

Vertiges

Prise en charge d'un patient vertigineux

Maurice Raphaël

Médecin urgentiste, centre des urgences Hirslanden–Lausanne

PLAN DU CHAPITRE

- **Première étape : démêler le vrai du faux**
- **Deuxième étape : il s'agit d'un vertige, permanent ou épisodique**
 - Caractériser le vertige
 - Rechercher un syndrome vestibulaire
 - Rechercher une anomalie neurologique
- **Troisième étape : central ou périphérique ?**
 - En présence d'un syndrome vestibulaire et uniquement dans ce cas
 - Le vertige est provoqué par les changements de position
 - Le vertige est spontané, sans syndrome vestibulaire à l'examen

Vertige est un terme générique souvent utilisé par les patients pour décrire un état d'inconfort mal définissable. Il s'emploie indifféremment pour parler de la notion vague d'étourdissement ou d'une sensation anormale de déplacement dans l'espace.

Le mot vertige qui se retrouve transcrit sur les fiches de premiers secours et sur les observations de l'infirmière d'accueil représente une information anamnestique à forte valeur évocatrice. Elle va déclencher par réflexe, chez le médecin qui la lit, un raisonnement intuitif et générer des hypothèses diagnostiques en rapport avec un dysfonctionnement vestibulaire.

Les vertiges représentent le troisième symptôme de consultation en médecine générale et apparaissent dans les dix premiers motifs de recours aux urgences, or :

- 40 % des patients « vertigineux » ont une pathologie vestibulaire périphérique;
- 10 % une origine neurologique, dont 5 % cérébrovasculaires.

Le vertige est un symptôme. Il est la conséquence d'un dysfonctionnement du système vestibulaire d'origine centrale ou périphérique.

Un patient sur deux n'a donc pas d'atteinte de la fonction vestibulaire, mais une sensation vertigineuse en rapport avec :

- un déséquilibre pour 16 % des cas;
- une syncope pour 14 %;
- un « étourdissement » pour 10 %;
- une origine incertaine pour 10 %.

Première étape : démêler le vrai du faux

Il convient d'entreprendre une approche anamnestique systématique et organisée pour décrire le plus précisément possible ce que ressent le patient et lui faire dire avec ses mots la nature des symptômes; que ressentez-vous quand vous parlez de vertige ?

Il s'agit d'une étape clé du raisonnement clinique.

La sensibilité de l'interrogatoire pour identifier un vertige serait de 87 %, de 74 % pour une présyncope, de 55 % pour un trouble psychiatrique et de 33 % pour un déséquilibre.

La recherche des facteurs de risque cardiovasculaire est importante, mais leur absence n'exclut pas une origine centrale. L'examen clinique permet de conforter l'impression anamnestique, mais ne suffit pas à lui seul à poser un diagnostic. Le caractère positionnel des symptômes, la découverte d'une hypotension orthostatique, la présence d'un nystagmus, d'un trouble d'équilibre sont les anomalies les plus contributives pour la quête du diagnostic [1].

Les sensations décrites par le patient peuvent être :

1. « Ça tourne ou ça bouge » : sensation illusoire de déplacement de son corps dans l'espace ou d'être dans un environnement mobile. La perception la plus fréquente est celle d'une rotation, comme être sur un manège, mais le ressenti peut être plus frustré et plus difficile à caractériser. Le caractère rotatoire n'est pas toujours retrouvé. En revanche, le déclenchement par les mouvements de la tête est en faveur d'un problème vestibulaire;
2. « Je tombe » : suggère un trouble de l'équilibre qui se démasque lors de la marche. La cause est souvent d'ordre neurologique; neuropathie, déficit moteur, syndrome cérébelleux;

3. « Je m'évanouis, je vais perdre connaissance » : la notion de prodromes lorsqu'elle est retrouvée, la découverte d'une hypotension orthostatique, de la survenue au cours de certaines situations, d'anomalie électrocardiographique orientent vers une syncope. La récupération est rapide et la récurrence constante tant que la cause n'est pas traitée.
4. « Je suis étourdi » : sensation d'inconfort mal définie par le patient. C'est avant tout l'absence d'argument ou d'élément clinique en faveur des causes précédentes qui conduit à ce diagnostic par défaut. Beaucoup de ces sensations sont d'origine anxieuse.

Deuxième étape : il s'agit d'un vertige, permanent ou épisodique

Caractériser le vertige

La méthode TITrATE [2] pour *Timing, Triggers And Targeted Examination* permet de catégoriser rapidement les patients en fonction des caractéristiques de leurs vertiges et d'envisager des diagnostics correspondants.

- *Time* : analyse le mode d'apparition (aigu, récurrent), sa durée (quelques secondes à quelques jours), son évolution. Un vertige ne dure jamais plus de quelques semaines; même en cas de lésion permanente du système vestibulaire, le système nerveux central s'adapte par une compensation oculaire et proprioceptive.
- *Triggers* : s'intéresse aux facteurs déclenchants et aggravants. Le vertige est spontané ou provoqué par les changements de position ou la manœuvre de Dix-Hallpike. Il ne faut pas confondre un vertige positionnel avec un vertige postural en rapport avec une hypotension orthostatique.
- *Targeted Examination* : il s'agit de l'examen oculomoteur, notamment de la recherche de nystagmus témoignant d'une atteinte vestibulaire. Ce signe est toutefois peu sensible et peu spécifique pour détecter une origine périphérique. L'emploi de lunettes de vidéo-nystagmoscopie augmente la sensibilité de l'examen.

Rechercher un syndrome vestibulaire

Manifestation clinique d'une atteinte du système vestibulaire au niveau de l'organe sensoriel de l'oreille, du nerf vestibulaire ou du noyau central dans le tronc cérébral.

Il se manifeste par :

- un vertige. Le caractère rotatoire n'est ni spécifique ni sensible pour le syndrome vestibulaire et ne serait présent que dans 55 % des VPPB (vertige paroxystique positionnel bénin);
- un nystagmus avec une secousse lente du côté malade. Par convention, le sens du nystagmus est donné par la secousse rapide;
- un trouble d'équilibre mis en évidence par :
 - le Romberg vestibulaire : déviation du corps du côté malade,
 - la déviation des index, yeux fermés du côté malade,
 - la marche en étoile les yeux fermés, trois pas en avant puis trois pas en arrière, entraîne une déviation du côté malade,

- le test de Fukuda : déviation du côté malade lors d'une marche sur place les yeux fermés.

Le syndrome est dit harmonieux quand la déviation segmentaire et la secousse rapide du nystagmus sont de sens opposé. Il témoigne du caractère périphérique du vertige.

Rechercher une anomalie neurologique

Complément clinique indispensable devant tout syndrome vestibulaire avec comme focus :

- l'examen des paires crâniennes : vision, odorat, audition, motricité oculaire, sensibilité et motricité faciale, déglutition ;
- la recherche des 5D : diplopie, dysarthrie, dysphonie, dysphagie, dysmétrie ;
- la station debout : l'incapacité de tenir debout signe une cause neurologique dans 100 % des cas ;
- la marche. L'incapacité de marcher est d'origine neurologique dans 28 % des cas ;
- la présence de céphalées a fortiori soudaines, sévères, continues.

À l'issue de cette analyse, trois situations sont possibles :

- vertige épisodique spontané sans déclencheur, non présent lors de l'examen. Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire. La cause peut être centrale (AIT [accident vasculaire transitoire]) ou périphérique (migraine vestibulaire ou maladie de Ménière) ;
- syndrome vestibulaire épisodique déclenché par un changement de position. La manœuvre de Dix-Hallpike fait le diagnostic si elle est concluante, aucun examen d'imagerie n'est nécessaire ;
- syndrome vestibulaire permanent : il convient de déterminer l'origine centrale ou périphérique par le HINTS (*Head Impulse test, Nystagmus, Test of skew*).

Troisième étape : central ou périphérique ?

En présence d'un syndrome vestibulaire et uniquement dans ce cas

Appliquer le protocole HINTS ([figure 17.1](#)) [3] :

- *Head Impulse Test* (HIT) : le patient fixe un objet devant lui ; l'examineur lui tourne brusquement la tête de la droite ou de la gauche vers le centre. Le réflexe oculo-vestibulaire fait qu'il continue inconsciemment à fixer la cible. Lorsque la tête tourne vers la droite, les globes oculaires (le regard) tournent vers la gauche, afin de maintenir la fovéa fixée sur la cible visuelle ;
- en cas d'atteinte vestibulaire périphérique, ce réflexe oculaire est anormal, surtout lors des mouvements de tête rapides et accélérés : le regard « décroche » de sa cible et suit le mouvement de tête. Après une fraction de seconde, le regard va se repositionner par une saccade correctrice pour fixer de nouveau sa cible. Cette anomalie signe une origine périphérique ;

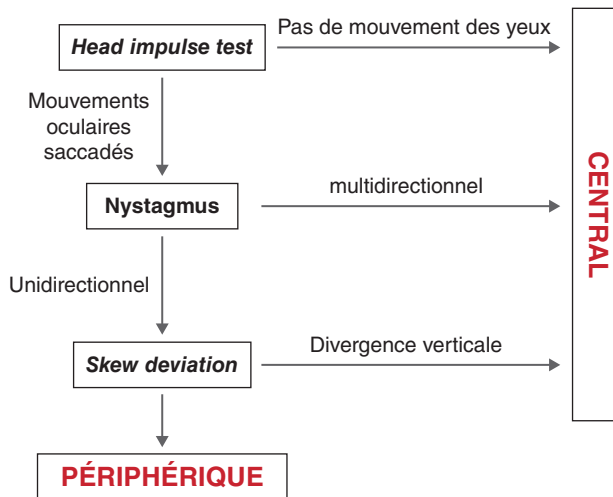


Figure 17.1. Cheminement diagnostique du HINTS.

■ un HIT normal lors d'un vertige aigu n'est pas en faveur d'un problème périphérique et doit être considéré comme d'origine centrale;

■ nystagmus : le patient regarde à droite puis à gauche en s'arrêtant 10 s de chaque côté. Lorsqu'il est d'origine périphérique, le nystagmus est horizontal plus ou moins rotatoire et unidirectionnel. Il est inhibé par la fixation. Lorsqu'il est d'origine centrale, le nystagmus est à prédominance verticale et/ou purement rotatoire et multidirectionnel (bat à droite dans le regard droit et à gauche dans le regard gauche). Il est non inhibé ou augmenté par la fixation;

■ *skew deviation* : il s'agit d'une divergence ou déviation oculaire verticale non paralytique. Cela correspond à un déséquilibre d'influx venant des otolithes. Sa découverte oriente vers la recherche d'une lésion neurologique de la fosse cérébrale postérieure. Son diagnostic difficile avec une paralysie du IV ou un III partiel doit être évoqué devant une diplopie verticale qui ne peut être rattachée à une paralysie oculomotrice.

En pratique :

- demandez au patient de regarder votre nez;
- couvrez alternativement rapidement un œil puis l'autre;
- observez l'œil découvert à la recherche d'un mouvement correctif vertical et/ou diagonal.

Tout mouvement oculaire anormal observé, souvent associé à une diplopie verticale, est très spécifique d'une cause centrale de vertige.

Valeur du HINTS :

- la probabilité prétest est de 50 % (central ou périphérique) :
 - si les trois tests sont en défaveur d'une origine centrale : RV - : 0,01 > probabilité post-test : 1 % pour une origine centrale,
 - si les trois tests sont en faveur d'une origine centrale : RV + : 17,21 > probabilité post-test : 95 % pour une origine centrale (tableau 17.1);

Tableau 17.1. Probabilité post-test pour un vertige central.

Test/symptôme	Positif	Négatif
<i>Head impulse test</i> normal	98 %	7 %
Céphalées ou cervicalgies	77 %	40 %
Ataxie du tronc	95 %	40 %
<i>Skew deviation</i>	?	44 %
Nystagmus	?	45 %

■ il est plus sensible que l'IRM dans les 48 premières heures.

Si et seulement si :

■ les patients présentent, au moment de faire les tests, un syndrome vestibulaire aigu défini comme : « l'apparition aiguë d'un vertige continu associé à une démarche instable, des nausées et/ou vomissements, et un nystagmus spontané » ;

■ il ne doit pas être utilisé en cas de vertiges épisodiques, provoqués par la position, comme c'est le cas pour le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB). HINTS ou Dix-hallpike, il faut choisir !

Le HINTS Plus, introduit secondairement, correspond à l'ajout de la recherche d'une surdité unilatérale de novo, par le frottement des doigts devant chaque oreille. La découverte d'une perte auditive latéralisée est en faveur d'un accident vasculaire dans le territoire de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure (AICA).

Un vertige périphérique avec syndrome vestibulaire évoquera en l'absence d'antécédent principalement une névrite vestibulaire :

■ trouble inflammatoire viral affectant le nerf vestibulaire ;

■ spontanément résolutif ;

■ HINTS en faveur d'une origine périphérique ;

■ traitement prednisone 10 jours à dose dégressive en partant de 60 mg.

Un vertige central imposera la réalisation d'une IRM à la recherche d'un accident vasculaire cérébral. Le scanner sans injection n'a aucun intérêt pour le diagnostic de vertige (sensibilité : 16 %).

Le vertige est provoqué par les changements de position

Il est généralement d'origine périphérique, bref (inférieur à 2 min), positionnel et il peut exister des antécédents du même type. Il s'agit le plus souvent d'un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) en rapport avec la stimulation d'un canal semi-circulaire postérieur par une lithase [4].

Le diagnostic est confirmé par la manœuvre de Dix-Hallpike [5] :

■ le patient est allongé, tête tournée à 45 , cou en légère hyperextension ;

■ maintenir la position 30 à 60 s ;

■ si la tête est tournée du côté malade, un vertige et un nystagmus apparaissent et signent le diagnostic.

Le nystagmus a les caractéristiques suivantes :

- torsionnel géotropique (vers le sol) et vertical supérieur;
- apparaît après une période de latence;
- dure moins d'une minute;
- il est crescendo/decrecendo en amplitude et vitesse;
- s'épuise si on le répète;
- s'inverse lorsque le patient revient en position assise.

Le *roll test* met en évidence un VPPB du canal horizontal. Il consiste à tourner rapidement la tête d'un côté puis d'un autre, d'un patient allongé, tête surélevée de 30°. La manœuvre déclenche un nystagmus horizontal pur changeant de sens avec le côté vers lequel la tête est tournée.

L'IRM n'a aucun intérêt dans ces situations.

Le traitement repose sur la manœuvre d'Epley [6].

Les vertiges positionnels d'origine centrale ont les caractéristiques inverses :

- nystagmus vertical pur ou horizontal agéotropique;
- non paroxystique;
- inépuisable;
- ne s'inverse pas lors de la remise en position assise.

Le vertige est spontané, sans syndrome vestibulaire à l'examen

Il s'agit de la situation la plus délicate. Ces épisodes vertigineux peuvent durer de quelques minutes à quelques heures. En l'absence de syndrome vestibulaire à l'examen, l'orientation diagnostique repose avant tout sur l'interrogatoire; histoire de la maladie, facteurs de risque cardiovasculaire, antécédents du même type. L'enjeu est d'éliminer un accident ischémique transitoire. Les causes principales sont :

- la migraine vestibulaire : elle se manifeste par des épisodes récurrents de vertiges plus ou moins associés à des céphalées. 20 à 34 % des patients migraineux auraient des symptômes de ce type. Elle dure de quelques minutes à quelques heures. Une intolérance aux mouvements ou une instabilité peuvent persister 1 à 3 jours après. Les critères diagnostiques sont :

- au moins cinq épisodes de symptômes vestibulaires durant 5 min à 72 h,
- au moins un critère de migraine présent dans au moins 50 % des épisodes vestibulaires, céphalée unilatérale pulsatile, phono-/photophobie, aura visuelle,
- histoire personnelle de migraine,
- symptômes non expliqués par un autre diagnostic,
- il n'y a pas de test spécifique, le diagnostic repose sur l'anamnèse;

- la maladie de Ménière : associe les symptômes suivants : vertiges épisodiques, acouphènes et perte auditive. Les critères diagnostiques sont [7] :

- deux ou plusieurs épisodes spontanés de vertige, durant 20 min à 12 h,
- surdité de perception documentée par audiométrie dans l'oreille affectée,
- symptômes auditifs fluctuants : audition réduite ou déformée, acouphènes ou plénitude,
- symptômes non expliqués par un autre diagnostic;

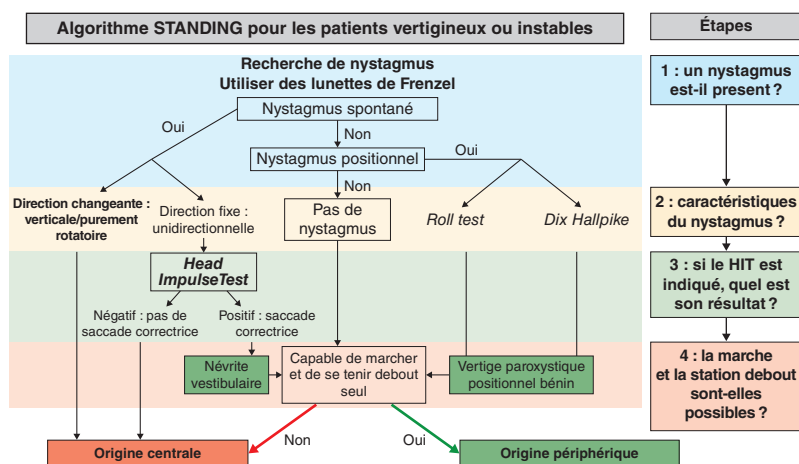


Figure 17.2. Algorithme Standing.

Source : www.edguidelines.com/approach-to-dizziness-vertigo-based-on-the-grace-3-guidelines/.

■ l'AIT : les symptômes sont d'installation brutale, persistent moins d'une heure. Des facteurs de risque cardiovasculaire peuvent être retrouvés. La suspicion diagnostique est évoquée sur l'anamnèse et l'absence d'argument en faveur d'une origine périphérique. Un algorithme nommé STANDING partant de l'analyse du nystagmus s'est montré performant pour diagnostiquer l'origine du vertige. Il ne se base pas sur le syndrome vestibulaire, ce qui permet de l'utiliser quelle que soit la manifestation du vertige. Sa sensibilité pour identifier une cause centrale va de 93,4 % à 100 % et sa spécificité de 71,8 % à 94,3 % (figure 17.2) [8,9].

Références

- [1] Stanton VA, Hsieh YH, Camargo Jr CA, et al. Overreliance on symptom quality in diagnosing dizziness: results of a multicenter survey of emergency physicians. *Mayo Clin Proc* 2007;82(11):1319–28.
- [2] Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin* 2015;33(3):577–99.
- [3] Cohn B. Can bedside oculomotor (HINTS) testing differentiate central from peripheral causes of vertigo? *Ann Emerg Med* 2014;64(3):265–8.
- [4] Furman JM, Cass SP. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 1999;341(21):1590–6.
- [5] Haute Autorité de santé. Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques; Décembre 2018. Disponible sur : www.has-sante.fr/jcms/c_2819896/fr/vertiges-positionnels-paroxystiques-benins-manoeuvres-diagnostiques-et-therapeutiques.
- [6] Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(12), CD003162.
- [7] Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou. Recommandations pour la pratique clinique : stratégie diagnostique et thérapeutique dans la maladie de Ménière. Disponible sur : www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/Maladiede-Meniere-strategie-diagnostique-et-therapeutique.pdf.
- [8] Vanni S, Pecci R, Casati C, et al. STANDING, a four-step bedside algorithm for differential diagnosis of acute vertigo in the Emergency Department. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2014;34(6):419–26.
- [9] Nakatsuka M, Molloy EE. The HINTS examination and STANDING algorithm in acute vestibular syndrome: A systematic review and meta-analysis involving frontline point-of-care emergency physicians. *PLoS One* 2022;17(5), e0266252.