

Chapitre **I****Syndrôme
vertigineux***B. FAUCON***Introduction**

Le vertige est défini comme une sensation erronée de déplacement des objets par rapport aux sujets, ou du sujet par rapport aux objets. En raison de son caractère invalidant et anxiogène, c'est un motif fréquent de consultations en urgence.

Le terme de vertige est largement utilisé par les patients pour traduire des symptômes parfois très différents (étourdissement, malaise, éblouissement, sensation de tête flottante, évanouissement) et il appartient au praticien accueillant le patient en urgence de faire la part entre ces différents éléments pour avancer son diagnostic.

Si nombre de pathologies responsables de vertiges sont bénignes, certaines ont un pronostic redoutable, nécessitant un diagnostic et une prise en charge rapide.

1. Physiopathologie des vertiges

L'équilibre est la résultante d'informations sensorielles provenant du vestibule, mais aussi des yeux et de la sensibilité profonde. Ces trois systèmes interagissent pour assurer la stabilité du corps et du regard lors des mouvements, mais également au repos. Ils sont sous le contrôle du système nerveux central.

L'organe vestibulaire est situé dans l'oreille interne, formé de trois canaux semi-circulaires (trois canaux de chaque côté, détectant les accélérations angulaires et les rotations de la tête dans les trois plans de l'espace) et les organes otolithiques (utricle et saccule détectant les accélérations linéaires et la position de la tête par rapport à la gravité). Ces informations sont transmises, par l'intermédiaire du nerf vestibulaire, aux noyaux vestibulaires situés dans le tronc cérébral, puis vers plusieurs aires du cortex cérébral.

URGENCES 2003

L'organe proprioceptif. C'est la sensibilité profonde dont les récepteurs sont disséminés au niveau du corps (muscles et articulations). Il participe à l'équilibre de la tête et du corps dans l'espace. Il est en relation étroite avec le système vestibulaire par l'intermédiaire des voies vestibulospinales (noyaux vestibulaires).

L'organe visuel. Il est relié au vestibule par le système vestibulo-oculaire. Il permet la stabilisation de l'image lors du mouvement.

Tout conflit entre les informations sensorielles provenant de ces trois sources va être interprété par le système nerveux central comme une sensation, erronée, de mouvement. C'est le vertige.

2. Prise en charge du patient vertigineux lors de son arrivée aux urgences

Le patient vertigineux est souvent un patient anxieux et le déplacement nécessaire pour se rendre aux urgences a souvent intensifié les symptômes. À l'arrivée du patient il est donc nécessaire de l'allonger et de le rassurer pour avoir le maximum de coopération pendant l'examen. Toutefois, il arrive qu'en raison de l'intensité des signes l'interrogatoire soit limité.

L'examen va se faire en cinq étapes.

2.1. Définir les caractéristiques du vertige

L'interrogatoire précise le caractère brutal et progressif du début du vertige.

L'existence d'un facteur déclenchant.

L'existence d'une sensation de rotation (et son sens) ou de mouvements antéro-postérieurs (sensation de chute en arrière ou en avant).

La durée du vertige.

L'existence de signes associés (acouphènes, hypoacousie, signes végétatifs...).

Le terrain médical : pathologie neurologique connue, antécédents de crise vertigineuse, hypertension artérielle connue, antécédents médicaux, présence de céphalées (+++), élément fondamental et qui doit, a priori, orienter vers une cause neurologique.

2.2. Recherche de signes vestibulaires

Ils sont le témoignage direct des atteintes vestibulo-oculaires (nystagmus) ou vestibulo-spinales (marche en étoile, signes de Romberg).

Le nystagmus vestibulo-oculaire est de loin le signe le plus sensible. C'est le seul que l'on puisse rechercher en cas de grande crise de vertige lorsque le patient ne peut pas se lever.

Il s'agit d'un mouvement conjugué des deux globes oculaires, fait d'une secousse lente, les deux yeux partant lentement vers le côté atteint, et d'une secousse rapide de rappel.

Par définition, le sens du nystagmus est donné par la secousse rapide, mais le mouvement de dérive pathologique est constitué par le mouvement lent ; donc le sens de secousse lente du nystagmus oriente vers les vestibules atteints (un nystagmus droit correspond donc à un nystagmus dont la secousse rapide est dirigée vers la droite mais qui correspond à une atteinte du vestibule gauche).

Ce nystagmus est atténué par la fixation oculaire. Il est donc indispensable d'examiner le malade avec des lunettes grossissantes, empêchant la fixation oculaire (lunettes de Frenzel).

Les autres signes vestibulaires explorent l'arc réflexe vestibulo-somatique. Ils sont de moindre intérêt car plus difficiles à rechercher chez un patient en crise.

– L'épreuve de Romberg explore l'équilibre statique du patient : on demande au patient de se mettre debout, talons joints, yeux fermés. Le patient dévie vers le côté atteint.

– L'épreuve de marche en étoile : les yeux fermés on demande au patient de faire trois pas en avant puis trois pas en arrière, trois fois de suite. Petit à petit, le patient va dévier vers le labyrinthe atteint, dessinant ainsi une étoile sur le sol.

– L'épreuve de déviation des index : elle est recherchée chez un patient les yeux fermés, assis, sans appui dorsal, les bras tendus pour éviter que le patient prenne appui sur le torse. À l'occlusion palpébrale, les index du patient vont dévier vers le labyrinthe atteint.

2.3. Réaliser un examen ORL complet

Recherche de signes otologiques : acouphènes, surdité.

Examen otoscopique : recherche d'une otorrhée, d'une anomalie du tympan (perforation, myringite...) ou de la conque (zone de Ramsay Hunt).

Recherche d'une paralysie faciale.

Examen sommaire de l'audition :

– test de la voix chuchotée ;

– test de Weber : on pose un diapason vibrant sur le front ou sur la pyramide nasale du patient. Lorsque l'audition est normale, le son est perçu de façon symétrique dans les deux oreilles. En cas de surdité de transmission unilatérale le son est perçu du côté sourd ; en cas de surdité de perception unilatérale le son est perçu du côté sain ;

– test de Rinne : le pied du diapason vibrant est placé sur la mastoïde en arrière de l'oreille. Le patient perçoit alors le son par la conduction osseuse. On lui demande de prévenir lorsqu'il n'entend plus ce son et on place alors le diapason en regard du méat auditif. Chez un individu normal, ou en cas de surdité de perception, le son qui n'était plus perçu lorsque le diapason était posé sur la mastoïde est perçu lorsqu'il est mis en face du méat auditif (la conduction aérienne est supérieure à la conduction osseuse).

URGENCES 2003

En cas de surdité de transmission le son en regard, lorsque le diapason est mis en face du méat auditif, n'est plus perçu.

2.4. Examen neurologique

Recherche d'un syndrome cérébelleux : dysmétrie, adiadococinésie, asynergie.

Recherche d'une anomalie des paires crâniennes.

Recherche d'un trouble de la sensibilité ou de la motricité.

Recherche d'une dysarthrie.

2.5 Examen général

Avec, en particulier, prise de la tension artérielle, examen cardiovasculaire (arythmie cardiaque, sténose des gros vaisseaux du cou), troubles métaboliques, troubles hématologiques (drépanocytose).

  la fin de ces examens le diagnostic de vertige est posé. Les éléments sont alors rassemblés de façon à :

- identifier les vertiges mettant en jeu le pronostic vital et organiser leur prise en charge rapide ;
- reconnaître les autres vertiges lorsqu'ils sont facilement identifiables ;
- diriger vers le spécialiste ORL lorsque le diagnostic étiologique n'a pas pu être formellement établi.

Les vertiges mettant en jeu le pronostic vital

Il s'agit des vertiges d'origine neurologique. Certains signes orientent donc vers une origine neurologique : le début souvent brutal, l'existence de céphalées, le terrain (pathologie cardiovasculaire connue : troubles du rythme cardiaque, athérosclérose, antécédents d'accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle) ou un terrain à risque (diabète, drépanocytose homozygote...), mais c'est le plus souvent l'examen neurologique fait systématiquement devant tout syndrome vertigineux qui permettra d'établir le diagnostic.

Les principales étiologies sont les suivantes.

L'infarctus cérébelleux

Apparition d'un grand vertige rotatoire accompagné de céphalées. Présence d'un syndrome cérébelleux franc d  à une atteinte de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure.

L'ischémie du tronc cérébral réalisant dans sa forme complète le syndrome de Walenberg : apparition d'un grand vertige rotatoire avec signes végétatifs importants durant plusieurs heures.

Cliniquement, il existe des signes neurovégétatifs, un nystagmus battant du côté opposé à la lésion ainsi que :

- du côté de la lésion : une paralysie de l'hémivoile (IX) et de l'hémilarynx (X), une anesthésie faciale thermoalgique, une anesthésie cornéenne (V), un syndrome cérébelleux homolatéral, un syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral ;
- du côté opposé de la lésion on retrouve une hémianesthésie du corps (syndrome alterne).

Le tableau est le plus souvent incomplet, d'où l'intérêt de rechercher systématiquement ces petits signes.

L'ischémie du tronc vertébrobasilaire

Le tableau neurologique est rapidement sévère avec syndrome vertigineux, mais aussi céphalées postérieures souvent majeures, dysarthrie, atteinte du tronc cérébral, du bulbe, troubles de la conscience, évoluant vers un coma.

Le pronostic est sombre, témoignant souvent d'une maladie athéromateuse évoluée.

En pratique, devant l'un ou l'autre de ces tableaux neurologiques, c'est l'imagerie (IRM avec injection de gadolinium, éventuellement complétée par un échodoppler cervical) réalisée en urgence qui permettra de confirmer le diagnostic topographique et étiologique (ischémie ou hémorragie) et orientera la prise en charge.

Reconnaître les vertiges facilement identifiables

Certains vertiges présentent des tableaux caractéristiques permettant de porter le diagnostic sur les seules données de l'examen clinique.

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

C'est le plus fréquent des vertiges. Il est un peu stéréotypé. Il s'agit d'un vertige rotatoire, d'apparition extrêmement brutale, créé par un changement de position, de durée brève (inférieure à une minute).

Ce vertige s'accompagne de signes végétatifs importants (nausées, vomissements), mais il n'y a pas de signe otologique. Il n'y a pas de céphalée.

L'interrogatoire doit en outre préciser, sans suggestionner, deux points importants :

- la durée des vertiges : la confusion est fréquente entre la durée réelle du vertige et la durée des signes végétatifs qui l'accompagnent. Il convient donc de préciser la durée de la sensation rotatoire qui doit rester inférieure à une minute ;
- le type de mouvement qui déclenche le vertige : il s'agit le plus souvent d'un mouvement de rotation et d'extension de la tête (provoqué lors du retournement dans le lit, recherche d'un objet dans un placard situé en hauteur...).

L'examen clinique est normal et c'est la manœuvre de Hallpike qui confirmera le diagnostic. Le patient est assis sur un lit d'examen ; après lui avoir expliqué la manœuvre, on fait passer le malade de la position assise à la position couchée, d'un mouvement rapide, mettant ainsi la tête dans le vide et en rotation de 45°. En cas de manœuvre positive, on note alors l'apparition au bout de quelques secondes d'une sensation vertigineuse intense accompagnée d'un nystagmus à prédominance rotatoire battant du côté de l'oreille la plus basse. Le vertige disparaît en quelques secondes mais réapparaît lorsque le patient repasse en position assise. La positivité

URGENCES 2003

de cette manœuvre confirme le diagnostic de vertige positionnel paroxystique bénin.

Prise en charge. L'évolution et la durée des vertiges positionnels paroxystiques bénins se font par crises successives, s'étalant sur une durée de deux à trois semaines. Il n'y a pas de traitement médicamenteux. Dès le diagnostic posé, on peut expliquer au patient l'origine du vertige ce qui permet de réduire la composante anxieuse, on peut lui proposer de réaliser lui-même des manœuvres d'habituation (plusieurs fois par jour le patient réalise le mouvement qui déclenche le vertige, ce qui lui permet de ne plus avoir de sensation vertigineuse pendant le reste de la journée). Enfin, on lui propose de prendre contact avec une consultation ORL pour réaliser une manœuvre libératoire.

Ces manœuvres libératoires sont au nombre de deux (manœuvre de Sémont et manœuvre de Epley). Leur principe consiste à mobiliser la tête du patient pour déplacer la masse otolithique responsable du vertige vers une région muette. Ces manœuvres n'ont d'intérêt que si elles sont réalisées dans les premiers jours.

La névrite vestibulaire

C'est un grand vertige rotatoire d'installation brutale, durant plusieurs heures, s'accompagnant de signes végétatifs intenses.

Il n'y a pas de céphalée ni de signe cochléaire et l'examen neurologique est normal.

L'examen est difficile chez un patient arrivant aux urgences en pleine crise, mais retrouve un syndrome vestibulaire périphérique (nystagmus horizonto-rotatoire).

Prise en charge. L'hospitalisation est indispensable en raison de l'intensité du vertige.

Le traitement comporte :

- dans les premières heures : un repos au calme, des antiémétiques, des antivertigineux et une corticothérapie à fortes doses (2 mg/kg/jour) ;
- dès que le vertige s'atténue : une mobilisation du patient pour favoriser la compensation centrale.

La confirmation du diagnostic est faite par les explorations audiovestibulaires qui retrouvent une aréflexie vestibulaire du côté atteint.

Les vertiges traumatiques

Le tableau clinique est dominé par les circonstances du traumatisme.

Il peut s'agir d'un traumatisme direct (coton-tige) : le traumatisme est alors immédiatement suivi d'un violent vertige témoignant de l'atteinte du vestibule, mais aussi d'une otorragie, d'un acouphène et d'une hypoacousie. La prise en charge doit se faire en milieu spécialisé ORL.

Il peut s'agir d'une fracture du rocher : on l'évoque devant l'apparition d'un syndrome vestibulaire périphérique apparaissant aux décours d'un traumatisme crânien. L'examen clinique recherche une otorragie (qui, dans ce contexte, signe la fracture du rocher), un hémotympan et une otorrhée cérébro-spinale (en faveur d'une

fracture labyrinthique). Le nystagmus est horizontal ou horizonto-rotatoire battant vers le côté opposé à l'oreille atteinte.

Prise en charge. La tomодensitométrie confirme le diagnostic en retrouvant une fracture transversale (perpendiculaire au grand axe du rocher) passant par l'oreille interne. Elle permet aussi de rechercher une éventuelle luxation de la chaîne ossiculaire. La mobilisation rapide du patient est nécessaire pour favoriser la compensation

Maladie de Ménière

Chez un patient présentant une maladie de Ménière connue, le diagnostic est habituellement facile ; le problème se pose surtout lors de la première crise.

Le diagnostic est établi devant l'association :

- d'un vertige rotatoire d'apparition brutale, durant deux à trois heures mais moins d'une journée, s'accompagnant de signes neurovégétatifs importants ;
- d'une surdité pouvant s'accompagner d'une sensation de plénitude de l'oreille ou d'une sensation de pression unilatérale, précédant la crise ;
- d'acouphènes qui peuvent être modifiés au moment de l'apparition des vertiges.

Seule l'association de ces trois signes permet de parler de maladie de Ménière.

L'examen clinique retrouve un nystagmus horizonto-rotatoire de type périphérique. Ce nystagmus a la particularité de changer de sens pendant le déroulement de la crise.

Enfin, la crise a souvent été déclenchée par un stress ou une fatigue.

Prise en charge. L'intensité de la crise vertigineuse peut nécessiter une hospitalisation. Le traitement repose sur les antiémétiques et les antivertigineux. Dès la diminution des symptômes, le patient sera pris en charge en milieu ORL pour continuer le diagnostic (audiométrie avec test au Mannitol, vidéonystagmographie avec examen calorique).

Vertiges d'origine infectieuse

Il s'agit de vertiges périphériques secondaires à une atteinte inflammatoire de contiguïté ou infectieuse du vestibule.

Au cours d'une otite aiguë, la survenue d'une grande crise de vertige rotatoire est une complication rare de la phase aiguë de l'otite. Elle témoigne de la contamination du vestibule par l'infection ou par l'inflammation de contiguïté.

Son traitement nécessite l'hospitalisation, une antibiothérapie parentérale que l'on adaptera dès que possible en fonction des données de la paracentèse qui est systématique, et une corticothérapie.

Le risque de séquelles auditives est important et dépend de la rapidité du traitement.

Dans le cadre d'une otite chronique, tout vertige intervenant sur une otorrhée chronique doit faire craindre, a priori, l'existence d'un cholestéatome. Le diagnostic est confirmé par l'otoscopie et le scanner.

URGENCES 2003

En cas de fistule d'un canal semi-circulaire, la compression rapide du conduit auditif externe entraîne une augmentation de la pression d'air responsable d'un vertige (signe de la fistule). Le traitement est chirurgical, avec exérèse du cholestéatome et fermeture de la fistule par un greffon d'aponévrose de muscle collé.

Vertiges de la sclérose en plaques

Il s'agit, le plus souvent, de troubles de l'équilibre mal systématisés mais aussi d'un grand vertige rotatoire.

Le diagnostic est évoqué sur le terrain (sujet jeune), l'existence d'antécédents neurologiques restés inexplicables, l'existence de petites anomalies à l'examen neurologique.

Ce vertige peut s'accompagner d'une ophtalmoplégie internucléaire se traduisant par un nystagmus dysconjugué (lors du regard excentré les deux yeux n'ont ni la même fréquence ni la même amplitude de saccades).

Le diagnostic est confirmé par l'IRM.

Les vertiges chez l'enfant

Deux étiologies dominent les vertiges de l'enfant :

- les tumeurs de la fosse postérieure, particulièrement les tumeurs du tronc cérébral : au moindre doute, une imagerie est nécessaire ;
- les intoxications médicamenteuses : les vertiges mettent en évidence la nécessité d'une recherche de toxiques dans le sang (anxiolytiques, sédatifs).

Diriger vers le spécialiste ORL lorsque le diagnostic n'a pu être fait d'emblée

Il s'agit des vertiges n'entrant pas, après examen clinique complet, dans un des cadres nosologiques précédemment décrits.

Après avoir consigné les signes présents sur l'observation des urgences, et tout particulièrement le signe vestibulaire (sens et fréquence du nystagmus, signes cochléaires associés...), qui pourront avoir disparu lors de l'examen ultérieur, on peut mettre en route un traitement à visée symptomatique soit par voie IV dans le cas de vertiges violents nécessitant une hospitalisation, soit par voie orale.

Le patient est revu rapidement en consultation ORL ou après un nouvel examen clinique plusieurs tests vont lui être proposés, en particulier un examen audiométrique et une vidéonystagmographie avec examen calorique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collard N, Sauvage JP. Vertiges aigus. Rev Prat 2000 ; 50 : 2004-2007.
2. Hanley K, O'Dowd T, Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. Br J Gen Pract 2001 ; 51 : 666-671.
3. Hanley K, O'Dowd T. Symptoms of vertigo in general practice : a prospective study of diagnosis. Br J Gen Pract 2002 ; 52 : 809-812.
4. Sauvage JP, Enaud M, Bories F. Diagnostic étiologique des vertiges. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Oto-rhino-laryngologie 1994 ; 20-200-A-10.
5. Toupet M. Examen du patient vertigineux. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Oto-rhino-laryngologie 1993, 20-200-A-05.
6. Tran Ba Huy P, Manach Y. Les Urgences en ORL. Rapport de la société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou 2002.
7. Tran Ba Huy P, de Waele C. Les Vertiges et le praticien. John Libbey Eurotext éd. 1996.

