

Les vertiges périphériques

Dre Isabelle Coin
Prof Jean-Philippe Guyot
DMCPRU février 2014

Définition

Il n'existe pas de « vrai » ni de « faux » vertige et une sensation vertigineuse est toujours vraie quelle qu'en soit la cause. Il faut alors se rappeler les possibles associations entre vertige, déséquilibre et malaise

Définition

Définition du dictionnaire

Vertige: Illusion de mouvement

Déséquilibre: Perturbation de la sensibilité posturale

Malaise:

Perte de ses moyens/repères physique ou psychologique

Evoque chez le praticien

Atteinte vestibulaire

Atteinte neurologique ou de l'appareil locomoteur

Atteinte d'organe interne ou métabolique (ex: présyncope sur origine cardiovasculaire) ou psychique (ex : sensation de tête vide)

Anamnèse et symptômes

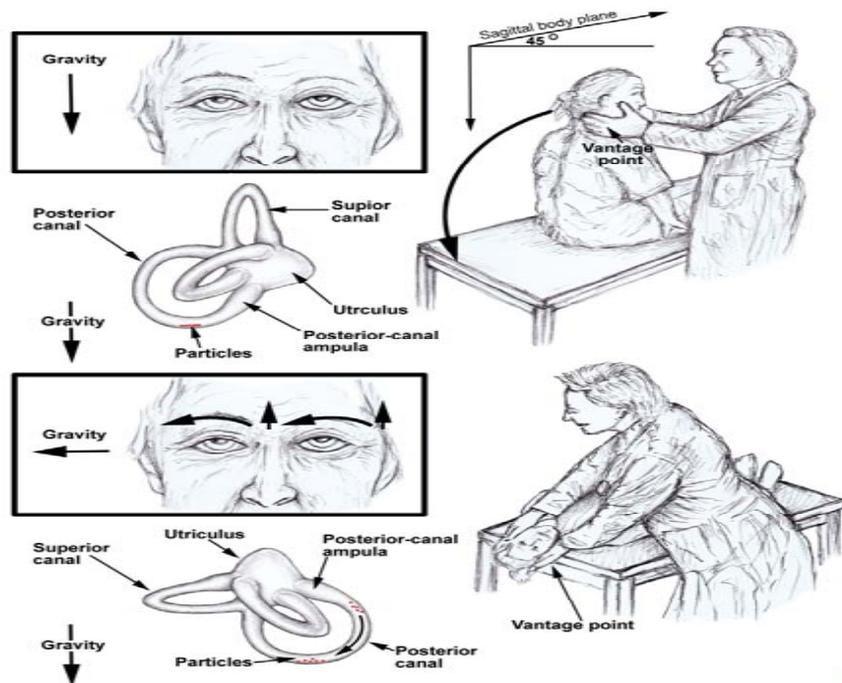
- * Durée
 - * Temporalité
 - * Positionnel
 - * Sympt auditifs: hypoacousie, acouphène, oreille bouchée
 - * Sympt neurol: trouble de la vigilance, céphalées, atteinte des NC (V,VII), les « 6D »: diplopie, dysarthrie, dysphagie, dysesthésie, dysmétrie, dysdiadococinésie et troubles sensitivomoteurs
- Mode d'installation
Intensité

Anamnèse et symptômes

- * Sympt neurovégétatifs : nausées, vomissements, pâleur, sudations
- * L'âge, les facteurs de risques cardiovasculaires, les médicaments et toxiques, une infection des voies respiratoires ou ORL récente, un traumatisme crânien sont également des éléments à rechercher
- * La présence d'un signe de gravité (red flags) à l'anamnèse ou au status doit faire suspecter une étiologie centrale et requiert un avis spécialisé en urgence

Jeune patiente de 30 ans en BSH

- * Vertige intermittent, déclenché par le changement de position de la tête, rotation et extension, en se tournant au lit, en se levant, en se couchant
- * Le vertige dure 20-30 secondes, et peut être associé à des nausées et vomissements
- * Les crises sont d'abord fréquentes, puis s'espacent au bout de quelques jours et se répètent rarement au-delà de trois mois
- * Des récives sont fréquentes



Vertiges positionnel paroxystique bénin (VPPB, canalolithiase)

- * Traitement:
- * Réassurance
- * Manœuvre libératrice décrite par Toupet-Semont et par Epley effectuée par des spécialistes
- * Manœuvre libératrice de Brandt et Daroff

Vertiges positionnel paroxystique bénin (VPPB, canalolithiase)



Patient de 40 ans en BSH

- * Vertige d'apparition brusque dans près de $\frac{3}{4}$ des cas, parfois progressive sur quelques heures
- * Son intensité est maximale après le premier jour, puis diminue progressivement sur une semaine (compensation centrale du déficit vestibulaire)
- * Il peut persister une instabilité durant quelques semaines à quelques mois
- * Des nausées et vomissements importants et un déséquilibre y sont associés

Patient de 40 ans en BSH STATUS

- * Nystagmus spontané périphérique (fuit la lésion) soutenu, unidirectionnel, essentiellement horizontal
- * Important trouble postural avec déviation du côté atteint (Romberg, Unterberger et Mingazzini des membres supérieurs)
- * Le test calorique révèle la déficience vestibulaire unilatérale (absence de réponse du côté atteint).
- * L'audition n'est pas affectée

La neuronite vestibulaire idiopathique

- * Traitement:
- * Méthylprédnisolone précoce (< 3 j) 1mg/kg/jour p.o. pendant 10 j avec un max de 60 mg/j
- * Antiémétiques centraux par exemple le thiethylperazine (Torécan®) 6.5 mg p.o. ou rectal 1-3x/j
- * Mobilisation précoce
- * Rééducation vestibulaire si les sympt persistent après 2-3 sem.

Patiente de 50 ans en BSH

- * Deux épisodes de vertiges rotatoires d'au moins 20 minutes chacun (durée des crises : quelques minutes à quelques heures)
- * Une hypoacousie confirmée par l'audiométrie (unilatérale, fluctuante)
- * La présence d'acouphènes
- * Nausées et vomissements importants

Patiente de 50 ans en BSH STATUS

- * Nystagmus spontané
- * L'examen otoscopique est normal
- * A l'audiométrie, le Weber est latéralisé du côté sain et le Rinne positif du côté atteint
- * Entre les crises, l'examen otoneurologique est le plus souvent normal

La maladie de Ménière

- * Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste ORL.
- * Différents traitements (vasodilatateurs par ex. bêtahistine ou des diurétiques) visent à diminuer la fréquence et l'intensité des crises vertigineuses. Ils sont cependant peu efficaces, voire inefficaces sur les phénomènes auditifs. Des antiémétiques sont souvent prescrits.
- * La mise en place d'un drain transtympanique peut être efficace. Dans les situations sévères et réfractaires, différents traitements chirurgicaux sont envisageables (labyrinthotomie, labyrinthectomie, neurectomie vestibulaire).
- * Un soutien psychologique est souvent nécessaire en raison du caractère impressionnant et imprévu des vertiges et des répercussions des symptômes sur la vie du patient.

Patient de 80 ans en BSH

- * Déficit auditif unilatéral progressif, qui touche d'abord les fréquences aiguës.
- * Des acouphènes sont présents chez un quart des patients au moment du diagnostic.
- * Un léger déséquilibre n'est reporté que chez 20 à 50% des patients.

Patient de 80 ans en BSH STATUS

- * Surdité de perception unilatérale
- * Tardivement des signes neurologiques : atteinte des nerfs trijumeau (V) et facial (VII), signes vestibulaires centraux, syndrome cérébelleux, hypertension intracrânienne.

Le neurinome de l'acoustique

- * Traitement:
- * En fonction de l'âge du patient et de la taille de la tumeur
- * St reo-radiothérapie (gamma knife).
Elle fait encourir moins de risque de paralysie faciale et d'atteinte auditive que la chirurgie, mais le taux de récidive est plus élevé
- * Exérèse chirurgicale.
Elle reste indiquée, par exemple, pour des tumeurs de grande taille chez le jeune.

Patient de 40 ans qui souffre d'une otite moyenne aigüe ou chron

- * Vertige d'apparition brusque dans près de $\frac{3}{4}$ des cas, parfois progressive sur quelques heures
- * Son intensité est maximale après le premier jour, puis diminue progressivement sur une semaine (compensation centrale du déficit vestibulaire)
- * Il peut persister une instabilité durant quelques semaines à quelques mois
- * Des nausées et vomissements importants et un déséquilibre y sont associés

Patient de 40 ans avec otite STATUS

- * Nystagmus spontané périphérique (fuit la lésion) soutenu, unidirectionnel, essentiellement horizontal
- * Important trouble postural avec déviation du côté atteint (Romberg, Unterberger et Mingazzini des membres supérieurs)
- * Le test calorique révèle la déficience vestibulaire unilatérale (absence de réponse du côté atteint).
- * L'audition EST affectée

La Labyrinthite

* Traitement:

- * Traitement de l'infection primaire
- * Antiémétiques centraux
- * Mobilisation précoce

Patient de 80 ans tabagique connu pour une HTA, une FA AC et un diabète

- * Vertiges d'apparition brusque
- * Instabilité posturale
- * Céphalées importantes
- * Nystagmus vertical non diminué par la fixation visuelle
- * Absence de déficit neurologique

AVC /AIT

*URGENCE MEDICALE

- * Faire une imagerie IRM/CT cérébral
- * Toujours référer à un spécialiste

	VPPB	Neuronite vestibulaire	Maladie de Ménière
Symptômes			
- Temporalité	Intermittent	Constant	Crises récurrentes
- Début/Facteur déclenchant	Brusque/Changement de position de la tête	Brusque ou subaigu	
- Durée	20-30 sec	Jours-semaines	Minutes-heures
- Symptômes associés		Nausées, vomissements	Hypoacousie Acouphène (basse fréquence)
Examen clinique			
- Nystagmus	Positionnel, rotatoire, géotrope	Spontané, bat du côté sain Diminué par la fixation	Spontané, bat côté sain ou atteint
- Test spécifique	Hallpike positif		Normal
- Ex. neurologique	Normal	Déviatation posturale du côté atteint	Normal
- Ex. otoscopique	Normal	Normal	Normal
- Audiogramme			Surdité de perception

Les points à retenir

- * Il n'existe pas de « vrai » ni de « faux » vertige, mais une sensation vertigineuse est toujours vraie quelle qu'en soit la cause. Il faut se rappeler les possibles associations entre vertiges, déséquilibre et malaise
- * Une origine centrale au vertige doit être exclue par l'anamnèse et l'examen clinique, car elle implique, en cas de doute ou de suspicion, une consultation urgente chez le spécialiste ORL ou neurologue, voire une hospitalisation
- * La plupart des vertiges isolés sont dus au vertige positionnel paroxystique bénin (déclenché par les mouvements) ou à la neuronite vestibulaire aiguë (sans facteur déclenchant)
- * Le diagnostic du vertige positionnel paroxystique bénin s'effectue par la manœuvre de Dix-Hallpike et l'on peut enseigner la manœuvre thérapeutique de Brandt-Daroff au malade
- * En présence de facteur de risque cardio-vasculaire, il faut évoquer en cas de vertige isolé, la possibilité d'AVC avant d'établir le diagnostic de neuronite ou de migraine vestibulaire

QUESTIONS

