

Vertiges : tout tourne-t-il autour de la clinique ?

Rev Med Suisse 2007;

Résumé

La sensation vertigineuse est un motif fréquent de consultations en urgence et regroupe différentes étiologies classées en vertige vrai, présyncope, déséquilibre et sensation de tête vide. Le vertige vrai peut être d'origine périphérique (85% des cas) ou centrale (15%). L'anamnèse et l'examen clinique permettent dans plus de 70% des cas de différencier ces origines. Des manœuvres diagnostiques facilement réalisables au lit du malade comme la manœuvre d'Hallpike permettent fréquemment de confirmer la suspicion de vertige positionnel paroxystique bénin qui reste l'étiologie la plus fréquente. Bien que moins fréquente, une origine centrale et notamment un AVC cérébelleux ou du tronc doivent être suspectés et recherchés par une imagerie cérébrale en présence d'un vertige prolongé, accompagné de symptômes neurologiques chez un patient âgé ou présentant M 2 facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV).

Introduction

Le vertige ou la sensation vertigineuse sont des causes fréquentes de consultations dans un centre d'urgence, représentant environ 300 consultations par année aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève. Dans d'autres centres d'urgence, l'incidence annuelle est estimée à 3,5% de l'ensemble des consultations.¹

Le vertige et a fortiori la sensation vertigineuse sont des symptômes regroupant de multiples entités nosologiques, en rendant ainsi la définition difficile. Néanmoins, on estime que 15 à 30% des adultes, essentiellement des femmes âgées vont présenter un vertige durant leur vie ; près de 40% des personnes âgées vont expérimenter un vertige au cours de leurs dernières années de vie.² Bien que la plupart des patients se présentant avec un vertige souffrent d'une vestibulopathie périphérique bénigne, la sensation vertigineuse est un symptôme non spécifique dont l'étiologie regroupe des troubles vestibulaires, cardiovasculaires, neurologiques, métaboliques ou psychiatriques. De plus, l'origine est souvent multifactorielle, la moitié des patients consultant dans un centre de premier recours n'ayant qu'une seule étiologie à leur vertige.³

Les objectifs de cet article sont de revoir les étiologies et les éléments anamnestiques et cliniques permettant d'orienter le diagnostic, et de proposer un algorithme de prise en charge. Le médecin de premier recours doit se poser plusieurs questions : 1) s'agit-il vraiment d'un vertige ? ; 2) ce vertige est-il d'origine centrale ou périphérique ? ; 3) quelles sont les étiologies les plus fréquentes ? et 4) chez qui faut-il effectuer une imagerie et qui référer aux spécialistes ?

S'agit-il vraiment d'un vertige ?

Bien que le vertige soit fréquemment la plainte exprimée par le patient, cela peut être le reflet d'un vertige « vrai » ou d'une autre symptomatologie plus difficile à exprimer, allant de la sensation de tête vide, au « malaise » en passant par le sentiment d'ébriété. Les étiologies les plus fréquemment rencontrées sont résumées dans le tableau 1. Plusieurs études ont montré que la description des symptômes du patient permet de les classer en quatre catégories :^{4,5}

| Tableau 1. Étiologies les plus fréquentes d'une symptomatologie vertigineuse. | |
|---|---|
| Origine otoneurologique | <ul style="list-style-type: none">- Péripéritique<ul style="list-style-type: none">- Vertige latéral paroxystique- Neurite vestibulaire- Ménière de Ménière- Centrale<ul style="list-style-type: none">- Lésions vestibulaires bilatérales- Anomalies structurelles vestibulaires ou du tronc cérébral- Myclases bilatérales- Sclérose en plaques |
| Origine cardiovasculaire | <ul style="list-style-type: none">- Hypotension- Insuffisance artérielle- Sténose aortique- Anémie métrorragique- Maladie coronarienne |
| Autres origines | <ul style="list-style-type: none">- Médicaments- Psychiatrie |

* Type 1 : le vertige vrai, défini comme une sensation subjective de rotation du sujet lui-même ou des objets qui entourent le sujet ; il s'agit d'un trouble de l'orientation spatiale lié à une information erronée en provenance des organes sensoriels ou à une intégration incomplète de ces informations par le cerveau.

* Type 2 : la présyncope pendant laquelle le patient a une sensation de perte de conscience imminente.

* Type 3 : le déséquilibre ou sensation de tangage ou d'ébriété, souvent secondaire à un déficit sensoriel multiple (diminution de l'acuité visuelle, neuropathie périphérique).

* Type 4 : la sensation de tête vide ou lourde, regroupant de nombreux symptômes vagues et mal définis, qui n'entrent pas dans les trois premières catégories.

Nous nous limiterons à discuter du type 1, le vertige vrai.

S'agit-il d'un vertige central ou périphérique ?

Le vertige vrai est généralement séparé en origine périphérique (atteinte du nerf vestibulaire ou des canaux semi-circulaires) et en origine centrale (cérébelleuse ou du tronc cérébral). Une origine périphérique est retrouvée dans 85% des cas.⁶

Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est de loin le plus fréquent. Néanmoins, en raison de la menace vitale qu'ils représentent, les vertiges d'origine centrale doivent être identifiés. Une anamnèse et un examen clinique détaillés sont cruciaux pour différencier ces deux catégories⁷ (tableau 2).

| | Périphérique | Central |
|---------------------------------|---|---|
| Positionnel | Oui | Non |
| Intensité | Tête intense | Variable |
| Nausées | Tête importante | Accidentelles |
| Nystagmus | Horizontal/vertical Horizontal Béni Unidirectionnel | Vertical/variable Diversif/variable Non béni Peut être multidirectionnel |
| Abaissement de l'axe de la tête | Parfois (céphalées, surdité, étourdissements, vomissements, etc.) | Non |
| Durée | Intermittent | Persistant |
| Symptômes neurologiques | Absents | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble visuel • Déficit moteur ou sensitif • Troubles de l'équilibre |

Les éléments anamnestiques à rechercher sont :

- * Le mode d'apparition du vertige (brusque ou progressif).
- * Le contexte de survenue (changement de position, mouvement de la tête).
- * La durée de l'installation du vertige ainsi que sa durée totale (tableau 3) : un vertige de très brève durée (quelques secondes, toujours moins d'une minute), évoluant en vague et le plus fréquemment positionnel est le reflet d'un problème mécanique bénin.

| | Début | Durée |
|--|----------------|------------------|
| Vertige positionnel paroxystique bénin | Aigu | Secondes |
| Neurite vestibulaire | Subaigu | Plusieurs jours |
| Maladie de Ménière | Progressif | Heures |
| Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire | Aigu, secondes | Heures - jours |
| Insuffisance vertébro-basilaire | Aigu | Minutes - heures |

* Les symptômes accompagnateurs (nausées, vomissements, déficit auditif, symptômes neurologiques).

* Les antécédents médicaux et le traitement habituel du patient.

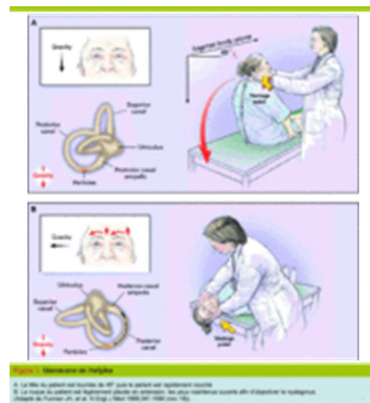
Au niveau de l'examen clinique, on recherchera :

- * Une anomalie des signes vitaux à la recherche d'une brady/tachy-arythmie ou d'une hypo/hypertension.
- * Un souffle à l'auscultation cardiaque et carotidienne.
- * Des anomalies du conduit auditif interne ou du tympan par otoscopie directe (bouchon de cérumen, otite).
- * Une surdité (diapason ORL à 500 Hz) par les tests de Rinne et Weber.
- * Un nystagmus avec l'aide ou non de lunettes de Frenzel qui empêchent la fixation inhibant le nystagmus. La recherche du nystagmus doit se faire en position centrale et excentrée latéralement à 20-30° (attention : le nystagmus peut être physiologique en positions latérales extrêmes).
- * Des anomalies à l'examen neurologique avec épreuves cérébelleuses.
- * Des troubles de l'équilibre : test de Romberg et d'Unterberger, test de la marche aveugle.

Finalement, des manœuvres de provocation vont non seulement permettre de mieux caractériser le nystagmus mais seront également thérapeutiques en cas de vertige d'origine périphérique. La manœuvre de Hallpike (ou Dix-Hallpike), avec une sensibilité de 50 à 88% pour faire le diagnostic de vertige périphérique paroxystique bénin (VPPB), et les changements orthostatiques de pression artérielle (test de Schellong) représentent les examens les plus rentables.⁸

Manœuvre de Hallpike

La figure 1 résume la manœuvre, qui, avec une latence de 5-15 secondes, déclenche un nystagmus horizonto-rotatoire avec une phase rapide battant du côté de l'oreille la plus basse en cas de VPPB. Le nystagmus dure généralement 2 à 30 secondes et est épuisable si la manœuvre est répétée plusieurs fois.



Test de Schellong

Des mesures de pressions artérielles, couché puis debout, sont obtenues immédiatement puis après deux à trois minutes. Une hypotension orthostatique est définie par une réduction d'au moins 20 mmHg de pression systolique ou d'au moins 10 mmHg de pression diastolique. On retrouve un changement orthostatique chez 5% des patients avec un vertige d'une spécificité moyenne qui ne devrait pas, surtout chez le sujet âgé, empêcher la poursuite des investigations si nécessaire.

Quelles sont les étiologies les plus fréquentes ? Le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

Retrouvé chez 16-30% des patients vertigineux, avec un pic d'apparition dans la sixième décennie,⁹ il se caractérise par un début rapide, survenant aux changements de position de la tête, durant moins de 30 secondes et s'accompagnant d'importantes nausées et/ou vomissements. Il est retrouvé plus fréquemment chez la femme (2 : 1). Le vertige est dû à un déplacement d'otolithes dans les canaux semi-circulaires, provoquant un changement unilatéral de pression endolymphatique menant à une information asymétrique au noyau vestibulaire.

Neuronite vestibulaire

D'apparition subaiguë, la neuronite vestibulaire est la cause la plus fréquente de vertige persistant plus de 24 heures.¹⁰ Elle dure généralement quelques jours, avec un pic d'intensité des symptômes le premier jour sous forme de vertige, nausées, vomissements, nystagmus spontané et perte d'équilibre. Classiquement associée à un épisode viral, cette dernière n'est toutefois retrouvée que dans moins de 50% des cas. On observe un nystagmus unidirectionnel (phase lente battant du côté de l'atteinte labyrinthique) dont l'intensité est diminuée par la fixation visuelle (signant l'intégrité des mécanismes centraux, notamment cérébelleux) et pouvant être accentuée en supprimant la fixation visuelle par le port des lunettes de Frenzel.

Maladie de Ménière

Affectant environ 5% des patients avec vertiges, la maladie de Ménière est due à un hydrops endolymphatique. Elle s'accompagne d'une perte auditive unilatérale pour les basses fréquences ainsi que d'acouphènes. Sa durée est de plusieurs heures, pouvant également s'associer à des nausées et vomissements.

Insuffisance vertébro-basilaire

Etiologie rare (1%), elle survient lors de sténoses significatives des artères vertébro-basilaires, fréquemment accompagnée par des troubles visuels, des épisodes de drop attack (lâchage brusque des membres inférieurs) et une instabilité, principalement chez le patient de plus de 50 ans.¹¹

AVC/AIT cérébelleux ou du tronc cérébral

Dans une étude de population récente,¹² on retrouve une proportion faible d'accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire (AVC/AIT) chez les patients se présentant avec une sensation vertigineuse, surtout quand il s'agit d'un symptôme isolé. Un diagnostic d'AVC ou AIT a été posé chez 3,2% des patients s'étant présenté pour un vertige, et seulement 0,7% présentaient un vertige isolé. La population avec AVC/AIT était discrètement plus âgée avec une prépondérance masculine. La présence de deux ou plus facteurs de risque pour un AVC était significativement plus fréquente dans la population avec AVC/AIT. Les symptômes neurologiques accompagnateurs fréquemment retrouvés sont une diplopie, une ataxie, une dysarthrie et une parésie faciale.

Migraine basilaire

Pouvant représenter jusqu'à 6-7% des vertiges, la migraine vertigineuse survient à tout âge avec une prépondérance féminine (rapport femme-homme à 5 : 1). Elle s'accompagne de céphalées occipitales sévères.¹³

Chez qui faut-il envisager une imagerie cérébrale et qui référer au spécialiste ? Signaux d'alerte

Bien que les éléments anamnestiques et du status permettent une orientation diagnostique, la question principale reste celle de ne pas manquer une origine centrale à un vertige et de poser correctement l'indication à une imagerie cérébrale. Le tableau 4 résume les principaux éléments pouvant faire suspecter une origine centrale au vertige. L'absence de vertige vrai, la présence de symptômes neurologiques ou un âge L à 69 ans permettent d'identifier une origine sérieuse à la sensation vertigineuse (origine centrale, médication, arythmie) avec une sensibilité de 86% et une spécificité de 42%.¹⁴

Tableau 4 Éléments pouvant faire suspecter une origine centrale au vertige et justifiant la demande d'une imagerie cérébrale

- Début très brusque
- Durée prolongée
- ≥ 2 facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, cardiopathie ischémique, diabète, antécédents AVC/AIT, tabagisme, hypercholestérolémie, fibrillation auriculaire)¹⁴
- Age (> 65-70 ans)
- Déficit neurologique
- Nystagmus vertical

Avis du spécialiste

Au terme du bilan initial comprenant un test de Schellong et une manœuvre de Hallpike, certaines situations sont claires et ne nécessitent pas d'autres investigations. Lorsque le doute persiste, par exemple lors d'anamnèse fortement évocatrice d'un VPPB mais avec une manœuvre de Hallpike négative, le patient doit être référé à l'ORL pour un examen clinique plus complet (calorimétrie, audiogramme, manœuvres de stimulation avec lunettes de Frenzel). De même, lorsqu'une origine centrale est suspectée, un avis neurologique sera pris.

Algorithme de prise en charge

Il existe différentes recommandations d'experts dans la prise en charge des vertiges aux urgences, allant d'algorithmes complexes tenant compte de toutes les caractéristiques du vertige ainsi que des éventuels symptômes neurologiques associés jusqu'à des algorithmes simples, ne tenant compte que de la durée du vertige et de la présence ou absence de perte auditive.¹⁵ Bien que performant avec 60% de diagnostics posés uniquement sur ces deux questions, ce type d'algorithmes ne peut suffire et une anamnèse et un status complet restent indispensables. La figure 2 propose un algorithme de prise en charge tenant compte des différents éléments discutés et permettant d'identifier les causes les plus fréquentes de vertiges.



Figure 2 Algorithme de prise en charge d'un vertige vrai

Conclusion

Devant un symptôme fréquent, souvent mal caractérisé par le patient, une anamnèse précisant le mode de survenue du vertige, sa durée et ses symptômes accompagnateurs (nausées, perte auditives, autres symptômes neurologiques) ainsi qu'un examen clinique comprenant un examen ORL et un status neurologique complet permettent de différencier une origine centrale d'une origine périphérique dans la majorité des situations. Des examens complémentaires doivent comprendre un test de Schellong et une manœuvre de Hallpike. Si le doute persiste, un avis spécialisé (ORL ou/et neurologue) doit être demandé en fonction de la suspicion clinique. La présence d'un vertige prolongé, accompagné de symptômes ou de signes neurologiques, a fortiori chez un patient âgé et présentant au moins deux FRCV, devrait motiver la réalisation d'une imagerie cérébrale et un avis spécialisé.

Bibliographie

- 1 Crespi V. Dizziness and vertigo : An epidemiological survey and patient management in the emergency room. *Neurol Sci* 2004;24:S24-5.
- 2 ** Pigott DC, Rosko CH. The dizzy patient : An evidence-based diagnosis and treatment strategy. Norcross (USA) : Emergency Medicine Practice, 2001:1-20.
- 3 * Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, et al. Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Ann Intern Med* 1992; 117:898-904.
- 4 Drachman D. In : Feldmann E, ed. *Current Diagnosis in Neurology*. St Louis : Mo : Mosby-Year Book Inc, 1994: 264-70.
- 5 ** Drachman D, Hart C. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972;22:323-34.
- 6 Paparella MM, Alleva M, Bequer NG. Dizziness. *Prim Care* 1990;17:299-308.
- 7 Sloane PD, Balow RW. Persistent dizziness in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1031-8.
- 8 Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999;107:468-78.
- 9 Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. *Curr Opin Neurol* 2007;20:40-6.
- 10 Seemungal BM. Neuro-otological emergencies. *Curr Opin Neurol* 2007;20:32-9.
- 11 Chawla N, Olshaker JS. Diagnosis and management of dizziness and vertigo. *Med Clin N Am* 2006;90:291-304.
- 12 * Kerber KA, Brown DL, et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo and imbalance in the emergency department. A population study. *Stroke* 2006;37: 2484-7.
- 13 Dietrich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases) : Vestibular migraine ? *J Neurol* 1999; 246:883-92.
- 14 * Herr RD, Zun L, Mathews JJ. A directed approach to the dizzy patient. *Ann Emerg Med* 1989;18:664-72.
- 15 * Kentala SD. Rauch. A practical assessment algorithm for diagnosis of dizziness. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:54-9.