

## **Les acouphènes. Mise au point.**

A ce sujet, la communication a été globalement mauvaise dans la presse médicale.

Plainte fréquente, considérée à tort comme bénigne, l'acouphène est avant tout un symptôme et non pas une maladie.

Comme on ne dit pas « on n'y peut rien » à un patient qui se plaint de douleurs abdominales...,

On ne dira donc plus la même chose à un patient se plaignant de ce symptôme.

En tout cas pas avant le diagnostic d'acouphène « essentiel » confirmé à l'issue d'un bilan clinique et paraclinique complet.

Exemple : vidéo montrant une bouche ouverte d'une myoclonie vélaire. Le voile se contracte et chaque battement provoque un claquement dans l'oreille. Ce syndrome traduit un dysfonctionnement épileptogène du noyau ambigu qui commande les fibres motrices du voile...

Le diagnostic d'acouphène peut aller de la métastase de cancer du sein au syndrome d'immunodéficience acquise... Aussi faut-il donc rester vigilant.

## **Les vertiges. Mise au point.**

La définition du vertige a beaucoup évolué en rapport avec les découvertes sur le système de l'équilibre. Il y a bien un problème nosologique.

Aujourd'hui, la classification en vertige d'origine périphérique ou centrale est dépassée.

Le mot vertige vient du latin « vertere » : tourner. Le vrai sens médical de ce mot doit correspondre à une sensation de rotation de l'environnement autour de soi ou de son propre corps autour d'un environnement stable.

Définition actuelle : déséquilibre, instabilité de toute nature, trouble du comportement postural.

Le système de l'équilibre comprend :

- Un système d'information. (Vestibule, système proprioceptif, oeil)
- Un système de traitement de l'information (centre vestibulaire, cervelet, cortex)
- Un système de réponse posturale statique et dynamique. Cortex (préfrontal, aires prémotrices et motrices), cervelet, voies vestibulo-spinales.

Pour rester en équilibre, il faut percevoir l'espace grâce à des informations.

Elles proviennent d'origines diverses et variées : Yeux, oreilles, les pieds, les articulations, etc.

Elles sont traitées au niveau du tronc cérébral. (noyaux vestibulaires)

Le maître d'orchestre est l'oreille.

La réponse motrice est la correction posturale qui nous permet de rester debout.

Les informations qui arrivent au même moment sont tellement nombreuses et complexes

(accélération, mouvement, position, etc.) que la cohérence parfaite n'existe pas.

Un système va donc rendre ces informations cohérentes pour le maintien d'un équilibre confortable.

Si le système ne gomme pas correctement ces incohérences, si ce réglage n'est pas très fin, on sera malade en voiture : cinétose.

On tient debout grâce à ces informations, mais si la réponse n'est pas symétrique, il peut s'installer des attitudes posturales vicieuses.

Exemple de patient tenant la tête penchée ; Attitude compensatoire liée à un problème vestibulaire.

Désordres de la colonne cervicale consécutifs

On a montré qu'un désordre postural statique d'origine vestibulaire pouvait aboutir à 50 ou 60 ans à des répercussions importantes sur l'appareil locomoteur comme une pathologie de hanche nécessitant la prothèse.

L'analyse du symptôme consiste à se demander si l'information d'origine périphérique est correcte (vestibulaire, oculaire), si elle est correcte rechercher

- une distorsion de celle -ci au niveau central (noyau vestibulaire du tronc),
- Une réponse perturbée au niveau du système moteur.

### **Il n'y a donc pas de symptôme fiable en matière de vertige...**

Diapo :

Le « cortex » vestibulaire ou noyau vestibulaire se trouve dans le tronc cérébral. (Et non dans le cortex)

Il reçoit les afférences vestibulaires du même côté mais aussi du noyau vestibulaire controlatéral. Chaque oreille fait donc référence à l'autre oreille. Si une oreille malade prend référence sur l'autre oreille qui déjà fonctionne mal, on comprend alors l'apparition d'un trouble.

Autres afférences : corticales, visuelles, cérébelleuses, etc.

Diapo :

Anatomie du vestibule

Les canaux semi-circulaires = enregistrent l'accélération rotatoire

Utricule = horizontalité

Sacculle = verticalité

En fait, on retrouve dans l'Utricule le marquage de la verticalité et inversement

Diapo :

Les otolithes (vue en microscopie électronique des cristaux) et le VPPB

Le VPPB est la conséquence du blocage d'un canal par les cristaux ayant migré de l'utricule vers le canal.

Dans un mouvement, un canal répond normalement et de l'autre est bloqué : la distorsion de l'info aboutit au vertige aigu.

Le vertige aigu est la conséquence d'une distorsion de l'info entre un côté à réponse normale et un côté bloqué.

Le problème reste simple tant que les cristaux restent dans le canal, mais s'ils tombent dans l'ampoule, les symptômes s'aggravent et le rétrécissement ampullaire empêchent les otolithes de remonter.

Il faudra faire appel à la chirurgie.

**La manœuvre libératoire peut donc aggraver le phénomène si elle n'est pas effectuée dans le bon sens..**

Diapo :

### **Le fonctionnement du système de l'équilibre :**

1. Intégration des informations et compensation centrale (rétablit la cohérence des infos)
2. Mémorisation des informations posturales. Tout au long de l'enfance se constitue un stock de mémoire auquel il est fait appel pour corriger rapidement la posture.
3. Réponse posturale statique et dynamique : 4 réflexes interviennent

Réflexe vestibulo-oculaire, l'oreille pilote l'œil, la vue est une fonction de l'œil (on voit avec les yeux) et la vision est une fonction de l'oreille, le champ visuel est une fonction de l'oreille : la vue, c'est voir, la vision c'est la visée de l'œil.

L'axe oculaire détermine le champ visuel.

La vision binoculaire, le champ visuel et le système de fusion sont sous le contrôle de l'oreille interne.

S'il existe un décalage d'une oreille par rapport à l'autre, il n'y a plus de stabilité entre les deux yeux et le nystagmus apparaît.

Réflexe vestibulo-spinal :

Corrige la position et permet de tenir debout.

Ne fonctionne qu'en symétrie parfaite.

Sinon, en statique, apparition d'un torticolis, d'une position vicieuse de la colonne vertébrale, d'une pathologie articulaire et en dynamique, démarche ébrieuse et chute.

Réflexe vestibulo-réticulo-thalamique :

Est responsable des nausées, sueurs, pâleurs, hypersalivation

Réflexe vestibulo-cortical :

Nous rend conscient de notre position dans l'espace mais aussi du vertige.

Un individu bien entraîné (gymnaste) possède un cortex rompu aux exercices dans toutes les positions le rendant tolérant au vertige. Il ne se plaindra que très tardivement.

Diapo :

**Les noyaux (cortex vestibulaires) se trouvent en plein cœur du tronc cérébral. Les connexions très nombreuses.**

Diapo :

Le labyrinthe et la proprioception. Un intégrateur et un comparateur.

La concordance = normalité

La discordance = sur-système de correction rétablissant l'équilibre et à l'origine des faux négatifs : beaucoup de patients vertigineux mais ne se plaignant qu'à l'occasion d'une décompensation.

La proprioception est le système l'information de la position du corps dans l'espace : les capteurs sont articulaires, les informations remontent dans le tronc cérébral et le cervelet ajuste la réponse posturale fine dans l'espace.

Si le système ne corrige plus suffisamment l'incohérence des informations, il y a vertige, mais l'apparente normalité peut cacher un désordre compensé.

### **Origine du vertige :**

Un vertige a donc pour origine un désordre à un seul ou plusieurs facteurs cumulés, de nature lésionnelle ou fonctionnelle, de l'information, du traitement de l'information, ou de la réponse.

## **I . Les symptômes**

### 1. Le vertige :

Beaucoup d'écrits sur l'intensité du vertige mais actuellement peu d'importance et pas rentable dans une consultation. De petits vertiges cachent parfois des pathologies graves et inversement.

### 2. Les signes otologiques :

Premier groupe de symptômes importants.

A rechercher pour s'orienter immédiatement.

Surdité, otalgie, otorrhée sont des symptômes vite mesurés.

### 3. Les signes généraux :

Deuxième groupe de symptômes importants.

Céphalées, diarrhée, fièvre, vomissements.

4. Les signes neurologiques :

Les signes cérébelleux sont tardifs. (Le cervelet n'arrivant plus à gérer l'incohérence des infos)  
C'est pour cela qu'il faut les chercher. Ils sont faciles à trouver si on y pense, au milieu des plaintes multiples du patient vertigineux, très inquiet.

Examen de la marche, épreuve doigt-nez, recherche d'un signe de Babinski, d'une perte musculaire unilatérale ne prennent que peu de temps.

L'examen des paires crâniennes est plus long, l'essentiel est la surdité.

**II . Le contexte :**

Traumatisme

Pilule

Tabac

Chirurgie

Toxique

Accouchement

Le vertigineux est un patient à prendre au sérieux comme la plainte pour acouphènes, la verticalité est liée à l'espèce et il y a peu de simulateur.

Il faudra le croire même si cela paraît invraisemblable :

« J'ai l'impression d'avoir la tête qui repose sur les pieds, d'avoir perdu le tronc et de marcher au raz du trottoir » : symptôme venant de l'oreille.

« Dessin d'une maison inclinée et distordue »

**En matière de vertige, aucun symptôme n'est pathognomonique et aucun symptôme n'est fiable.**

**CAT devant un vertigineux :**

1. Le patient à adresser en urgence :
  - Immédiate (Doit être vu dans la journée)
  - - différée (Doit être vu dans la semaine)
2. Le patient sans urgence :
3. Le patient à traiter :

---

**1. Le patient à adresser en urgence :**

a) immédiate

Le médecin prend rendez-vous chez son confrère spécialiste ou à l'hôpital, s'assure que le patient est bien pris en charge.

Exemple d'un patient retrouvé dans le coma trois heures après son admission...

La présence d'un élément parmi ceux qui suivent est un signe d'alarme :

Les signes neurologiques.

sont le plus souvent d'apparition rapide mais on recherchera surtout des céphalées

Les signes otologiques.

Rarement apparents, nécessitent un examen otologique rapide : otorrhée purulente.

Les signes généraux. Céphalées, fièvre sont des alarmes

Contexte : +++ Traumatisme. Chirurgie. Accouchement

Pilule. Tabac Toxique.

b) Le patient à adresser en urgence différée

L'enfant

Le vieillard

Le professionnel à risque

Le vertige qui ne s'apaise pas en 48 heures

Le vertige à rebond

**L'enfant** présentant un vertige doit être vu dans la semaine. Il y a beaucoup trop de pièges.

L'urgence est différée sauf critères d'urgence mentionnés ci-dessus. (Céphalées, fièvre)

**Le vieillard :**

**60 % des chutes** des personnes âgées sont dus à des troubles de l'équilibre et non à une autre cause.

La comorbidité est importante (fracture, grabatisation) mais pas le risque vital. Or les troubles se traitent très bien, les plaintes sont cohérentes, faciles à gérer le plus souvent.

**Le professionnel à risque :**

Un chauffeur traité qui va bien doit être adressé pour une expertise systématique. (Médicolégal)

**Le vertige qui ne s'apaise pas en 48 heures :**

Tous les vertiges même les plus aigus s'atténuent spontanément et rapidement en 48 heures.

Tout vertige aigu, intense, persistant en plateau est suspect.

**Le vertige à rebond :**

Le traitement a calmé le patient mais il revient. Même si un nouveau traitement reste efficace, l'expertise s'impose.

2. Le patient sans urgence :

Dont la symptomatologie persiste peu ou prou.

Dont la symptomatologie se renouvelle

Dont la symptomatologie se complète

Le patient à risque : Age, profession, comorbidité

a) C'est un individu qui va bien sous traitement après un épisode aiguë

Quelques signes bien supportés n'empêchant pas de travailler : attention ces petits signes ne doivent pas exister = avis spécialisé.

b) Dont la symptomatologie se renouvelle

Pas le vertige à rebond mais des petits symptômes de déséquilibre.

c) Dont la symptomatologie se complète :

Apparition progressive de symptômes, en particulier des signes au cours de mouvements rapides.

d) Le patient à risque : Age, profession, comorbidité.

3. Le patient à traiter :

80% des patients n'ont pas de symptôme associé :

Pas de céphalée.

Pas de signes neurologiques.

Signes généraux

Pas d'antécédent vertigineux

Pas de contexte traumatique, chirurgical ou infectieux.

## Le traitement

Le vertige est une pathologie à traiter contrairement à ce qu'on pourrait lire dans la presse médicale. La cause est entendue par les médecins conseils.

En matière de vertige les traitements sont efficaces mais ils ne sont que **symptomatiques**.

Sont efficaces sur le vertige en première intention, les vestibuloplégiques (Tanganil, Agyrax) et la bétahistine, seuls ou associés.

Le vestibuloplégiques (Tanganil, Agyrax)

La bétahistine.

Les anxiolytiques

Les vaso actifs

La kinésithérapie

### Les anxiolytiques

Les prescrire souvent car les patients sont très inquiets, à donner ponctuellement sur 2 ou 5 jours.

### Les vaso-actifs

Pas d'indication chez un patient jeune sans antécédent mais ils protègent bien l'oreille en souffrance, c'est prouvé. Donc soit chez le sujet âgé ou si surdité ou acouphène associé mais jamais très longtemps en première intention.

### Le vestibuloplégiques (Tanganil, Agyrax)

Sont uniquement symptomatiques, très utiles en phase aiguë et permettant d'attendre et de voir.

A prescrire une semaine à 10 jours.

### La bétahistine.

Excellent médicament dans un très grand nombre de cas puisqu'il s'agit très souvent d'une perturbation du contrôle pressionnel intra-labyrinthique. A prescrire un mois en première intention.

Mais ces troubles peuvent être d'origine psychogène, vasculaire, etc.

Même la maladie de Menière, cadre physiopathologique important, n'est pas un diagnostic étiologique car il existe aussi des maladies de Menière auto immunes.

Bien que classée dans les médicaments à Service Médical Rendu réduit.

Mais aucun produit miracle pour le vertige car 300 diagnostics sont possibles... C'est le même problème que dans les surdités brusques.

### La kinésithérapie vestibulaire

Est un traitement à part entière qui sous-entend un diagnostic.

Il y a de bons kinésithérapeutes à Grenoble qui savent vous rappeler s'il y a un problème.

Exemple d'un VPPB typique traité par kiné avec succès à plusieurs reprises mais qui se termine par une cophose après un voyage en train.

Aucun examen n'avait diagnostiqué une petite fusée cholestéatomateuse qui, selon la position, irritait le canal et provoquait le vertige. (Fistule du canal)

## La surveillance

Le patient vertigineux est un patient à suivre même si tout va bien :

**A 48 heures** systématiquement.

**A une semaine**. C'est le délais habituel d'une aggravation potentielle.

## Conclusion

- Le patient vertigineux : 5 % des consultations du Généraliste soit 300 000 par semaine.
- 15 % à 20 % sont ré adressées au Spécialiste.
- Le Spécialiste ORL est le référent pour le vertige. (Pr. TOUPET)
- Le vertige se traite et se surveille.
- Il y a plus de 300 diagnostics étiologiques.

Diapo : Répartition

**Le VPPB essentiel 39 %.** Mais Le VPPB peut être symptomatique (1%)

Un neurinome peut comprimer l'artère irriguant le vestibule, l'hypoxie perturbe le métabolisme des cristaux qui se décollent et peuvent boucher un canal semi-circulaire.

**Neurinome et autres causes tumorales 2 %**

Le vertige peut prendre toutes les formes.

**Maladie de Menière 9 %** de diagnostic et de traitement souvent difficiles.

**Névrite vestibulaire 6 %**

Le tableau typique est souvent dramatique mais pas spécifique. C'est bénin. La séquelle est le trouble du rythme. Une dissection d'artère vertébrale peut donner un tableau équivalent.

**Causes vasculaires 20 %**

**Autres vertiges 24 %**

Pas de diagnostic précis, étiologies multiples, compensation inefficace, tableau traînant et traitement insuffisamment efficace avec équilibre précaire...

## Vertige de l'enfant

(D'après TOUPET)

Diapo

Le VPPB est différent chez l'enfant

Syndrome vestibulaire central

Maladie de Menière

Névrite vestibulaire

Hypotension orthostatique, etc.

Labyrinthites (Contexte)

Quand on fait abstraction des maladies les plus connues, un grand nombre d'entités restent importantes en terme de gravité. Il ne faut pas négliger le vertige, en particulier chez l'enfant où la pathologie tumorale est relativement fréquente.

La maladie de Menière est peu fréquente : 2 à 3 %.

## Les questions de l'assistance

### 1. Que faire en résumé et EN PRATIQUE au cabinet ?

Rhomberg et nystagmus ne sont plus les symptômes phares. Le nystagmus est tellement bref qu'il peut prêter à confusion ou n'être qu'une oscillation...Ne plus raisonner en périphérique ou central. Le problème peut être réglé sereinement en 10 minutes.

Prendre la TA,

Prendre le pouls (régulier ou pas),

Apprécier l'état général (fièvre, céphalées),

Rechercher les signes otologiques, (surdité, otorrhée, otite ou pas)

Les signes neurologiques surnois : voir marcher, doigt-nez, Babinsky, amyotrophie asymétrique.

Sinon, l'examen complet d'un vertigineux demande plus d'une heure et n'est pas spécifique en particulier du point de vue neurologique. L'examen complémentaire est souvent précipité pour ces différentes raisons.

## 2. L'arrêt de travail ?

Lorsque le vertige est intense et persistant ne permettant plus de tenir debout, ou professionnel à risque.

Il n'est pas justifié autrement.

## 3. Que faire chez le sujet âgé ?

**Le vertige ne sera jamais négligé car 60 % des chutes des personnes âgées sont dus à des troubles de l'équilibre et non à une autre cause.**

La comorbidité est importante (fracture, grabatisation) mais pas le risque vital.

Or les troubles se traitent très bien, les plaintes sont cohérentes, faciles à gérer le plus souvent.

(Presbyvestibulie, iatrogénie)

**Par contre le traitement devra contrôler parfaitement le symptôme, toujours suffisant à mettre à l'abri d'une chute !**

## 4. Que faire face à une cinétose ?

Il y a deux catégories :

- La vraie cinétose :  
le patient dont « l'orthostat » est mal réglé et qui souffre quand il est trop secoué...
- Le patient en pleine forme et qui ne se plaint pas car il compense tout...

Mais dont la VNG (vidéonystagmographie ?) est pathologique avec un vertige patent mais compensé. Après un tour de manège...il apparaît des troubles qui ne passent pas bien sur une semaine malgré une reprise de travail sans problème.

Donc il ne faut négliger aucune plainte même si 80 % des cas ne méritent pas une consultation spécialisée.

## 4. CAT chez l'adolescent ?

Les drogues sont lipophiles.

Les chutes inexplicables sont suspectes même si elles ne sont pas accompagnées de troubles vestibulaires. L'accident de mobylette, la chute en sortant du bus, l'accident de voiture...

Un dosage des dérivés du cannabis (THC) peut être normal entre deux « joints ». Il sera systématiquement demandé et les parents prévenus.