

VERTIGES

Par **Eric J. Formeister, MD, MS, Dept. of Head and Neck Surgery and Communication Sciences, Duke University School of Medicine**

Reviewed By **Lawrence R. Lustig, MD, Columbia University Medical Center and New York Presbyterian Hospital**

Vertige est un terme imprécis que les patients utilisent pour décrire diverses sensations associées au vertige, dont les suivantes

- Lipothymie (une sensation de syncope imminente)
- Étourdissements
- Sentiment de déséquilibre ou d'instabilité
- Sentiment vague d'avancer comme dans de l'eau ou un espace extérieur très vaste
- Une sensation de rotation

Les vertiges peuvent être temporaires ou chroniques. Les vertiges chroniques, définis comme durant > 1 mois, sont plus fréquents chez les personnes âgées.

Le **vertige** est une sensation de mouvement de soi ou de l'environnement alors qu'il n'y a aucun mouvement réel. Généralement, le mouvement perçu est rotatoire, une sensation de toupie ou de roue qui tourne, mais certains patients se sentent simplement comme poussés d'un côté. Le vertige n'est pas un diagnostic, c'est la description d'une sensation.

Les vertiges sont généralement classés comme périphériques ou centraux.

- Les vertiges périphériques sont généralement provoqués par un dysfonctionnement du système vestibulaire périphérique.
- Le vertige central est habituellement provoqué par un dysfonctionnement du tronc cérébral ou du cervelet.

Les étourdissements et les vertiges peuvent être accompagnés de nausées et de vomissements et/ou de difficultés d'équilibre et à la marche.

Les patients utilisent souvent "étourdissements", "vertiges" et d'autres termes de façon interchangeable et incohérente, en partie parce que ces sensations peuvent être difficiles à décrire. Des patients qui présentent la même affection sous-jacente peuvent décrire leurs symptômes très différemment. Un patient peut même fournir différentes descriptions du même événement « vertigineux », selon la façon dont la question est formulée. Ainsi, les médecins doivent souvent prendre en compte les 2 symptômes ensemble.

De quelque manière qu'ils soient décrits, les vertiges et l'instabilité peuvent être traumatisants et même invalidants, en particulier lorsqu'ils sont accompagnés de nausées et de vomissements. Les symptômes posent des problèmes particuliers aux personnes effectuant une tâche exigeante ou dangereuse, comme conduire, piloter un avion ou des engins de chantier. Il est important de noter que les étourdissements et les vertiges sont de puissants facteurs de risque de chute, en particulier chez les personnes âgées (1).

La prévalence sur un an des vertiges chez les adultes aux États-Unis est de 11% selon les données de l'enquête nationale sur la santé (1). Dans une grande étude de cohorte, les vertiges ont représenté 2,5% des consultations au service d'urgence sur une période de 10 ans (2).

Références générales

- a. 1. Lin HW, Bhattacharyya N. Impact of dizziness and obesity on the prevalence of falls and fall-related injuries. *Laryngoscope* 2014;124(12):2797-2801. doi:10.1002/lary.24806
- b. 2. Kerber KA, Meurer WJ, West BT, Fendrick AM. Dizziness presentations in U.S. emergency departments, 1995-2004. *Acad Emerg Med* 2008;15(8):744-750. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00189.x

Physiopathologie des vertiges

Le **système vestibulaire** est le principal système neurologique impliqué dans l'équilibre. Ce système comprend

- L'appareil vestibulaire de l'oreille interne
- Le 8e nerf crânien (cochléovestibulaire), qui véhicule les signaux de l'appareil vestibulaire vers les voies centrales du système
- Les noyaux vestibulaires du tronc cérébral et le cervelet

L'atteinte de l'oreille interne ou du 8e nerf crânien est considérée comme périphérique. Celles des noyaux vestibulaires et de leurs voies du tronc cérébral et du cervelet sont considérées centrales.

L'équilibre intègre aussi les afférences visuelles et les afférences proprioceptives des nerfs périphériques (via la moelle épinière). Le cortex cérébral reçoit des informations provenant de centres sous-jacents et les intègre pour donner la perception du mouvement.

Oreille moyenne et oreille interne

Appareil vestibulaire

La perception de la stabilité, du mouvement et de la pesanteur prend son origine dans l'appareil vestibulaire, qui est constitué de

- 3 canaux semi-circulaires
- 2 organes otolithiques, saccule et utricule

Le mouvement rotatoire provoque un flux d'endolymph dans le canal semi-circulaire orienté dans le plan du mouvement. Selon la direction du flux, le mouvement endolymphatique stimule ou inhibe les décharges neuronales des cellules ciliées bordant le canal. Des cellules ciliées similaires du saccule et de l'utricule sont intriquées dans une matrice de cristaux de carbonate de calcium(otolithes). La déflection des otolithes par la pesanteur stimule ou inhibe le débit neuronal des cellules ciliées qui leur sont attachées.

Étiologie des vertiges et des étourdissements

Il existe de nombreuses causes structurelles (traumatisme, tumeurs, dégénérescences), vasculaires, infectieuses, toxiques (notamment liées aux médicaments) et idiopathiques des vertiges (voir tableau Certaines causes de vertiges et de troubles de l'équilibre), mais seul un petit pourcentage des cas est provoqué par un trouble grave. Il est utile d'utiliser un cadre qui spécifie les causes périphériques par rapport aux causes centrales de vertiges. Les vertiges périphériques correspondent à des symptômes dus à un dysfonctionnement de l'oreille moyenne, de l'oreille interne (cochlée, vestibule, canaux semi-circulaires, utriculaire, saccule) ou du nerf vestibulaire. Le vertige central ou les étourdissements impliquent un dysfonctionnement au niveau du système nerveux central ou du cerveau. Il est fréquent que les patients qui ont des vertiges aient plus d'un diagnostic. En particulier, la migraine vestibulaire (une cause centrale de vertiges) est plus fréquente en cas de vertige positionnel paroxystique bénin (1) et de maladie de Ménière (2).

Les **causes les plus fréquentes de vertiges périphériques** sont énumérées par ordre décroissant de fréquence (3):

- Vertige paroxystique positionnel bénin
- Maladie de Ménière
- Neuronite vestibulaire
- Labyrinthite
- Presbyvestibulopathie

Les **causes les plus fréquentes de vertiges ou d'étourdissements centraux**, par ordre décroissant de fréquence, sont les suivantes:

- Migraine vestibulaire (4)
- Les effets secondaires des médicaments, en particulier les antihypertenseurs tels que les bêta-bloqueurs ou lorsque plusieurs antihypertenseurs sont utilisés simultanément (5)
- Vertiges fonctionnels (vertiges posturaux perceptifs persistants, anciennement appelé vertige visuel ou vertige subjectif chronique, mal des transports, syndrome de débarquement) (6)
- Presbyvestibulopathie (7)

Aux États-Unis, la migraine vestibulaire a une prévalence sur un an de 2,7%, ce qui en fait probablement la cause la plus fréquente de vertiges (4).

D'autres causes moins fréquentes de vertige central comprennent des troubles qui ont un effet plus global sur la fonction cérébrale (p. ex., hémorragie ou infarctus du tronc cérébral, sclérose en plaques, démence, maladie de Parkinson), un dysfonctionnement cérébelleux, une tumeur cérébrale (en particulier une tumeur de la fosse postérieure), un trouble psychiatrique, ou un trouble affectant l'entrée visuelle ou proprioceptive. Souvent, aucune cause certaine ne peut être retrouvée.

Comme pour l'audition, il existe un déclin naturel des centres périphériques et centraux de contrôle de l'équilibre de l'oreille interne et du cerveau (presbyvestibulopathie) (7).

Indépendamment du diagnostic, les vertiges, les étourdissements ou un déséquilibre de toute nature augmentent significativement le risque de chutes et de blessures liées aux chutes, et doivent être pris au sérieux (8). La physiothérapie de l'équilibre (également appelée physiothérapie vestibulaire) est utile pour presque tous les patients souffrant de vertiges chroniques, à l'exception de ceux qui souffrent d'un mal des transports extrême.

Les **causes les plus fréquentes de vertiges sans étourdissements** sont moins évidentes mais elles ne sont pas généralement otologiques et sont souvent les suivantes

- Effets des médicaments, en particulier antihypertenseurs
- Multifactorielles ou idiopathique
- Vertiges fonctionnels

Les troubles non neurologiques avec un effet plus global sur la fonction cérébrale se manifestent parfois par une perte d'équilibre et rarement par des vertiges. Ces troubles sont généralement dus à un manque de certains substrats (p. ex., oxygène, glucose) provoqué par une hypotension, une hypoxémie, une anémie ou une hypoglycémie; dans les cas graves, certains de ces troubles peuvent se manifester par une syncope. De plus, certaines modifications hormonales (p. ex., comme dans les maladies de la thyroïde, les menstruations, la grossesse) peuvent causer des pertes d'équilibre. De nombreux médicaments actifs sur le système nerveux central peuvent provoquer des pertes d'équilibre indépendamment de tout effet toxique sur le système vestibulaire.

Parfois, vertiges et pertes d'équilibre peuvent être psychogènes. Les patients qui présentent un trouble panique, un syndrome d'hyperventilation, une anxiété, ou une dépression peuvent avoir des vertiges. Une dépression et/ou une anxiété sont présentes chez jusqu'à 50% des patients présentant des vertiges chroniques (9).

Le vertige postural perceptif persistant, parfois décrit comme un balancement interne chronique qui disparaît en position couchée à plat et dure plus de 3 mois sans explication clinique de sa persistance, est classé comme un trouble fonctionnel chronique. Il peut être déclenché par d'autres affections aiguës, telles que le vertige positionnel paroxystique bénin ou la migraine vestibulaire, ou peut-être la manifestation d'un trouble anxieux.

La faiblesse vestibulaire périphérique non compensée provoque un déséquilibre plutôt qu'un vertige et souvent un flou visuel lors de la rotation de la tête. Elle peut être le résultat d'une neuronite vestibulaire, d'une migraine avec vertige, d'une maladie de Ménière, d'un traumatisme crânien ou d'une chirurgie de l'oreille interne.

Chez les patients âgés, la perte d'équilibre est souvent multifactorielle secondaire aux effets indésirables des médicaments et à la diminution liée à l'âge des capacités visuelles, vestibulaires et proprioceptives. Deux des causes les plus fréquentes sont des troubles spécifiques de l'oreille interne: les vertiges positionnels paroxystiques bénins et la maladie de Ménière.

Références pour l'étiologie

- a. 1. Çakır S, Sahin A, Gedik-Soyuyuce O, et al. Assessing the impact of migraine on benign paroxysmal positional vertigo symptoms and recovery. *BMC Neurol* 24(1):148, 2024.
<https://doi.org/10.1186/s12883-024-03606-2>
- b. 2. Kim SY, Lee CH, Yoo DM, et al. Association Between Meniere Disease and Migraine. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 148(5):457–464, 2022. doi:10.1001/jamaoto.2022.0331
- c. 3. Neuhauser HK. Chapter 5. The epidemiology of dizziness and vertigo. In: *Handbook of Clinical Neurology*, 2016 Vol. 137 (3rd series), Neuro-Otology J.M. Furman and T. Lempert, Editors
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4>
- d. 4. Formeister EJ, Rizk HG, Kohn MA, Sharon JD. The Epidemiology of Vestibular Migraine: A Population-based Survey Study. *Otol Neurotol* 39(8):1037-1044, 2018.
doi:10.1097/MAO.0000000000001900
- e. 5. Shoair OA, Nyandege AN, Slattum PW. Medication-Related Dizziness in the Older Adult. *Otolaryngol Clin North Am* 44(2):455-471, 2011. doi:10.1016/j.otc.2011.01.014
- f. 6. Popkirov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract Neurol* 18(1):5-13, 2018.
doi:10.1136/practneurol-2017-001809
- g. 7. Davalos-Bichara M, Agrawal Y. Normative Results of Healthy Older Adults on Standard Clinical Vestibular Tests. *Otol Neurotol* 35(2):297-300, 2014. doi:10.1097/MAO.0b013e3182a09ca8
- h. 8. Lin HW, Bhattacharyya N. Impact of dizziness and obesity on the prevalence of falls and fall-related injuries. *Laryngoscope* 124(12):2797-2801, 2014. doi:10.1002/lary.24806
- i. 9. Feng S, Zang J. The effect of accompanying anxiety and depression on patients with different vestibular syndromes. *Front Aging Neurosci* 15:1208392, 2023. doi:10.3389/fnagi.2023.1208392

Évaluation des vertiges

Anamnèse

L'**anamnèse de la maladie actuelle** doit recouvrir les sensations ressenties ; une question ouverte est préférable (p. ex., "le mot vertige est utilisé très différemment par différents sujets. Pouvez-vous s'il vous plaît décrire aussi complètement que possible ce que vous ressentez ?"). Un interrogatoire bref, spécifique, en demandant p. ex., si la sensation est une lipothymie, un étourdissement, une perte de l'équilibre ou des vertiges, peut amener quelques clarifications, mais des efforts insistants pour catégoriser les sensations d'un patient ne sont pas nécessaires. D'autres éléments sont plus bénéfiques et indiscutables :

- Sévérité de l'épisode initial
- Gravité et caractéristiques d'épisodes ultérieurs
- Symptomatologie continue ou épisodique
- Si épisodique, fréquence et durée
- Facteurs déclenchant et calmants (c'est-à-dire, causés par les mouvements de tête/le changement de position)
- Symptomatologie auditive associée (p. ex., perte auditive, sensation de plénitude de l'oreille, acouphènes)
- Gravité et handicap correspondants

Le malade éprouve-t-il un seul événement aigu, soudain, ou les vertiges sont-ils chroniques et récidivants ? Le premier épisode a-t-il été le plus sévère (crise vestibulaire) ? Combien durent ces épisodes et qu'est-ce qui semble les provoquer et les aggraver ? Il faut interroger

spécifiquement le sujet sur l'effet des mouvements de la tête, du lever, de l'anxiété ou des situations de stress, ou des menstruations. Les symptômes associés importants comprennent des céphalées, une perte auditive, des acouphènes, des nausées et des vomissements, des troubles de la vision, une parésie focale et des difficultés à la marche. La gravité de l'impact sur la vie quotidienne du patient doit être évaluée : le patient est-il tombé ? Le patient est-il réticent à conduire ou à sortir de chez lui ? Le patient a-t-il été contraint à un arrêt de travail ?

Les symptômes des troubles qui provoquent des vertiges ont un degré élevé de chevauchement ; ainsi, identifier le moment exact, la fréquence, la durée et les caractéristiques des épisodes est nécessaire pour établir le diagnostic. La plupart des troubles qui causent des vertiges sont diagnostiqués cliniquement. *Plus d'un* diagnostic de vertige est souvent présent, en particulier dans les vertiges chroniques. Par exemple, la maladie de Ménière et le vertige positionnel paroxystique bénin sont beaucoup plus fréquents chez les patients migraineux que dans la population générale (1, 2).

La revue des systèmes doit rechercher les symptômes de maladies causales possibles, dont celles pouvant évoquer des infections des voies respiratoires supérieures (troubles de l'oreille interne); douleur thoracique et/ou palpitations (maladie cardiaque); dyspnée (maladies pulmonaires); méléna (anémie provoquée par des pertes sanguines gastro-intestinales); et changement de poids ou sensation de chaleur ou d'intolérance au froid (maladie de la thyroïde).

La recherche des antécédents médicaux doit porter sur l'existence d'un traumatisme crânien récent éventuel (habituellement évident par l'anamnèse), d'une migraine, d'un diabète, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire, d'une anxiété ou d'une dépression, et de troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool. En plus de l'identification de tous les médicaments actuels, l'anamnèse médicamenteuse doit évaluer les modifications récentes des médicaments et/ou de leurs doses.

Examen clinique

L'examen clinique commence par la revue des signes généraux, dont la fièvre, un pouls rapide ou irrégulier, la pression artérielle debout et couchée, notant toute chute de pression artérielle debout (hypotension orthostatique) et si la station debout déclenche la symptomatologie. Si la station debout déclenche vraiment la symptomatologie, les symptômes posturaux doivent être distingués de ceux causés par les mouvements de tête en remettant le patient allongé jusqu'à dissipation des symptômes puis en lui imprimant une rotation de la tête.

Les examens otologiques et neurologiques sont fondamentaux. En particulier, chez le patient couché, on recherche la présence, la direction et la durée d'un éventuel nystagmus spontané. La direction et la durée du nystagmus et le déroulement du vertige sont notés. La manœuvre de Dix-Hallpike est utilisée pour diagnostiquer le vertige positionnel paroxystique bénin du canal postérieur (de loin le canal le plus souvent affecté) ou le vertige positionnel paroxystique bénin du canal antérieur, le test de rotation en décubitus dorsal, quant à lui, peut être utilisé pour diagnostiquer le vertige positionnel paroxystique bénin du canal horizontal.

Une évaluation sommaire de l'audition au lit du malade est effectuée, le conduit auditif est examiné à la recherche d'un écoulement et d'un corps étranger, et le tympan est inspecté à la recherche de signes d'infection ou de perforation.

La fonction cérébelleuse est testée par l'évaluation de la marche, l'épreuve doigt-nez, et le test de Romberg (voir Comment évaluer la sensibilité/sensation). Le test de Fukuda (marche sur place les yeux fermés) peut être effectué par des spécialistes pour détecter une lésion vestibulaire unilatérale. Le reste de l'examen neurologique est effectué, notamment la vérification des autres nerfs crâniens. L'utilisation de l'examen HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew examen) est un examen au chevet du patient très sensible et spécifique qui peut différencier une cause centrale d'une cause vestibulaire périphérique (3). Plus précisément, un test d'impulsion céphalique horizontal normal, un nystagmus qui change de direction lors du regard excentré ou une déviation verticale sont tous très évocateurs d'une étiologie centrale (cérébrovasculaire, tumeur cérébrale, lésion structurelle) par opposition à une étiologie périphérique.

Signes d'alarme

Les signes suivants sont particulièrement préoccupants :

- Douleur de la tête ou du cou
- Ataxie
- Perte de conscience
- Déficit neurologique focal
- Symptômes graves continus pendant > 1 heure

Interprétation des signes

Le diagnostic différentiel repose souvent sur la nature exacte du problème principal (c'est-à-dire, la distinction entre étourdissements et vertiges). Cependant, l'inconstance des descriptions des patients et la mauvaise spécificité des symptômes rendent cette approche peu fiable. Une meilleure approche consiste à donner plus de poids au mode d'apparition et à la durée des symptômes, aux facteurs qui induisent les symptômes, aux symptômes associés et aux signes de l'examen clinique, en particulier otologiques et neurologiques.

Certaines associations de signes cliniques sont très évocatrices (voir tableau Certaines causes de vertiges et de troubles de l'équilibre), en particulier celles qui permettent de différencier les syndromes vestibulaires centraux et périphériques.

- **Périphériques** : les symptômes auditifs (p. ex., acouphènes, plénitude d'oreille, perte auditive) indiquent habituellement une atteinte périphérique. Ils sont typiquement en rapport avec des vertiges et pas avec une instabilité globale (à moins qu'ils ne soient causés par un déficit vestibulaire périphérique non compensé). Les symptômes sont habituellement paroxystiques, intenses et épisodiques ; une instabilité continue est rarement due à un syndrome vestibulaire périphérique. La perte de conscience n'est pas associée à des vertiges dus à une pathologie vestibulaire périphérique, et un autre diagnostic doit être recherché si tel est le symptôme décrit.

- Centrale : des signes otologiques sont rares mais des troubles de la marche/de l'équilibre sont fréquents. Le nystagmus n'est pas inhibé par la fixation visuelle.

Examens complémentaires

Les patients présentant une crise vertigineuse brutale doivent avoir une oxymétrie de pouls et une glycémie capillaire. Les femmes doivent avoir un test de grossesse. La plupart des médecins font également un ECG. D'autres tests sont effectués en fonction des signes cliniques (voir tableau Certaines causes de vertiges et de troubles de l'équilibre), mais généralement une IRM rehaussée par le gadolinium est indiquée en cas de symptômes aigus et de céphalées, d'anomalies neurologiques ou de tout autre signe évocateur d'une étiologie du système nerveux central.

En cas de vertige chronique dus à une pathologie vestibulaire centrale, une IRM rehaussée au gadolinium doit être réalisée pour rechercher un accident vasculaire cérébral, une sclérose en plaques ou d'autres lésions du système nerveux central.

Les patients dont les résultats de l'examen de l'audition et de la fonction vestibulaire effectués au lit du malade sont anormaux ou équivoques doivent subir des tests formels avec audiométrie et électronystagmographie.

Un ECG, un contrôle Holter d'anomalies du rythme cardiaque, une échocardiographie, et des tests d'effort (de stress) peuvent être effectués pour évaluer la fonction cardiaque.

Les examens complémentaires sont rarement utiles, sauf en cas de vertiges chroniques et d'atteinte bilatérale de l'audition, pour lesquels un sérodiagnostic de la syphilis est indiqué.

Références pour l'évaluation

- a. 1. Kim SK, Hong SM, Park IS, Choi HG. Association Between Migraine and Benign Paroxysmal Positional Vertigo Among Adults in South Korea. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019;145(4):307-312. doi:10.1001/jamaoto.2018.4016
- b. 2. Radtke A, Lempert T, Gresty MA, Brookes GB, Bronstein AM, Neuhauser H. Migraine and Ménière's disease: is there a link? *Neurology* 2002;59(11):1700-1704. doi:10.1212/01.wnl.0000036903.22461.39
- c. 3. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009;40(11):3504-3510. doi:10.1161/STROKEAHA.109.551234

Traitement des étourdissements et des vertiges

Le traitement des étourdissements et des vertiges est dirigé contre la cause, et comprend l'arrêt, la réduction ou le changement de médicaments en cause.

En cas de syndrome vestibulaire considéré comme secondaire à une maladie de Ménière ou à une neuronite vestibulaire ou à une labyrinthite, les inhibiteurs vestibulaires les plus efficaces sont les antihistaminiques/anticholinergiques oraux (p. ex., méclizine, prométhazine) ou les benzodiazépines (p. ex., diazépam, clonazépam). Tous ces médicaments

pouvant provoquer une somnolence, leur utilisation est donc restreinte chez certains patients. Ces médicaments ne doivent être utilisés que pendant les épisodes vertigineux aigus (maladie de Ménière) ou pendant les premiers jours des symptômes (neuronite vestibulaire ou labyrinthite), car l'utilisation chronique de ces suppresseurs vestibulaires inhibe la compensation centrale et peut prolonger les symptômes.

Les nausées peuvent être traitées par la prochlorpérazine ou l'ondansétron.

Dans un vertige positionnel paroxystique bénin, les vertiges sont traités par la manœuvre d'Epley (déplacement des otolithes) effectuée par un professionnel expérimenté (p. ex., un physiothérapeute vestibulaire). Parfois, les patients apprennent les manœuvres d'auto-traitement. Les médicaments ne sont pas indiqués pour les patients atteints de vertige positionnel paroxystique bénin isolé.

La maladie de Ménière est traitée au mieux par un otorhinolaryngologue formé à la prise en charge de cette affection chronique, mais le traitement initial comprend typiquement un régime hyposalé et des diurétiques épargneurs du potassium, ou de la bétahistine (1).

Les patients atteints de migraine vestibulaire doivent être orientés vers un neurologue pour leur prise en charge. Les inhibiteurs du calcitonine gene-related peptide (CGRP) peuvent être efficaces dans le traitement des symptômes vestibulaires de la migraine vestibulaire (2).

Si une composante anxieuse ou dépressive sous-jacente est suspectée, les patients doivent être traités de manière appropriée, soit par leur médecin généraliste, soit par un psychiatre.

Les patients souffrant de vertiges persistants ou récurrents secondaires à un déficit vestibulaire unilatéral (comme après une neuronite vestibulaire) peuvent tirer bénéfice d'une rééducation par un thérapeute vestibulaire expérimenté. La plupart des patients ont une bonne compensation vestibulaire, bien que certains, en particulier les personnes âgées, aient plus de difficultés. La kinésithérapie peut également apporter des informations sécuritaires importantes pour des personnes âgées ou particulièrement invalides. La rééducation vestibulaire est également très efficace pour d'autres troubles chroniques vertigineux, y compris les étiologies non périphériques telles que la migraine vestibulaire (3) et les vertiges posturaux perceptifs persistants (4).

Références pour le traitement

- a. 1. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 162(2_suppl):S1-S55, 2020.
- b. 2. Russo CV, Saccà F, Braca S, et al. Anti-calcitonin gene-related peptide monoclonal antibodies for the treatment of vestibular migraine: A prospective observational cohort study. *Cephalgia* p43(4):3331024231161809, 2023.
- c. 3. Balci B, Akdal G. Outcome of vestibular rehabilitation in vestibular migraine. *J Neurol* 269(12):6246-6253, 2022.
- d. 4. Ibrahim NMK, Hazza NMA, Yaseen DM, Galal EM. Effect of vestibular rehabilitation games in patients with persistent postural perceptual dizziness and its relation to anxiety and depression: prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 281(6):2861-2869, 2024.

Bases de gériatrie : vertiges

©<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/prise-en-charge-du-patient-présentant-une-affection-de-l-oreille/vertiges>

Au fur et à mesure que les sujets vieillissent, les organes impliqués dans l'équilibre fonctionnent moins bien. Par exemple, voir dans la pénombre devient plus difficile, les structures de l'oreille interne se détériorent, la proprioception devient moins sensible et les mécanismes qui contrôlent la pression artérielle deviennent moins réactifs (p. ex., aux changements de position, à la situation post-prandiale). Les sujets âgés ont également plus de chances d'avoir des troubles cardiaques ou cérébrovasculaires pouvant contribuer aux vertiges. Ils sont également plus susceptibles de prendre des médicaments pouvant provoquer des vertiges, comme les antihypertenseurs, les médicaments antiangineux, ou contre l'insuffisance cardiaque, l'épilepsie et l'anxiété, ainsi que certains antibiotiques, les antihistaminiques et les médicaments inducteurs du sommeil. Ainsi, les troubles de l'équilibre chez les patients âgés ont habituellement plus d'une cause.

Bien que désagréables à n'importe quel âge, les conséquences d'une perte de l'équilibre et des vertiges sont à prendre au sérieux chez les patients âgés. Les plus fragiles ont un risque significatif de chute avec pour conséquence des fractures ; leur peur de se déplacer et de tomber diminue souvent significativement leurs capacités quotidiennes.

Outre le traitement de causes spécifiques, les patients âgés qui présentent des troubles de l'équilibre ou des vertiges peuvent tirer profit de la kinésithérapie et des exercices de renforcement musculaires qui permettent de maintenir une déambulation autonome aussi longtemps que possible.

Points clés

- **Des symptômes vagues ou incohérents peuvent cependant être associés à une atteinte grave.**
- **Une atteinte cérébrovasculaire et des effets secondaires médicamenteux doivent être recherchés, en particulier chez les patients âgés.**
- **Un syndrome vestibulaire périphérique doit être différencié d'un syndrome vestibulaire central.**
- **Une neuro-imagerie immédiate doit être effectuée lorsque les symptômes sont accompagnés de céphalées et/ou d'anomalies neurologiques focales.**