



VERTIGES : clinique, diagnostic et prise en charge

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Janvier 2015

Groupe de travail : document provisoire réalisé par le Dr LEQUEUX

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

Le vertige traduit un dysfonctionnement du système vestibulaire dont l'origine peut être périphérique ou centrale. En pratique ambulatoire, les trois causes les plus fréquentes sont :

- le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB), principalement lié à une affection du canal semi-circulaire postérieur,
- la névrite vestibulaire (déficit vestibulaire unilatéral brusque idiopathique)
- et la maladie de Ménière.

Il existe un ensemble de symptômes se rapprochant du vertige, mais dont l'origine est différente d'un trouble du système vestibulaire. Ces symptômes sont regroupés sous une même entité et appelés « sensation vertigineuse » (sensation de perte de connaissance imminente ou présyncope, déséquilibre ou instabilité posturale, étourdissement).

Les consultations pour la survenue de symptômes vertigineux sont fréquentes en médecine générale. On estime la prévalence dans la population de 18 à 64 ans à 20-30%. Parmi toute cette symptomatologie vertigineuse, les vertiges « vrais » représentent environ 30% des cas dans la population générale et plus de 50% dans la population âgée

D'un problème fréquent et le plus souvent bénin, la stratégie diagnostique d'un vertige est assez complexe et chronophage !

Trois éléments rendent les vertiges difficiles à gérer dans la consultation du généraliste

- c'est un symptôme commun et souvent présenté au médecin;
- les difficultés de communication peuvent être importantes, car ce que le patient vit est difficile à confirmer par l'examen;
- enfin, cela peut être un symptôme bénin et transitoire, ou un signe annonciateur d'une maladie grave.

Toute la difficulté pour le praticien consiste sans autre moyen diagnostique que l'anamnèse et l'examen clinique à différencier les **pathologies périphériques** liées à une lésion du labyrinthe ou du nerf vestibulaire (fréquentes et bénignes) des **pathologies centrales** secondaires à une atteinte des noyaux vestibulaires, du tronc cérébral ou du cervelet, potentiellement graves, motivant une hospitalisation immédiate ou un avis spécialisé.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

1. C.Delémont, F.Higelin, P.Bang, O.Rutschmann. Les vertiges. Rev Med Suisse 2012; 8 : 2029-33 ;
2. J-P.Guyot, N.Guinand. Vertiges d'origine cervicale: mythe ou réalité ? Rev Med Suisse 2009; 5 : 1922-4 ;
3. McDonnell MN, Hillier SL. Rééducation vestibulaire pour améliorer les vertiges, l'équilibre et la mobilité chez les patients ayant un syndrome vestibulaire périphérique .Revue Cochrane.janv.2015 ;
4. Vertiges d'origine centrale. Le Médecin du Québec 2005.40;3
5. La réhabilitation vestibulaire des vertiges et troubles de l'équilibre chroniques », Académie nationale de médecine, novembre 2006 ;
6. « Vertiges de l'adulte : stratégies diagnostiques. Place de la rééducation vestibulaire », HAS, septembre 1997 ;
7. J.Ombrelli et coll. Syndromes vertigineux en pratique ambulatoire. Rev Med Suisse 2009 ;5 :2374-80 ;
8. P.Laplante. Les vertiges : un défi intéressant. Le Clinicien mars 2007
9. Vertiges récidivants : vignette diagnostic. Rev Med Liege 2014 ; 69 :10 :571-579
10. J.Haegeman. Les vertiges d'origine ORL. Rev Med Brux 2013 :251-256
11. Les vertiges. Recommandation Vidal janvier 2015
12. A.Reinhard, R.Maire. Névrite vestibulaire : traitement et pronostic. Rev Med Suisse.oct.2013.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

Les principaux messages

La gestion de l'appel téléphonique : en cas de crise aiguë, c'est une urgence au domicile ?

La 1^{ère} étape de l'évaluation consistera à clarifier la signification de la plainte et de recueillir des renseignements permettant de **distinguer un vertige « vrai »** (trouble de la perception de l'espace avec illusion de mouvement, perçu comme externe) **d'une « sensation vertigineuse »**.

La 2^{ème} étape, la plus importante pour le médecin généraliste au chevet d'un patient difficilement examinable lors d'une crise aiguë est de **rechercher l'existence ou non de signe clinique d'accompagnement** (drapeaux rouges) pouvant suggérer une **lésion vestibulaire centrale** au niveau de la fosse postérieure (cervelet ou tronc cérébral) qui nécessite une imagerie cérébrale (IRM de préférence) en urgence.

Les drapeaux rouges :

- Début très brutal, inexpliqué, non provoqué par le changement de position
- Durée prolongée
- Céphalées inhabituelles (en particulier occipitales),
- Troubles de la conscience,
- Contexte vasculaire,
- Un sujet âgé,
- Symptômes neurologiques :
 - dysarthrie, troubles de la déglutition ;
 - troubles sensitifs, déficit moteur ;
 - ataxie cérébelleuse (impossibilité de se tenir debout), dysmétrie ;
 - dipopie, trouble du champ visuel, scotome ;
 - nystagmus spontané vertical ou multidirectionnel, non diminué par la fixation visuelle

Les principales étiologies des vertiges d'origine centrale :

- AIT vertébro-basilaire (= insuffisance vertébro-basilaire)
- Accident vasculaire cérébelleux ou du tronc cérébral
- Migraine basilaire
- SEP
- Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux

L'interrogatoire est très utile pour déterminer les caractéristiques permettant la distinction entre l'origine périphérique ou centrale d'un vertige : 6 questions « clés »

- 1- La recherche d'antécédents de vertiges paroxystiques évoluant sur le même mode
- 2- La proportionnalité entre vertige et symptômes digestifs associés
 - Un vertige périphérique = un vertige important s'associe à des nausées et vomissements importants, au contraire un vertige discret pourra s'accompagner de nausées mais rarement de vomissements ;
 - Pour une cause centrale, le lien de proportionnalité est moins évident voire absent : un vertige discret peut s'accompagner de vomissements incoercibles.
- 3- La présence de troubles auditifs : acouphène, hypoacousie ou surdité unilatérale, suggère une dysfonction de l'appareil cochléaire (oreille interne ou portion cochléaire)

du VIII) et oriente vers une origine périphérique. Les lésions centrales ne s'accompagnent jamais de symptômes auditifs.

- 4- Le caractère positionnel : le déclenchement par des mouvements de la tête et du tronc est un signe caractéristique d'une atteinte périphérique ;
- 5- L'effet de l'ouverture ou de la fermeture des yeux sur l'intensité des symptômes: dans un vertige périphérique ouvrir les yeux et fixer une cible améliore les symptômes. Au contraire pour une lésion centrale, l'ouverture des yeux les aggrave, alors qu'ils sont soulagés par la fermeture des yeux.
- 6- L'évolution du vertige dans la journée : les premières mobilisations matinales déclenchent des vertiges plus importants en cas de lésion périphérique, l'activité diurne les améliore mais la reprise des activités après une pause les réactive. Dans un vertige d'origine centrale le vertige est constant ou fluctuant mais jamais épisodique.

L'examen clinique :

Examen neurologique : toute anomalie neurologique doit faire suspecter une pathologie centrale et impose une hospitalisation en urgence.

Examen ORL : une pathologie de l'oreille moyenne (OMA, cholestéatome, hémotympan, otorragie) suggère fortement une cause périphérique du vertige. Une baisse de l'audition révélée par une acoumétrie phonique (voix chuchotée) ou au diapason peut encore évoquer une pathologie périphérique, dont le neurinome de l'acoustique. Un **avis ORL** est recommandé.

L'examen du réflexe vestibulo-oculaire : rechercher un nystagmus spontané dans le regard centré et excentré entre 20° et 30° et lors de la poursuite oculaire.

- un nystagmus d'origine centrale peut être multidirectionnel, en particulier vertical, non aboli par la fixation visuelle (fixation du pouce avec bras tendu) ;
- lors d'atteinte périphérique, le nystagmus est presque toujours unidirectionnel, horizonto-rotatoire et est diminué ou aboli par la fixation visuelle.

Cette première mission accomplie, il n'y a pas de doute sur l'origine périphérique du vertige, le traitement symptomatique de la crise a été prescrit, on peut passer plus sereinement à **l'étape du diagnostic étiologique**.

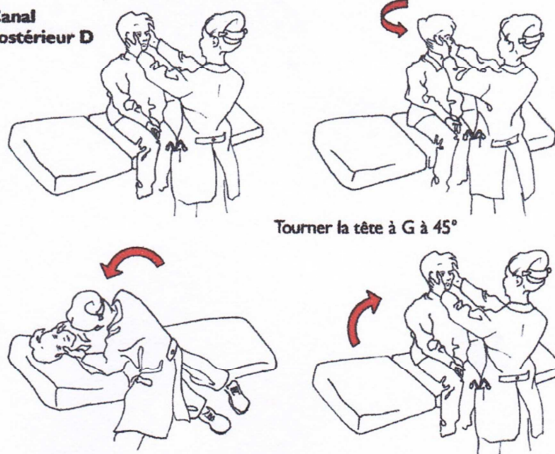
La dysfonction vestibulaire est mise en évidence par des **manœuvres diagnostiques** :

La plus utilisée est la manœuvre de Dix et Hallpike (figure 2). **Positive elle est pathognomonique d'un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)**. Sa négativité n'exclut pas une origine périphérique.

Elle permet de déterminer le côté de la lésion (le plus souvent le nystagmus «fuit» la lésion), mais sa réalisation nécessite une appropriation très précise des gestes, pour justifier un diagnostic précis.

En pratique on peut se contenter d'une manœuvre de Semont (figure 3), plus simple qui a en plus la vertu de pouvoir être thérapeutique, dans le cas de VPPB (cupulolithiase).

Canal
postérieur D



Tourner la tête à G à 45°

Observer la survenue d'un nystagmus
rotatoire géotrope (battant vers le sol)
Attendre 1 à 2 minutes

Figure 2. Manœuvre diagnostique de Hallpike à la recherche d'un vertige positionnel paroxystique bénin

La survenue d'un vertige avec nausée et l'apparition d'un nystagmus battant en direction du sol (géotrope) évoquent un vertige positionnel paroxystique bénin. Si cet examen reste négatif (pas de vertige et pas de nystagmus), effectuer la même manœuvre de l'autre côté après une latence de 5 minutes
Dessins: Dr Olivier Pasche.



Figure 3. Manœuvre de Semont

Manœuvre de Semont: positionner le patient assis au bord du lit, jambes pendantes, puis le coucher en décubitus latéral, sur le côté qui déclenche les vertiges, nez en l'air. Après cessation du nystagmus, bascule rapide de l'autre côté, nez en bas. Maintenir la position environ 5 minutes.
© lucociel@gmail.com – Réf.: www.menieresrelief.com

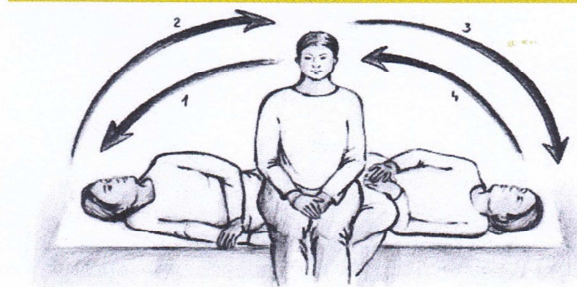


Figure 4. Exercices de Brandt et Daroff

© lucociel@gmail.com

Les principaux vertiges périphériques (par ordre de fréquence) et leur prise en charge :

Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

Le plus fréquent, dû au déplacement d'otolithes, le plus souvent dans un canal semi-circulaire postérieur. Pic d'incidence dans la 6^e décennie et prépondérance chez la femme. C'est un vertige rotatoire bref, de quelques secondes à moins d'une minute, survenant typiquement aux changements de position de la tête (rotation sur le côté, particulièrement en décubitus dorsal, et au passage à la position assise), souvent accompagné de nausées et vomissements.

Le diagnostic repose sur la manœuvre d'Hallpike. L'examen otoscopique est normal.

Son traitement repose uniquement sur les manoeuvres libératoires : la plus utilisée en France est la manœuvre de **Semont**. Pas toujours réalisable en phase aiguë, le patient tolère souvent très mal la mobilisation !

Alternativement ou en cas d'échec, on peut recommander et expliquer au patient les exercices de Brandt et Daroff (figure 4) qu'il pourra effectuer seul, les jours suivants.

Assis sur le bord du lit, le patient débute l'exercice en se couchant sur un côté, la tête tournée vers le plafond. Ce mouvement déclenche souvent un vertige. Cette position est maintenue pendant 30 secondes. Puis il revient à la position assise pendant 30 secondes, là encore, il peut ressentir un vertige. Il se couche ensuite de l'autre côté, puis, après 30 secondes, retour à la position assise.

Ces exercices peuvent être effectués à trois reprises, deux fois par jour, jusqu'à ce qu'ils ne déclenchent plus de vertige pendant deux jours.

En cas d'échec un examen cochléovestibulaire réalisé par un ORL est recommandé.

Névrite (ou neuronite) vestibulaire (inflammation du nerf vestibulaire)

C'est la 2^{ème} cause de vertige périphérique, mais la plus fréquente de vertige persistant plus de 24 heures. Son étiologie est inconnue, l'hypothèse virale communément admise n'a jamais été démontrée.

C'est un vertige d'apparition subaiguë, continu, exacerbé par les changements de position et les mouvements de rotation de la tête. Il dure quelques jours, s'accompagne de nausées et vomissements. Son pronostic est bon.

Nystagmus spontané (horizonto-rotatoire) diminué ou aboli par la fixation du regard, l'audition est normale, pas d'acouphènes
La manœuvre de Hallpike est négative. L'examen otoscopique est normal.

Son traitement :

- traitement symptomatique de la crise vertigineuse
- corticothérapie en cure courte : 1mg/kg x 7 à 10 jours (hors AMM et d'efficacité non démontrée !).
- lever et exercices vestibulaires précoces.
- rééducation vestibulaire (physiothérapie)

Maladie de Ménière (rare dans le quotidien du généraliste)

Son diagnostic repose sur la triade :

- survenue répétée et épisodique de vertiges ;

- symptômes auditifs (acouphène, hypoacousie unilatérale, sensation de plénitude dans une oreille), précédant ou concomitant à la crise de vertige.
- Antécédents de crises identiques remontant à plusieurs années.

L'installation de la crise peut être rapide ou progressive, accompagnés de symptômes neuro-végétatifs très marqués et durent moins de 24 heures. Nystagmus horizontal, parfois vertical ou rotatoire. L'examen otoscopique est normal.

Un épisode inaugural, même si il est fortement évocateur de cette maladie, ne permet pas d'en affirmer le diagnostic.

La Bétahistine peut être essayée en cas de récurrence : 24mg x 2 / jour, pendant 1 à 3 mois selon l'évolution.

Les causes ORL : OMA, cholestéatome, fistule périlymphatique, zona, neurinome de l'acoustique.

Quels sont les médicaments à notre disposition

Le traitement symptomatique de la crise : Il ne doit pas être administré au-delà de la période aigue.

- Acétyl-Leucine® ; TANGANIL®) per os ou IV

Son mécanisme d'action est inconnu. En 1re intention per os ou IV dans les épisodes aigus et en cas de vertiges itératifs. La posologie est de 1,5 à 2 g par jour en 2 prises. En cas d'échec, elle peut être augmentée à 3 g, voire 4 g par jour. Par voie parentérale, la posologie est de 2 ampoules IV par jour.

Associé si besoin à un antiémétique et à un anxiolytique.

- métoprolol 10 mg IV / IM ou 10 mg PO (maximum 3 x / j) ;
- dompéridone 10 mg PO / sublingual / rectal ;

Les autres traitements :

- Bétahistine (BETAHISTINE® 24 mg cp ,8 mg cp ; BETASERC® 24 mg cp ; SERC® 8 mg cp ; EXTOVYL® gél (µgle LP) ;LECTIL® 16 mg cp séc, 24 mg cp).

C'est un analogue de l'histamine. Indiqué dans le traitement symptomatique des vertiges itératifs avec ou sans signe cochléaire. Il n'a pas d'effet sédatif. La posologie usuelle est de 24 à 48 mg par jour, posologie à ne pas dépasser. Pour les gélules, elle est de 24 mg à 36 mg par jour.

- Chlorhydrate de méclozine (AGYRAX® 25mg,cp séc) : 1 à 3 comprimés par jour. Ses principaux effets indésirables sont la somnolence et la sédation (effet anti-H1 et anticholinergique).

Quelle sont les indications de la rééducation vestibulaire

Pratiquée par des kinésithérapeutes spécialisés, la rééducation vestibulaire a fait la preuve de son efficacité pour améliorer les vertiges, l'équilibre et la mobilité chez les patients ayant un syndrome vestibulaire périphérique unilatéral.

Quelques exemples de ces syndromes :

- le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB),
- la névrite vestibulaire, la labyrinthite,
- la maladie de Ménière unilatérale

- des déficits vestibulaires faisant suite à une intervention chirurgicale comme la labyrinthectomie ou l'exérèse d'un neurinome de l'acoustique.

Elle consiste en divers schémas thérapeutiques fondés sur le mouvement. Dans le cadre de la rééducation vestibulaire, le patient peut apprendre à provoquer les symptômes pour désensibiliser le système vestibulaire, à coordonner le mouvement des yeux et de la tête, ce qui améliore l'équilibre et l'aptitude à marcher, ainsi qu'obtenir des informations sur le déficit et sur la façon d'y faire face ou de devenir plus actif.

Elle ne doit pas dépasser une vingtaine de séances, échelonnées sur 4 à 10 semaines.

Les vertiges chez les sujets âgés :

Le diagnostic de vertiges est souvent difficile. La cause la plus fréquente de vertige « vrai » après 65 ans est le vertige positionnel paroxystique bénin. L'interrogatoire retrouve de véritables attitudes d'évitement au cours du sommeil (position semi-assise par exemple).

Le plus souvent le patient décrit des troubles de l'équilibre (sensation d'instabilité) dont la cause est plurifactorielle (troubles vestibulaires, troubles visuels et proprioceptifs, troubles moteurs, prises médicamenteuses en particulier les psychotropes).

La dépendance visuelle (ou omission vestibulaire), c'est-à-dire la stratégie sensorielle se basant sur les seules entrées visuelles en négligeant les informations vestibulaires et proprioceptives, est très efficacement traitée par la **rééducation à la marche**.

Les vertiges de l'enfant :

Plus rares que chez l'adulte, ils nécessitent un avis spécialisé.

Ils peuvent être liés à une intoxication médicamenteuse (anxiolytiques, sédatifs) ou à des « équivalents migraineux » (torticolis paroxystique avant l'âge de 18 mois, vertige paroxystique bénin jusqu'à 8 à 10 ans, migraine à l'adolescence).

La présence de signes neurologiques nécessite une imagerie à la recherche d'une tumeur de la fosse postérieure.