

Vertiges, CAT et traitement en urgence (344)

Docteur Dinh-Qui NGUYEN

Juillet 2005

Pré-requis :

- Examen fonctionnel de l'équilibre, Précis d'ORL. M. Portmann, Ed. Masson 1982 : p.7-14
- Décision en ORL, F. Chabolle, E-N Garabédian, Ed. Vigot 1994 : p.7 - 17

Résumé :

Définition vertige (éliminer les faux vertiges) et des mécanismes entrant en jeu dans le maintien de la posture. Ensuite, la clinique est fondamentale : origine périphérique ou centrale ?

Le traitement comprend deux volets : traitement de la phase aiguë et traitement étiologique (de fond). Il ne faut pas négliger la dimension psychologique +++.

Mots-clés :

Vertige périphérique, Ménière, VPPB, névrite vestibulaire, nystagmus, VNG

Références :

- Polycopié ORL, Pr Charachon, Pr Reyt.
- Oto-rhino-laryngologie. M. Portmann, D. Portmann. 4ème Edition Masson, 1991
- Précis d'Oto-rhino-laryngologie. M. Portmann. Edition Masson, 1982.

Exercices :

1. Bases physiologiques

1.1. Définition

Conflit d'informations sensorielles entre les sources vestibulaires, visuelles et proprioceptives, entraînant une illusion de mouvement (rotation+++).

Il faut éliminer :

- perte de connaissance, hypoglycémie
- troubles de la vision
- malaise cardiaque, hypotension artérielle orthostatique, presbyvestibulie
- trouble de la locomotion
- affections hépato-vésiculaires, anémie, iatrogène...
- angoisse, spasmophilie, agoraphobie, terrain psycho-somatique.

1.2. Schéma général

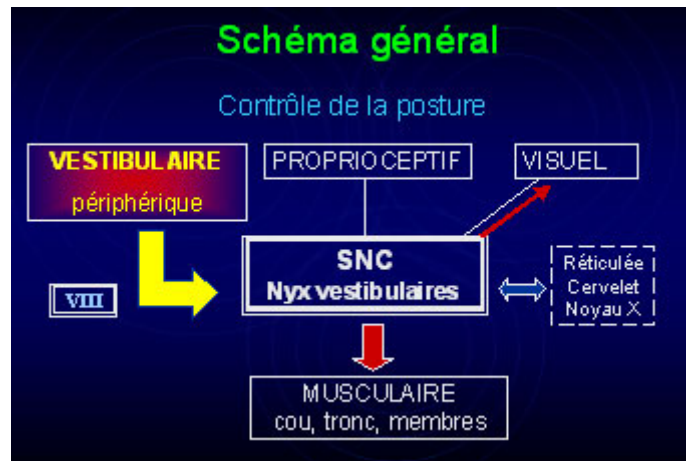


Schéma : contrôle de la posture
(D.Q. Nguyen)

Le labyrinthe postérieur comprend deux systèmes :

- **Système canalaire :**
 - 3 canaux semi-circulaires, crêtes ampullaires
 - Accélération angulaire tête
 - Inertie liquide labyrinthique dans les 3 plans de l'espace
- **Système otolithique :**
 - Utricule + Saccule, Macules (rôle des otoconies)
 - Accélération linéaire + position de la tête dans l'espace
 - Plan horizontal + vertical, gravité.

Ces systèmes vestibulaire périphérique (droit et gauche) est connecté par les nerfs vestibulaires à des noyaux vestibulaires centraux, eux-même en relation avec le cervelet, la réticulée, le système spinal et proprioceptif, l'oculomotricité et le cortex cérébral.

1.3. Physiologie

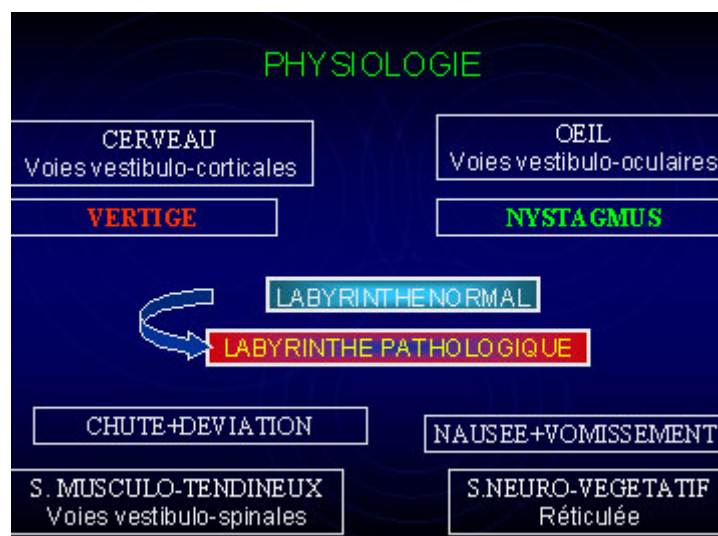


Schéma : physiologie
(D.Q. Nguyen)

Au repos, les vestibules ont la même activité des 2 côtés.

Au mouvement, quand un côté est excité, l'autre est inhibé. Cette stimulation provoque un nystagmus dont la finalité est en fait de garder l'axe visuel pendant tout le mouvement.

En cas de labyrinthe pathologique, on observe un tableau clinique mêlant vertige, nystagmus, chute et déviation+- nausées, vomissements (QS connexions du labyrinthe).

2. Clinique

2.1. Interrogatoire

Fondamental pour le diagnostic positif et étiologique :

- illusion de mouvement ?
- notion de crises antérieures ?
- existence de symptômes auditifs (surdité, acouphènes ?)
- antécédents otologiques (chirurgie, infectieux, traumatiques) ?
- antécédents familiaux
- en dehors de la crise :
 - horaire et durée, répétition des crises
 - signes associés neurovégétatifs
- signes neurovégétatifs : nausées, vomissements, sueurs...Implication de la rétículo ascendante.

2.2. Examen clinique

2.2.1. Il doit rechercher

- le nystagmus qui signe l'atteinte vestibulaire
- les signes neurovestibulaires associés (déviations, marche, piétinement...)
- présence de signes neurologiques
- une pathologie de l'oreille moyenne
 - otoscopie
 - acoumétrie
- une atteinte auditive

2.2.2. Nystagmus

Manifestation du réflexe vestibulo-oculaire

Défini par le sens de sa secousse rapide

- 2 composantes : dérive lente et secousse de rappel rapide. **retenir** : « côté **lent** = **hyovalent** ». *C'est-à-dire : un nystagmus bat du côté stimulé. Un nystagmus bat du côté opposé au vestibule détruit.*
- direction (s) ? Intensité : nb /30 s
- pendulaire ou à ressort ?
- congruent (mouvement conjugué des 2 globes oculaires) ?
- aboli par la fixation oculaire (lunettes de Frenzel ou vidéonystagmoscopie) ?
- fatigable ?

Classiquement, le nystagmus vestibulaire est à ressort, horizontal ou horizonto-rotatoire, inhibé par la fixation. Un nystagmus vertical ou multiple doit faire évoquer une atteinte centrale.

2.2.3. Les déviations axiales et segmentaires

Manifestation du réflexe vestibulo-spinal

- Manœuvre de Romberg
- Déviation des index
- Marche aveugle et Fukuda, marche en étoile

- Augmentées par l'occlusion des yeux ?
- Direction des déviations ?

2.2.4. Au total, Syndrome harmonieux ou dysharmonieux ?

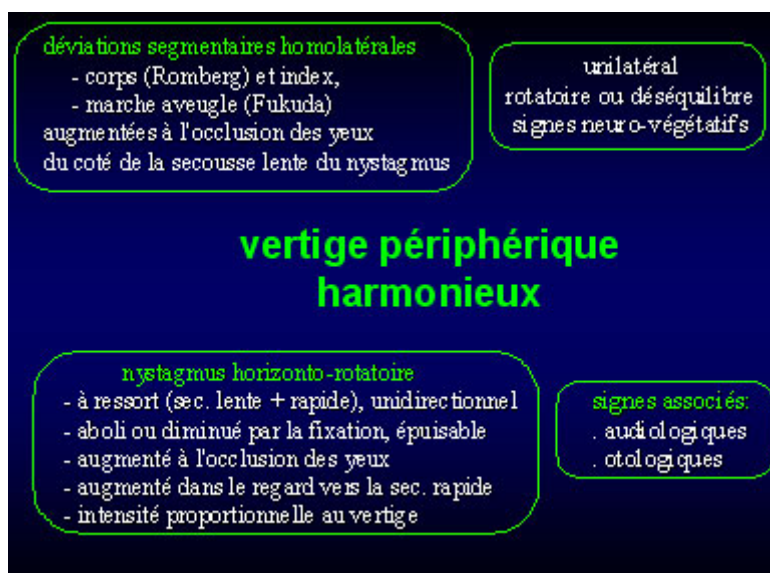
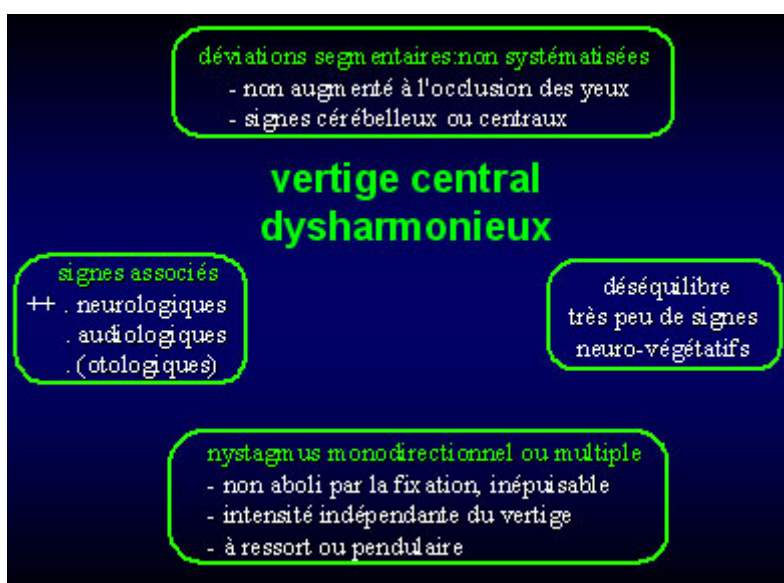


Schéma : vertige périphérique harmonieux
(D.Q. Nguyen)



3. Examens Complémentaires

3.1. Vestibulaire : vidéonystagmographie, épreuves caloriques

- Nystagmus spontané et positionnel
- **Oculographie** : oculomotricité ? Signes centraux ?
- **Epreuves caloriques** : réponse des vestibules : aréflexie ? (QS Papillon de Frenzel) « Le chaud attire, le froid repousse »

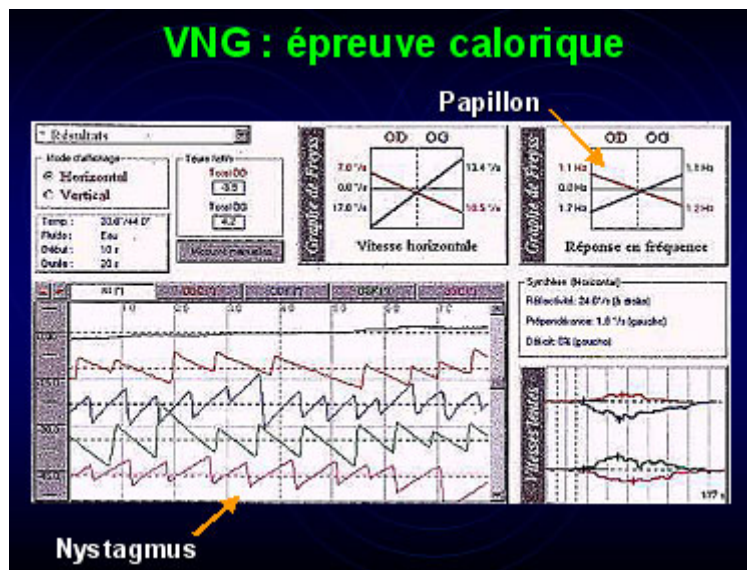


Photo : VNG, épreuve calorique
(D.Q. Nguyen)

3.2. Auditif

- Audiométrie tonale et vocale, réflexe stapédien
- +/- potentiels évoqués auditifs PEA
- +/- potentiel évoqué myogénique PEM : atteinte otolithique

Les épreuves auditives sont nécessaires à chaque fois qu'il existe une **symptomatologie cochléaire** associé au vertige.

3.3. Imagerie : dans un 2° temps

IRM ++, scanner si atteinte intra-pétreuse, pathologie de l'oreille externe, moyenne...

4. Orientation diagnostique

4.1. Vertiges centraux

Lésions bulbaires ou supra-bulbaires.

Vertiges centraux

<p style="text-align: center; color: yellow;">SEP</p> <p>troubles vestibulaire révélateurs: 10% grand vertige + adulte jeune: SEP ? - Nystagmus souvent multidirectionnel - ophthalmoplégie internucléaire ant. - paralysie de la latéralité (réticulée paramédiane pontique (VI))</p> <hr style="border: 1px solid red;"/> <p style="text-align: center; color: yellow;">IVB: vertiges positionnels, transitoires, répétés</p> <p>déclenchement postural, invariable vertiges périphériques ou centraux réversible par décubitus troubles visuels, dysarthrie tr. pyramidaux, drop-attack amélioré par α-bloquants</p>	<p style="text-align: center; color: yellow;">Syndrome de Wallenberg</p> <p>ramollissement latérobulbaire sujet athéromateux et HTA vertige intense, périphérique ou central nystagmus rotatoire opposé à la lésion hoquets, céphalées, vomissements</p> <p style="color: green;">homolatéral: hémisyndrome cérébelleux syndrome de CBH paralysie vélo-pharyngo-laryngée (IX, X, XI) hémianesthésie faciale (V)</p> <p style="color: green;">controlatéral: anesthésie thermoalgique</p>
---	---

[Schéma : vertiges centraux](#)
(D.Q. Nguyen)

4.2. Vertiges périphériques

On distingue :

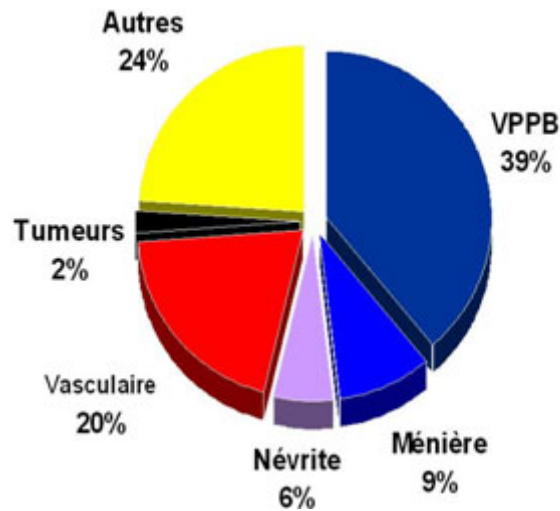
- **Vertiges périphériques labyrinthiques** : Ils sont dus soit à une lésion de voisinage immédiat du labyrinthe (oreille externe, oreille moyenne+++), soit à une atteinte du labyrinthe post lui-même (traumatisme, intoxication, infection, vasculaire voire hydrops endolymphatique dans le Ménière) ou bien
- **Vertiges périphériques radiculaires** : Ils sont dus à une infection des méninges, neuro-labyrinthique (virus+++), ou à un processus tumoral (neurinome de l'acoustique, méningiome, cholestéatome méningé...).

vertiges périphériques

<p style="text-align: center; color: yellow;">grande crise, longue (quelques jours), unique, régression progressive.</p> <p style="color: red;">. névrite vestibulaire (destruction) . traumatisme du rocher . labyrinthite aiguë (virus, bactérienne)</p>	<p style="text-align: center; color: yellow;">crises paroxystiques, répétées, signes cochléaires.</p> <p style="color: red;">. maladie de Ménière . syphilis labyrinthique, § de Cogan . labyrinthite subaiguë cholestéatome, chirurgie oreille mo</p>
<p style="text-align: center; color: yellow;">instabilité chronique, déséquilibre, signes cochléaires.</p> <p style="color: red;">. neurinome de l'acoustique . autres tumeurs (CAI, APC, rocher) . Vestibulotoxicité (aminosides, aspirine, diurétiques, plomb, mercure...)</p>	<p style="text-align: center; color: yellow;">vertiges brefs, récidivants positionnels.</p> <p style="color: red;">. VPPB . fistule périlymphatique . tumeurs fosse post</p>

[Schéma : vertiges périphériques \(consultation spécialisée ORL\)](#)

(D.Q. Nguyen)



[Diagramme : répartition des étiologies](#)

(D.Q. Nguyen)

5. Traitement

5.1. Traitement phase aiguë

- Hospitalisation si grave ou invalidant
- Repos +++, voie veineuse
- Anti-émétiques IV (ex : Primperan® 1 ampoule IV x 3/j)
- Anti-vertigineux type Tanganyl® IV (1 ampoule x 3/j jusqu'à l'arrêt des crises)
- Agent osmotique dans les Ménière
- Soutien psychologique +++, sédatifs
- Arrêt et lever précoce

5.2. Traitement de Fond

- Règles hygiéno-diététiques et soutien psychologique
- Traitement de la pathologie causale :
 - Ménière : Serc®, chirurgie?
 - Névrite vestibulaire : kiné vestibulaire précoce
 - VPPB : manœuvre libératoire Sémont
 - Cure cholestéatome, tt otite, exérèse N° ...

6. Conclusion

Le déclenchement et la durée de la crise orientent le diagnostic. Il faut se méfier des causes centrales et n'hospitaliser que les vertiges invalidants ou graves (bilan en externe pour les autres vertiges).

La compensation vestibulaire est aidée par la kinésithérapie vestibulaire mais gênée par le Tanganyl®.