

Item 103 : vertige



Vertige = illusion de mouvement :

- Soit du patient, soit de l'environnement
- Se traduit le plus souvent par une **impression de rotation** ou **parfois de déplacement linéaire**
- Symptôme **spontané** ou **déclenché** ou **majoré** par les mouvements de la tête
- S'accompagne habituellement de signes neurovégétatifs : nausées, vomissements, sueurs
- /!\ **PAS de troubles de la conscience** au cours de la crise

Interrogatoire :

- Éliminer une urgence neurologique (AVC, AIT) et les faux vertiges
- Caractère du vertige : rotatoire, vertical, latéral
- Intensité et durée de la crise
- Circonstance d'apparition, facteurs déclenchants
- Évolution : crise unique ou répétée
- Symptômes associés : neurovégétatifs, cochléaires, neurologiques
- Traitements, antécédents

Examen clinique :

- Examen **des yeux** : rechercher un nystagmus
- Étude de la **motricité**
- Examen **neurologique** complet : rechercher un syndrome vestibulaire
- **Otoscopie** et examen de la **sphère ORL**
- Examen **cardiovasculaire**

Nystagmus = mouvement des **yeux biphasique à ressort** (lent), suivi d'un mouvement **rapide de rappel en sens inverse** (définissant le sens du nystagmus)

Manœuvres déclenchantes de nystagmus :

- Manœuvre de Dix et Hallpike → VPPB par cupulolithiase d'un canal semi-circulaire postérieur
- Signe de la fistule
- Test d'Halmagyi
- Head shaking test
- Nystagmus dans le regard excentré avec fixation (gaze nystagmus)

Causes périphériques = syndrome vestibulaire périphérique (harmonieux) :

- Nystagmus **périphérique horizonto-rotatoire controlatéral**
- **Chute ipsilatérale** au Romberg
- **Déviations ipsilatérales** des index
- **Déviations ipsilatérales** à la marche en étoile ou à la manœuvre de Fukuda
- **Absence d'autre anomalie neurologique**

Causes périphériques de vertiges :

- **VPPB +++**
- **Maladie de Ménière**
- **Névrite vestibulaire**
- **Neurinome de l'acoustique**
- Fracture trans-labyrinthique du rocher
- Otite chronique cholestéatomateuse avec labyrinthite
- Hémorragie intra-vestibulaire
- Atteinte vestibulaire bilatérale : substance ototoxique (aminoside, quinine, salicylé)

Causes centrales = syndrome vestibulaire central (dysharmonieux) :

- **AVC vertébro-basilaire** (syndrome de Wallenberg) ou cérébelleux → IRM en urgence
- Atteinte du **tronc cérébral** : SEP, abcès cérébral, tumeur
- **Intoxication** : CO, alcool, carbamazépine, barbiturique, phénytoïne
- Malformation de la **charnière cervico-occipitale**

Autres causes :

- Migraine vestibulaire
- SEP
- Syndrome postural phobique
- Paroxysmie vestibulaire
- Déficit vestibulaire bilatéral
- Déséquilibre du sujet âgé

Examens complémentaires :

- Audiologiques : audiométrie tonale et vocale, tympanométrie, réflexe stapédien
- Vestibulométrie :
 - Vidéonystagmographie (VNG) : épreuve calorique calibré, épreuve rotatoire
 - VHIT (Video Head Impulse Test)
 - Verticale visuelle subjective (VVS) et PEO
- Imagerie : TDM des rochers, IRM cérébrale et des rochers, angio-TDM, angio-IRM

Traitements symptomatiques :

- **Anti-vertigineux majeurs sédatifs et vestibuloplégiques** : BZD, chlorydrate de méclozine
- **Anti-vertigineux mineurs peu sédatifs** : acétyl-leucine (Tanganil), piracétam, β -histine (Betaserc)
- **Anti-émétiques** :
 - Neuroleptiques : métopimazine, matoclopramide, dompéridone
 - Antagonistes 5-HT : ondansétron
- **Anti-migraineux** : flunarizine, cinnarizine
- Si inefficacité du traitement ambulatoire : hospitalisation, corticoïdes, piracétam, BZD et mannitol IV

	VPPB	Maladie de Ménière	Névrite vestibulaire	Neurinome du VIII
Durée	< 1mn	< 24h, crise à répétition	Grand vertige unique (plusieurs jours)	5-15mn, récurrents
PhysioP	Lithiase du canal semi-circulaire postérieur (90%) Femmes > 60 ans	Hydropas labyrinthique (\uparrow pression endolymphatique) Femmes +++, terrain anxieux	Déficit vestibulaire unilatéral aigu idiopathique (probable affection virale)	Tumeurs bénignes des cellules de Schwann développée au dépend du nerf VIII
Clinique	Facteur déclenchant positionnel Asymptomatique en inter-crise \emptyset Sd vestibulaire périphérique Dix et Hallpike +	Triade : vertige, acouphènes, hypoacousie de perception Sensation de plénitude de l'oreille Sd vestibulaire pdt les crises	Grand vertige rotatoire isolé très intense +/- nausées, vomissements Sd vestibulaire périphérique franc isolé	Surdité de perception unilatérale progressive Acouphènes Troubles de l'équilibre (instabilité)
PEC	Manœuvre libératoire de Sémont-Toupet Manœuvre d'Epley	Crise : acétyl-leucine, anti-émétiques, anxiolytiques Fond : β -histine, règles HD, diurétique Rééducation vestibulaire Labyrinthectomie chimique ou chirurgicale	Hospitalisation Acétyl-leucine IV, Primpéran, anxiolytiques Mobilisation précoce et rééducation vestibulaire Régression progressive en 4-6 semaines	IRM IV+ CAI et angle ponto-cérébelleux Suivi annuel IRM +/- gamma-knife +/- exérèse chirurgicale