moins 2 reprises, avec acouphènes, plénitude d'oreille, hypoacousie sur les fréquences graves.
- **L'imagerie**, centrée sur les rochers et l'encéphale, avec injection de gadolinium, doit être interprétée par un radiologue expérimenté.

Vertige isolé et prolongé

Le diagnostic le plus probable est celui de névrite vestibulaire.⁴ Son début est en général brutal, en quelques heures, avec des vertiges intenses, accompagnés de signes neurovégétatifs marqués. Elle est souvent due à une réactivation du virus Herpès au niveau des cellules ganglionnaires des nerfs vestibulaires, entraînant un déficit vestibulaire unilatéral brutal. À l'examen : déviation posturale vers le côté atteint et nystagmus spontané battant vers le côté opposé.

Sa prise en charge est urgente. Un bilan confirme le diagnostic, ce qui permet de débiter le traitement associant corticothérapie, médicaments antivertigineux et antiémétiques (acétylleucine, métoprolol), et de l'arrêter précocement pour faciliter la compensation centrale de ce déficit périphérique. Cette dernière sera favorisée par une rééducation vestibulaire.

Vertiges isolés et itératifs

Le diagnostic est plus difficile. L'identification d'un facteur déclenchant (traumatisme, infection) et l'examen clinique peuvent parfois orienter. Si ce n'est pas le cas, les épreuves audio-vestibulaires recherchent des signes déficitaires unilatéraux ou témoignant d'une atteinte centrale.^{5,6} Dans certains cas, l'évolution précise le diagnostic (par exemple, maladie de Ménière évoquée devant l'apparition d'une hypoacousie et d'acouphènes unilatéraux). Le recours à l'imagerie, en particulier l'IRM, permet d'éliminer une pathologie évolutive des voies vestibulaires.

Parfois, il s'agit d'équivalents migraineux ou de symptômes d'origine psychologique. ●

Références

1. Toupet M. Diagnostic pratique d'un vertige. EMC (Elsevier SAS, Paris). Neurologie 2005 [17-018-A-20]:1-9.
2. Sauvage JP, Chays A, Gentile A (coord.). Vertiges positionnels. Rapport. Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou; 2007.
3. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;139(5 Suppl 4):S47-81.
4. Baloh RW. Vestibular neuritis. N Engl J Med 2003;348:1027-32.
5. Chays A, Florant A, Ullmer E. Les vertiges. Consulter/Prescrire. Paris: Masson; 2004.
6. Welgampola M, Colebatch J. Characteristics and clinical applications of vestibular-evoked myogenic potentials. Neurology 2005;64:1682-8.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.