

Fritz Meyer

# Le diagnostic vestibulaire chez les seniors vertigineux au cabinet du médecin de famille



## ELPS: Electronic Long – Paper Short

Lisez la version complète de cet article sur la page du site de PrimaryCare  
www.primary-care.ch > Pour les lecteurs > Archives

### Résumé

Dans la population de seniors rencontrés au cabinet du médecin de famille, le vertige non systématique chronique est la forme de vertige la plus fréquemment retrouvée. Füsgen<sup>1</sup> décrit ce *vertige lié à l'âge* comme un syndrome gériatrique très fréquent (*géant de la gériatrie*), qui résulte d'une accumulation d'altérations physiologiques liées à l'âge au niveau des structures de traitement des informations dans notre organisme, de multimorbidités typiques du sujet âgé ou des effets (indésirables) des médicaments pris. Les symptômes sont ainsi cités de manière non systématique et sont souvent décrits au moyen d'un langage fleuri. Le *vertige du sujet âgé* est, quant à lui, caractérisé par une étiologie identifiable et définie (meilleur exemple: vertige paroxystique positionnel bénin) et les patients parviennent généralement à décrire les symptômes de manière plus exacte.

Le vertige lié à l'âge et le vertige du sujet âgé ne sont pas des diagnostics, mais il s'agit uniquement de symptômes. Pour les décrypter, une anamnèse structurée et l'examen physique de base, incluant également les aspects vestibulaires, sont généralement plus révélateurs qu'une accumulation d'examens techniques plus onéreux.

### Anatomie et physiologie

La station verticale de l'être humain a constitué une véritable avancée dans l'évolution. Cet atout nécessite toutefois un système de régulation et de contrôle très sensible, particulièrement complexe et de ce fait, aussi fragile.

Le *système vestibulaire périphérique* se situe dans l'oreille interne, à côté de la cochlée. Il est composé de trois canaux semi-circulaires et des deux organes otolithiques que sont l'utricule et le saccule. Dans leur ensemble, ils servent à percevoir les accélérations rotatoires, linéaires-horizontales et linéaires-verticales sous l'influence de l'attraction terrestre.

Par le biais du nerf vestibulaire, ces informations sont transmises au système vestibulaire central, qui est composé des noyaux vestibulaires dans le tronc cérébral et du cervelet vestibulaire. S'y ajoutent les impressions optiques (*système visuel*) et la sensibilité (perceptions) profonde de l'appareil locomoteur (*système proprioceptif*), qui sont nécessaires pour assurer l'harmonie complexe entre les sensations d'équilibre, de position, de posture et d'orientation de notre corps dans l'espace tridimensionnel.

Une dysfonction au niveau d'un ou plusieurs sites de signalisation ou de leurs connexions se traduit par un conflit de données dans la gestion des signaux et ainsi par une sensation de perte d'équilibre. Conséquence: le sujet est victime de sensations de vertige de nature différente.

<sup>1</sup> Füsgen I. Der Altersschwindel als interdisziplinäre Herausforderung. Expertenforum «Schwindel im Alter», Veranstalter Hennig Arzneimittel Frankfurt 28.09.2011.

### Principales maladies vestibulaires au cabinet du médecin de famille

Maladie	Symptômes, évolution, diagnostic, risques
Vertige lié à l'âge	<b>Vertige chronique par excellence chez les seniors</b> Sensation de vertige non directionnel, que le patient ne parvient pas à décrire précisément. Origine le plus souvent multifactorielle: cause cardiogène, cause cervicogène, maladies neurologiques, oculaires ou endocriniennes, facteurs déclenchants pharmacologiques (médicaments, drogues). Instabilité non caractéristique lors de la marche ou en station debout, à intensité et fréquence variables.
Maladie de Ménière	<b>Classique des manuels de cours – rare dans le quotidien du médecin de famille</b> Triade classique de symptômes avec vertige rotatoire, surdité sur les fréquences graves et acouphènes; antécédents remontant souvent à plusieurs années. Le plus souvent, durée de quelques heures uniquement survenue épisodique
Névrite vestibulaire	<b>Principal diagnostic différentiel du vertige positionnel bénin</b> Déficit vestibulaire périphérique unilatéral, de cause encore inconnue. Typiquement: vertige rotatoire de survenue brutale, persistant durant plusieurs heures à plusieurs jours; souvent accompagné de vomissements, d'une instabilité lors de la marche et d'une propension aux chutes du côté de l'oreille malade. Pas de perte auditive, pas d'acouphènes; nystagmus spontané, horizontal, inépuisable, facilement reconnaissable du côté de l'oreille saine.
Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)	<b>Vertige vestibulaire aigu le plus fréquent au cabinet du médecin de famille</b> Etat d'irritation d'un organe du système vestibulaire d'origine physique. Lors des changements de position, déclenchement d'un violent vertige rotatoire et d'un nystagmus horizontal du côté de l'oreille atteinte. Début en l'espace de quelques secondes après le changement de position, nystagmus épuisable.
Ischémies du tronc cérébral	<b>Vertige vestibulaire central, aigu, potentiellement fatal</b> Symptômes pas toujours univoques: symptômes vertigineux diffus souvent durant des mois, souvent céphalées violentes, occasionnellement aussi déficits du champ visuel, troubles de la parole et de la déglutition, sensation de nausée. Symptomatologie de l'accident vasculaire cérébral avec paralysies.
Vertige psychogène	<b>Lorsqu'aucune cause organique ne parvient à être identifiée</b> Vertige permanent ou récurrent, que le patient a du mal à décrire ou qu'il décrit de manière changeante et/ou confusion. Bilan organique et examen vestibulaire généralement sans particularités. Aspects psychiques (peur après et avant une chute, stress, surmenage) vérifiables.

## Anamnèse et évaluation du vertige

Catégories de questions	Exemples de questions	Conclusions
Type de vertiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que se passe-t-il lorsque vous avez le vertige?</li> <li>- Que voyez-vous?</li> <li>- Que ressentez-vous?</li> <li>- Quelle est l'intensité du vertige?</li> </ul>	<p><b>Distinction entre le vertige directionnel et le vertige non directionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typiques des <i>lésions vestibulaires périphériques</i>: vertige rotatoire, vertige linéaire, ainsi que latéropulsion avec direction constante.</li> <li>- Typiques des <i>lésions vestibulaires centrales</i>: vertige avec impression de tanguer, latéropulsion avec changement de direction, souvent aussi étourdissement et insécurité générale.</li> <li>- Typiques des <i>lésions non vestibulaires</i>: noircissement devant les yeux, appui incertain sur les jambes, confusion, diplopie.</li> </ul> <p><b>Règle: Plus le vertige décrit est aigu, rotatoire et intense, plus son origine semble périphérique.</b></p>
Caractéristique temporelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depuis quand avez-vous le vertige?</li> <li>- A quelle fréquence le vertige survient-t-il?</li> <li>- Survient-il progressivement ou soudainement?</li> <li>- Diminue-t-il ou augmente-t-il avec le temps?</li> <li>- Combien de temps dure-t-il?</li> </ul>	<p><b>Le critère du déroulement temporel sert avant tout à classer le vertige au sein de l'un des principaux groupes étiologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquent pour les <i>lésions périphériques</i>: crise de vertige courte (jusqu'à quelques jours) dont l'intensité tend à diminuer (jusqu'à 30 sec.: VPPB; quelques heures: maladie de Menière; de nombreuses heures à plusieurs jours: névrite vestibulaire).</li> <li>- Fréquent pour les <i>lésions centrales ou vestibulaires centrales</i>: vertige persistant de survenue insidieuse avec accentuation de la tendance.</li> </ul>
Symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffrez-vous d'acouphènes ou de troubles auditifs?</li> <li>- Avez-vous des troubles visuels?</li> <li>- Avez-vous la nausée?</li> <li>- Avez-vous des difficultés à avaler?</li> <li>- Avez-vous des céphalées?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes otologiques concomitants et/ou fortes réactions végétatives (nausées, vomissements, transpiration), qui suggèrent plutôt un <i>vertige vestibulaire périphérique</i>.</li> <li>- Paresthésies/parésies, vomissements, troubles de la déglutition, céphalées intenses, symptômes visuels (diplopie), troubles de la conscience et chutes, qui suggèrent un processus central (ischémie, tumeur, hémorragie) et/ou une <i>lésion vestibulaire centrale</i></li> </ul>
Facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Y a-t-il des moments, situations ou mouvements particuliers qui déclenchent le vertige?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crises de vertiges lors de changements de position (se lever/s'allonger), de mouvements du corps (décubitus latéral/rotation de la tête), d'accélération linéaire (conduite automobile/ déplacement en train) ou d'effort physique, en cas d'altitude élevée, ou dans les situations d'angoisse/de stress.</li> </ul>

## Différenciation des différentes causes de vertige sur la base des symptômes et autres anomalies

Symptômes/anomalies	Vertige vestibulaire périphérique	Vertige vestibulaire central	Vertige non vestibulaire
Intensité du vertige	forte	modérée à faible	faible
Type de vertige	directionnel	légèrement directionnel	non directionnel
Nystagmus	nystagmus spontané directionnel du côté de l'oreille plus active	nystagmus spontané, non directionnel, également vertical, souvent irrégulier	pas de nystagmus
Symptômes végétatifs (nausées, vomissements)	forts	faibles	faibles
Troubles auditifs	occasionnels	rare	non
Tests statiques et dynamiques (test de Romberg, épreuve de piétinement de Unterberger)	déviations en direction du côté atteint	pas toujours en direction du côté atteint, tendance aux chutes plutôt non systématique	pas de déviation directionnelle
Excitabilité aux épreuves caloriques	en cas de déficit, excitabilité diminuée du côté atteint	généralement normale	normale
Déficits neurologiques	non	fréquents	résultats normaux ou pathologiques

Correspondance:  
 Dr Fritz Meyer  
 Gemeinschaftspraxis  
 Zwinger 6, D-86732 Oettingen/Bayern  
 f.meyer[at]meyer-oettingen.de