



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 037

<i>Rédacteurs</i>	Caroline Leclere
<i>Date</i>	06.2011
<i>Validation</i>	12.2011, par Gaelle Leterme, interne ORL
<i>Approbation</i>	Commission protocole 21/6/2011 puis 12.2011

LE VERTIGE AUX URGENCES

- **DEFINITION :**

Un vertige est une illusion de mouvement qui se manifeste par une impression de rotation ou de pseudo-ébrété.

Il s'accompagne habituellement de signes neurovégétatifs, sans perte de conscience au cours de la crise.

- **LE SYNDROME VESTIBULAIRE :**

Examen vestibulaire :

- Nystagmus,
- Déviations segmentaires :
 - ✓ Romberg latéralisé,
 - ✓ Déviation des index,
 - ✓ Marche aveugle.

Examen cérébelleux :

- Dismétrie – Hypermétrie,
- Ataxie cérébelleuse – Rétropulsion.

- **SYNDROME VESTIBULAIRE HARMONIEUX :**

Nystagmus horizonto-rotatoire :

- Unilatéral,
- Secousse rapide du côté opposé à la lésion (fuit la lésion),
- Aboli à la fixation oculaire.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037	Pagination : 2 de 7

Déviations segmentaires :

- Romberg négatif mais latéralisation vers le côté lésé à la fermeture oculaire,
- Déviation des index côté lésé,
- Marche aveugle : rotation côté lésé.

Signes associés :

- Syndrome neuro-végétatif souvent intense,
- Signes ORL souvent associés (surdité, acouphène, otalgie, otorrhée,...),
- Aucun signe neurologique déficitaire focalisé (critère d'exclusion) : JAMAIS DE CEPHALEE.

EN PRATIQUE : 3 SITUATIONS

I. Vertige isolé à examen neurologique normal :

Eliminer : trouble ionique, vérifier glycémie et tension, recherche hypotension orthostatique.

Pathologie ORL (souvent) : seulement en cas de syndrome vestibulaire harmonieux.

Neurologique (+ rare).

Hospitalisation non systématique.

Consultation ORL à prévoir.

	VVPB	Menière	Névrite	Neurinome
Durée	60 sec	< 6 h	12 à 36 h	Instabilité chronique
Caractère positionnel	++++	-	+/-	-
Signes fonctionnels ORL	-	SAV = Surdité + Acouphènes + Vertiges	Surdité possible	Surdité ++
Sd neurovégétatif	-	++	++++	-

I. A. Vertige paroxystique positionnel bénin : VPPB :

- Cristaux de calcium dans les canaux semi-circulaires.
- Vertige positionnel violent et bref (moins de 60 sec).
- Pas de sd neuro-végétatif mais il peut parfois y en avoir.
- Reproduction systématique à la mobilisation.
- Examen vestibulaire normal en dehors de la crise.

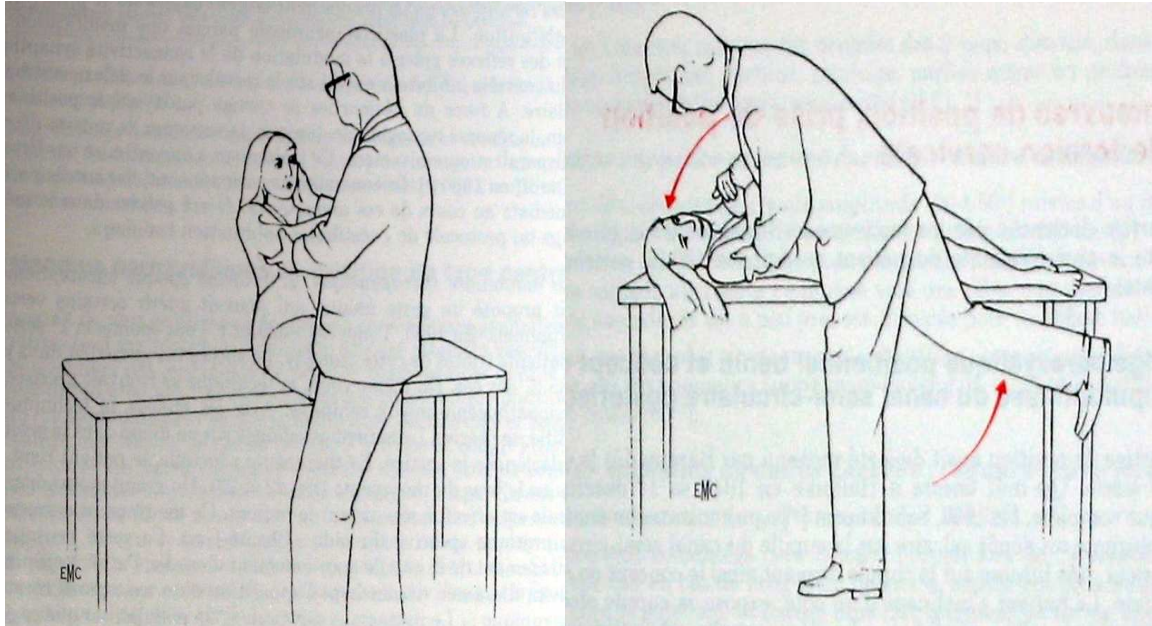
Une déviation des index et une déviation à la manœuvre Fukuda, parfois un nystagmus spontané persistant après la crise.

- Diagnostic : Manœuvre de Dix et Hallpike : Le sujet est assis au milieu d'une banquette. Le praticien qui lui fait face l'amène progressivement en décubitus latéral, mettant sa tête en hypertension et en rotation à 45°. Cette manœuvre est positive lorsqu'apparaît après quelques secondes de latence un nystagmus

CMUB.	Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037
		Pagination : 3 de 7

horizonto-rotatoire battant vers le sol, qui disparaît progressivement en une vingtaine de secondes. Ce nystagmus est accompagné d'un violent vertige, sans nausée habituellement.

- Seul traitement : Manœuvre libératoire.
- Traitement antivertigineux en complément mais théoriquement inutile (souvent bénéfique quand même...).



I. B. Maladie de Ménière :

- Triade méniérisiforme évoluant par crises :
 - Surdité de perception unilatérale,
 - Acouphène unilatéral,
 - Vertige rotatoire.
- Vertige non positionnel intense durant de 1 à 6 heures.
- Sd neuro-végétatif présent.
- Sd vestibulaire périphérique harmonieux.
- Terrain : Sexe féminin, âge 30 – 50, stress, anxiété.
- Physiopathologie : Hydrops endolymphatique.
-  tiologie : allergie, neurodystonie, maladie auto-immune.
- Traitement ambulatoire ou hospitalier.
Antivertigineux + Antiémétisant +/- Corticothérapie orale +/- Anxiolyse orale
Ttt chirurgical.
- Diagnostic non établi en urgence, il faut au moins 2 crises objectives associant les 3 signes cliniques avant de poser ce diagnostic.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037	Pagination : 4 de 7

I. C. Névrite vestibulaire :

- Atteinte destructrice du nerf vestibulaire.
- Étiologie virale le plus souvent : adénovirus, grippe, VZV, ...
- Vertige non positionnel violent durant de 12 à 36 heures : verticalisation impossible
- Sd neuro-végétatif intense ++.
- Sd vestibulaire périphérique harmonieux.
- Terrain : Contexte viral récent (rhume, grippe).
- Dg de certitude : vidéonystagmographie : aréflexie vestibulaire complète.
- Traitement hospitalier le plus souvent : Antivertigineux + Antiémétisant.
- Rééducation vestibulaire.
- Évolution : Compensation centrale du déficit vestibulaire.

I. D. Zona acoustico-facial de Sicard :

- Atteinte virale neurotrophe par VZV :
 - Ganglion de Scarpa (cochlée + vestibule),
 - Ganglion géniculé (Nerf facial).
- Tableau complet :
 - Névrite vestibulaire,
 - Surdité perceptionnelle,
 - Paralysie faciale périphérique,
 - Éruption vésiculeuse zone de Ramsay-Hunt.
- Traitement hospitalier le plus souvent :
 - Antivertigineux + Antiémétisant + Antiviral + soins OPHT,
 - Rééducation vestibulaire +++.
- Évolution : Compensation vestibulaire – Régression complète PF – Surdité séquellaire.

I. E. Schwannome vestibulaire

- Un neurinome de l'acoustique, ou schwannome vestibulaire, est une tumeur : bénigne du système nerveux périphérique qui se développe dans le conduit auditif interne aux dépens du nerf vestibulaire. Quoiqu'elle puisse entraîner une perte de l'ouïe, un traitement efficace est disponible.
- Manifestation initiale : surdité de perception unilatérale progressive parfois brusque, acouphènes +++
- Manifestations vertigineuses possibles mais plus rares.
- Paralysie faciale périphérique possible.
- Tableau d'instabilité chronique plus que vertige rotatoire.
- Diagnostic = IRM centrée sur l'angle pontocérébelleux.
- Trois façons de traiter ce problème :
 1. surveiller la croissance de la tumeur
 2. radiothérapie afin de rétrécir la tumeur
 3. ablation de la tumeur

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037	Pagination : 5 de 7

II. Vertige + Pathologie de OM ou contexte ORL

- Pathologie ORL.
- Consultation ORL en urgence.
- Hospitalisation non systématique.

II. A. Labyrinthite otitique sur OMA ou mastoïdite

- Syndrome vestibulaire harmonieux homolatéral
- Tableau otitique bruyant

II. B. Cholestéatome compliqué d'une fistule péri-lymphatique

- Syndrome vestibulaire harmonieux homolatéral.
- Otorrhée fétide chronique.
- Otoscopie évidente.
- Signe de la fistule pathognomonique: rechercher ce signe consiste à accroître ou diminuer la pression dans le conduit auditif externe par un appui sur le tragus ou mieux à l'aide d'un spéculum pneumatique. Le signe est dit positif s'il apparaît pendant cette manœuvre un nystagmus changeant de sens en fonction de la pression et s'il s'accompagne de vertige.
- Dg : Otite chronique avec migration épidermique dans l'oreille moyenne et érosion labyrinthique.

II. C. Fistule péri-lymphatique post-traumatique ou barotraumatique

- Syndrome vestibulaire harmonieux homolatéral.
- Notion de blast auriculaire ou de barotraumatisme.
- Otoscopie non formelle.
- Surdité de perception fréquemment associée.
- Signe de la fistule pathognomonique.
-  tiologie : ouverture labyrinthique par fracture d'une des 2 fenêtres.

Dans tous les cas, consultation ORL en urgence

III. Vertige non systématisé avec signes neurologiques : = URGENCE : diagnostic à éliminer en premier par examen neurologique complet

Vertige souvent mal défini :

- Sensation ébrieuse, tangage, plus que réel vertige rotatoire.

Syndrome vestibulaire dysharmonieux :

- Nystagmus souvent présent, vertical, multidirectionnel.
- Tendance à la chute au Romberg.
- Pas de réelle latéralisation.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037	Pagination : 6 de 7

Signes associés

- Syndrome neuro-végétatif souvent frustré (nausée sans vomissement).
- Peu de signes ORL (surdité perceptionnelle parfois).
- Signes neurologiques.
- Syndrome cérébelleux fréquent : dysmétrie ++.
- Céphalées : les vertiges ORL ne sont jamais précédés de céphalées, elles arrivent toujours secondairement.

III. A. AVC vertébro-basilaire : Syndrome de Wallenberg :

- Ischémie du tronc par occlusion d'une branche vertébro-basilaire.
- Atteinte neurologique multiple mais non systématisée.
- Anesthésie cutanée faciale homolatérale (noyau sensitif du Trijumeau).
- Syndrome vestibulaire harmonieux homolatéral / atteinte des noyaux vestibulaires.
- Syndrome cérébelleux.
- Anesthésie thermo-algique alterne (faisceaux spino-thalamique).
- Atteinte sympathique cervical : Claude Bernard Horner (myosis-ptosis- nophthalmie).
- Atteinte nerfs mixtes : 9, 10 et 11 : dysphonie – fausses routes.

III. B. Dissection et insuffisance vertébro-basilaire (IVB)

- Tableau brutal d'ischémie du tronc.
- Atteinte neurologique non systématisée souvent frustrée.
- Contexte post-traumatique : AVP – Coup du lapin.
- Contexte de manipulation cervicale / kiné ou ostéopathe.
- Vertige souvent présent mais d'intensité variable.
- Auscultation carotidienne et vertébrale +++.
- Dg : Angio-IRM ++.

III. C. Autres lésions centrales responsables de vertiges aigus

- Tumeur cérébrale et de la fosse postérieure (cervelet ++):
 - Médulloblastome 4  ventricule.
 - Astrocytome cérébelleux.
 - Ependymome, gliome, métastase, méningiome.
- Sclérose en plaques.
- Schannomme.
- Anomalie de la charnière cervico-crânienne : Arnold-Chiari.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 12/2011	Réf.: CMUB-037	Pagination : 7 de 7

IV . TRAITEMENTS AUX URGENCES :

- Anti-vertigineux IV :
Acétylleucine (Tanganil ®) : 1 ampoule IVL X 3 / jour.
- Anti-nauséux IV :
Métoclopramide (Primpéran ®) : 1 ampoule IV X 3 / jour.
- Anti-vertigineux oral :
Bétahistine (Bétaserc ®) 8 mg : 1 - 0 - 1 QSP 1 mois.
Acétylleucine (Tanganil ®) : 2 - 2 - 2 en cas de crise (max 8 / j) QSP 1 mois.
- Anti-nauséux oral :
Métoclopramide 'Primpéran ®) : 1 - 0 - 1
+/-Anxiolytique (vertiges souvent très anxiogène), mettre au calme dans le noir.

Consultation ORL à prévoir sous Tanganil : Pas d'interférence Tanganil - Compensation centrale.

CONCLUSION

- Signes neurologiques → Urgence diagnostique neurologique.
- Tableau central : Vertige ébrieux - Sd neurovégétatif modéré, nystagmus multidirectionnel ou vertical, céphalées.
- Examen ORL sommaire : interrogatoire, otoscopie, signe de la fistule. Sd vestibulaire harmonieux.
- Ne pas oublier les autres causes : poussée HTA, hypotension orthostatique, trouble de la glycémie, intoxication CO...
- Vertige ORL formel : Avis ORL en urgence (barotraumatisme, cholestéatome).
- Vertige isolé : interrogatoire = 80 à 90 % du diagnostic.
- Le déclenchement et la durée de la crise orientent le diagnostic.
- Se méfier des causes centrales : imagerie au moindre doute.
- N'hospitaliser que les vertiges invalidants ou graves.
- Bilan ORL en externe pour les autres vertiges.