

Conduite à tenir devant un trouble de l'équilibration

POINTS ESSENTIELS

Devant un trouble de l'équilibration, la démarche diagnostique est univoque et obéit aux quatre étapes suivantes :

- › éliminer ce qui n'est pas un vertige « vrai » ;
- › reconnaître l'urgence thérapeutique :
 - urgence vitale pour le patient lorsqu'il s'agit d'un problème neurologique,
 - urgence vitale pour le labyrinthe, en principe facilement reconnue par les circonstances et le tableau clinique ;
- › reconnaître un diagnostic souvent évident, telle une nouvelle crise de Ménière ;
- › orienter le patient vers un milieu ORL en semi-urgence lorsque le labyrinthe n'est que suspect.

Un vertige douloureux est *a priori* potentiellement grave.

Un vertige associé à un quelconque signe neurologique représente une urgence vitale.

Une pathologie labyrinthique isolée ne peut jamais s'exprimer par un signe neurologique central.

Les examens complémentaires en milieu ORL sont à pratiquer en semi-urgence, car le dysfonctionnement labyrinthique peut ne s'exprimer que pendant quelques jours, voire quelques semaines.

La conduite à tenir devant un trouble de l'équilibration est différente selon les circonstances dans lesquelles le praticien est sollicité :

- soit il s'agit de la première crise présentée par un malade découvrant cette pathologie : un examen clinique bien conduit (*cf.* chapitre 2, p. 31) permet d'approcher le diagnostic dans l'immense majorité des cas. Il reste alors à le confirmer par les examens complémentaires ;
- soit il s'agit de l'évolution d'un trouble de l'équilibration déjà connu : le praticien doit alors confirmer le bien-fondé du diagnostic précédemment établi et, en fonction de l'évolution des symptômes, proposer la thérapeutique la mieux adaptée.

Nous nous plaçons ici dans la première situation, c'est-à-dire celle que rencontre un médecin généraliste ou urgentiste au chevet d'un malade exprimant sa « première crise de vertige ».

Pour ce praticien, la démarche diagnostique est univoque et la stratégie se déroule en quatre étapes successives :

- *éliminer ce qui n'est pas un « vertige vrai »* et orienter alors le patient vers la thérapeutique ou la spécialité dont relève son symptôme ;
- *reconnaître une éventuelle urgence thérapeutique* et adresser le patient en milieu neurologique lorsque l'urgence est vitale pour le patient ou en milieu ORL lorsqu'elle l'est pour son seul labyrinthe ;
- *poser un diagnostic* souvent reconnu par le simple interrogatoire et prescrire la thérapeutique adaptée ;
- *orienter le patient en milieu ORL* si le labyrinthe est seulement suspect afin que les examens complémentaires confirment ou infirment sa responsabilité dans les symptômes.

Tout au long de son examen, le praticien doit être obsédé par la recherche d'un déficit neurologique : il n'y a pas de vertige labyrinthique pur qui s'accompagne d'un moindre signe neurologique. Autrement dit, la présence d'un signe neurologique récent à l'examen affirme une responsabilité centrale au symptôme vertige et doit orienter le patient vers les urgences neurologiques.

À retenir

Stratégie devant une première crise de vertige

- Rechercher le « faux vertige » : prescription ou malade adressé en spécialité.
- Rechercher une urgence neurologique ou une souffrance aiguë labyrinthique : admission d'urgence en neurologie ou en ORL.
- Reconnaître un diagnostic évident : prescription ou malade adressé en spécialité.
- Suspecter fortement un labyrinthe : orientation semi-urgente en milieu ORL pour la pratique d'examens complémentaires.

Éliminer un « faux vertige »

Ces malades ne posent pas un réel problème diagnostique, car la description des circonstances d'apparition et les symptômes éventuellement associés amènent à reconnaître leur pathologie. Dans toutes ces situations, la clinique doit permettre d'éviter la pratique d'examens complémentaires coûteux et inutiles.

« Pseudo-vertiges »

Le vertige des hauteurs est facilement reconnu par l'interrogatoire qui précise ses circonstances de survenue. Il en est de même pour l'agoraphobie survenant sur un terrain qui « crie son angoisse » ou encore l'attaque de panique à début très brutal avec ses palpitations, douleurs thoraciques, sensation imminente de mort, leur diagnostic ne résiste pas à un interrogatoire précis et bien conduit.

Hypotension orthostatique

Ce trouble fugace ne se manifeste qu'à certains changements de position. Il est immédiatement soulagé par le décubitus. L'identité des circonstances de survenue à chaque incident, le caractère parfaitement isolé de la sensation de « vertige » et surtout la prise de la tension artérielle en décubitus puis en position « debout » confirment ce diagnostic.

Lipothymie cardiaque ou malaise vagal

Ce malaise survient toujours en position assise ou debout, jamais couchée. Les circonstances de survenue sont habituellement repérables et repérées :

- douleur ;
- émotion ;
- besoin mictionnel ou de défécation impérieux ;
- vision ou odeur désagréable.

Le trouble de l'équilibration est à chaque fois précédé de prodromes dont la durée est de quelques secondes ou minutes : « vertige », bâillements, sensation de faiblesse, de chaleur ou de froid, nausées, sueurs, pâleur intense pour les spectateurs sont le plus souvent rapportés.

Puis, une perte de connaissance plus ou moins complète survient, d'une durée de une à quelques minutes s'accompagnant de chute atraumatique si le malade, se sentant mal, a pris la précaution de s'asseoir ou mieux de s'allonger à temps.

La récupération est progressive, commence par celle de l'audition puis des autres sens, et est suivie d'une asthénie de quelques heures.

Le diagnostic est assuré si sont réunis circonstances de déclenchement, prodromes et survenue au procubitus. Lorsque le praticien assiste au malaise, la prise du pouls confirme le diagnostic : ralentissement très net parfois jusqu'à l'arrêt pendant de longues secondes et tachycardie en phase de récupération alors que des sueurs profuses apparaissent.

Sinon, il peut être éventuellement confirmé par le test d'inclinaison : d'abord un décubitus d'une durée de 15 min ; puis pendant 45 min, on incline la table à 60° grâce à un moteur électrique. Le test est considéré comme positif si, au cours de cette période, survient une syncope ou au moins une lipothymie sévère, accompagnée d'une chute de tension. Ce test est positif chez environ 30 % des malades présentant des syncopes vasovagales mais, sensibilisé par l'administration d'isoprotérénol (*Isuprel*) préalablement, il atteint une sensibilité de 60 % environ.

Malaise dû à un trouble du rythme cardiaque

Il survient de façon brutale, à l'emporte-pièce, durant quelques secondes à deux minutes au maximum. La chute est toujours brutale avec blessure. Le patient est d'une extrême pâleur, apnéique, avec abolition du pouls et des bruits cardiaques.

Le réveil est très soudain avec rougeur de la face, sans souvenir de la crise.

Ce tableau est typique du syndrome d'Adam-Stokes dû le plus souvent à un bloc auriculoventriculaire complet.

Le patient doit être adressé en milieu cardiologique.

Vertige accompagnant les grands désordres métaboliques

Le plus fréquent d'entre eux est le malaise hypoglycémique. Il survient sur un terrain diabétique de type I traité par insuline ou de type II traité par sulfamides. L'horaire de survenue est évocateur, à distance des repas pour les diabétiques de type II, et la sensation de déséquilibre s'accompagne des signes classiques que sont les sueurs, sensation de faim, palpitation, céphalées et tremblements.

La clinique et les examens biologiques confirment le désordre métabolique.

Troubles de la marche sans réelle sensation vertigineuse

Ils sont avant tout l'apanage du sujet âgé. À l'interrogatoire et à l'examen neurologique sont vite reconnues des affections neurologiques chroniques qui s'accompagnent de troubles de la marche : syndromes cérébelleux, pyramidal, extrapyramidal, frontal ou troubles moteurs des membres inférieurs.

Le problème réside dans le fait que les troubles de la marche d'origine neurologique peuvent être associés à des sensations de vertiges, et les vertiges de cause vestibulaire ont pour conséquence une marche difficile ; aussi il est parfois compliqué de faire la part entre les deux. Dans ces cas, la qualité du double examen, vestibulaire et neurologique, est particulièrement précieuse. Mais le neurologue trouve des difficultés à apprécier la part vestibulaire et l'ORL ne connaît pas toujours parfaitement les causes neurologiques du trouble de l'équilibration. C'est donc au médecin généraliste de « faire la part des choses » et il est particulièrement bien placé pour cela.

Reconnaître une urgence vitale

L'urgence thérapeutique doit être reconnue dans deux circonstances :

- en cas de menace vitale pour le patient ;
- en cas de menace vitale pour son labyrinthe.

Urgences vitales pour le patient

Le vertige peut être le symptôme révélateur d'une pathologie tumorale ou vasculaire centrale. Son caractère douloureux doit immédiatement attirer l'attention : en effet, ce vertige, le plus souvent violent avec nausées et vomissements, s'accompagne de récentes céphalées postérieures. Ces nuchalgies sont intenses et rebelles.

La marche est souvent impossible sans aide. Le tableau neurologique est parfois plus bruyant avec dysarthrie, diplopie, dysphonie, paralysie faciale, surdité – très évocatrice si elle est bilatérale –, voire troubles moteurs ou de la conscience.

L'examen clinique retrouve vite un ou plusieurs signes centraux : dysmétrie, hypermétrie, syndrome de Claude-Bernard-Horner, atteinte de l'une ou de plusieurs paires crâniennes.

L'hospitalisation s'impose de toute urgence en milieu neurochirurgical, où rapidement une imagerie est pratiquée mettant en évidence l'infarctus cérébelleux,

l'hématome cérébelleux ou la thrombose, ou encore une dissection de l'artère vertébrale.

À retenir

- Un vertige douloureux est *a priori* potentiellement grave.
- Un vertige associé à un quelconque signe neurologique n'est pas purement labyrinthique et représente une urgence vitale.
- Une pathologie labyrinthique isolée ne peut jamais donner à elle seule le moindre signe neurologique central.

Urgences vitales pour le labyrinthe

La menace vitale pour le labyrinthe est aisément reconnue car, en général, le vertige est violent et le contexte de survenue très évocateur. Le diagnostic est d'autant plus simple qu'il s'y associe souvent des signes auditifs, la souffrance labyrinthique étant à la fois antérieure et postérieure.

Il peut s'agir d'un(e) :

- traumatisme : fracture du rocher, commotion labyrinthique après un traumatisme crânien, barotraumatisme ;
- traumatisme opératoire, le vertige survenant au décours de la chirurgie otologique parfois de façon décalée de quelques semaines ;
- agression infectieuse ou inflammatoire, telle l'otite infectieuse aiguë ou l'otite chronique cholestéatomateuse.

Dans tous ces cas où la survie du labyrinthe paraît menacée, une consultation urgente en milieu ORL est nécessaire afin de confirmer par les examens complémentaires la réalité de l'atteinte labyrinthique, d'en évaluer la gravité et d'y opposer la thérapeutique la plus adaptée. Le plus souvent, il s'agit d'une antibiothérapie associée à une corticothérapie, ailleurs l'indication opératoire peut être proposée en urgence.

Reconnaître un diagnostic évident

Il peut l'être de trois façons, soit par :

- le contexte ;
- les antécédents énoncés par le patient ;
- l'association des signes cliniques.

C'est par exemple le cas dans la maladie de Menière s'exprimant par sa triade symptomatique ou encore dans l'intoxication alcoolique.

Le problème dans ces cas-là n'est plus le diagnostic mais, en dehors de l'urgence labyrinthique exposée plus haut, de s'assurer d'abord de l'éventuelle existence d'examens complémentaires déjà réalisés jusque-là, pour ne pas en prescrire de nouveaux et d'inutiles. Puis, le médecin généraliste prescrit un traitement médical ou, s'il le juge nécessaire, oriente le patient vers une consultation spécialisée qui évalue au mieux le stade évolutif de la maladie.

Suspecter la responsabilité d'un labyrinthe dans les symptômes

L'urgence n'est plus à la thérapeutique mais au diagnostic. En effet, devant ce labyrinthe seulement suspect d'être responsable des vertiges, seuls les examens complémentaires que sont la vidéonystagoscopie et/ou la vidéonystagmographie peuvent l'affirmer ou l'infirmer à la réserve près qu'ils ne soient pas réalisés trop à distance de l'épisode vertigineux initial. En effet, les troubles exprimés par certains dysfonctionnements labyrinthiques sont fugaces et, passées les premières heures, le praticien risque d'évaluer un labyrinthe ayant déjà récupéré sa normalité, contraint alors d'attendre la crise vertigineuse suivante pour affirmer la responsabilité du labyrinthe dans le symptôme.

La technique de ces examens est détaillée dans le chapitre suivant. Ils permettent de répondre aux deux questions suivantes :

- le ou les labyrinthes sont-ils en cause ?
- si oui, quel est le degré de leur atteinte ?

Les données cliniques doivent être alors confrontées aux résultats de l'examen vestibulaire de telle façon qu'un diagnostic puisse être établi, parfois avec certitude, ailleurs avec forte présomption.

Dans les cas où l'incertitude demeure, du fait de l'inadéquation entre la clinique et les résultats des examens complémentaires, il paraît nécessaire de reprendre le « raisonnement clinique » afin d'en trouver la faille.

Enfin, la normalité de l'examen complémentaire n'exclut pas forcément la responsabilité labyrinthique et impose de le refaire dès la crise suivante, tant son expression pathologique peut être fugace.