

Les vertiges

Un défi intéressant



Pierre Laplante MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les 15^e Journées annuelles du Département de médecine*, Université de Montréal, novembre 2006

Les vertiges sont, avec les céphalées, les maux de dos et la fatigue, parmi les motifs de consultation les plus fréquents en pratique.

Les vertiges sont, avec les céphalées, les maux de dos et la fatigue, parmi les motifs de consultation les plus fréquents en pratique. Cet article a pour but de définir l'approche clinique de ces plaintes et les moyens à la disposition du clinicien afin de déterminer l'origine des symptômes et les signaux d'alarme suggérant une pathologie centrale méritant une référence précoce en milieu spécialisé.

Vertige et pseudo-vertige

Les termes « étourdissements et vertiges » sont souvent utilisés sans distinction par les patients. Ces mots sont aussi employés pour désigner une variété considérable de malaises : sensation de « tête légère », sensation d'irréalité, anxiété, instabilité lors de la marche, vision brouillée, sensation de perte de conscience imminente, manque de résistance à l'effort, etc.

La première étape de l'évaluation consistera donc à clarifier la signification des termes, car l'exercice diagnostique repose sur une compréhension claire du désordre.

Le vrai vertige

Le terme « vertige » fait allusion à toute sensation ou illusion de mouvement ou de changement de

Le **Dr Laplante** est neurologue et chef médical du programme-clientèle de Médecine de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il est aussi professeur adjoint de clinique au Département de médecine de l'Université de Montréal.

Le clinicien doit tenter d'évaluer avec le patient la relation de proportionnalité existant entre l'intensité du vertige et l'intensité des symptômes accompagnateurs.

position perçue par le patient. Autrefois, on insistait sur l'importance de distinguer les vertiges objectifs (perception de rotation de l'espace autour de soi) des vertiges subjectifs (perception de rotation ou de déplacement du corps par rapport à l'espace). Cette distinction est maintenant inutile.

Certains éléments recueillis à l'anamnèse seront suggestifs d'un vertige ou accompagneront ce symptôme, tels :

- une sensation de roulis ou de tangage;
- l'oscillopsie ou perception d'oscillation des objets environnants;
- l'impression de voir les murs se soulever ou bouger latéralement;
- l'obligation pour le patient de s'immobiliser au moment d'une attaque;
- une tendance du tronc à s'incliner d'un côté
- un trouble de la démarche pouvant aller jusqu'à une ataxie franche;
- une aggravation des symptômes lors de mouvements de la tête ou du tronc;
- une modification des symptômes à l'ouverture ou à la fermeture des yeux;
- la présence des symptômes accompagnateurs « classiques » d'un vertige le moins intense, soit nausée, vomissement, pâleur et sudation.

Le pseudo-vertige

Le terme pseudo-vertige désignera toute autre sensation, incluant les étourdissements dits non rotatoires. Ces symptômes non vertigineux peuvent orienter vers une kyrielle de conditions non vestibulaires, incluant le syndrome d'hyperventilation, l'hypotension orthostatique, le prodrome syncopal, la syncope, le petit mal et certaines autres conditions qui ne font pas l'objet de cet article.

Le questionnaire

Le questionnaire est très utile pour déterminer les caractéristiques permettant la distinction entre l'origine périphérique ou centrale d'un vertige (tableaux 1 et 2).

La proportionnalité entre vertige et symptômes accompagnateurs

Le clinicien doit tenter d'évaluer avec le patient la relation de proportionnalité existant entre l'intensité du vertige et l'intensité des symptômes accompagnateurs.

Dans l'atteinte périphérique, le patient rapportera classiquement qu'un vertige intense s'accompagne de nausées et de vomissements importants. Au contraire, un vertige discret pourra causer des nausées, mais ne s'accompagnera pas de vomissements.

Ce lien de proportionnalité est habituellement moins évident, voire absent dans l'atteinte centrale. Ainsi, un patient peut ressentir des vertiges légers et pourtant présenter des vomissements répétés. À l'inverse, il pourra rapporter des vertiges violents sans vomissements.

Les troubles auditifs

La présence de troubles auditifs suggère une dysfonction de l'appareil cochléaire (oreille interne) ou de la portion cochléaire du huitième nerf crânien et oriente ainsi vers une atteinte périphérique. Il pourra s'agir d'acouphène, d'hypoacousie ou de surdité unilatérale.

Les lésions centrales ne s'accompagnent jamais de symptômes auditifs en raison de l'anatomie particulière des voies auditives centrales.

L'effet du mouvement ou des changements de position

Le déclenchement des vertiges par des mouvements de la tête ou du tronc constitue un signe caractéristique d'une atteinte périphérique. Le patient en décubitus rapportera qu'après s'être tourné d'un côté à l'autre, il a présenté des vertiges importants. Le lever de la position couchée à debout ou la rotation de la tête vont également provoquer des vertiges.

Dans une lésion centrale, ce lien avec les changements de position sera moins clair. Ainsi, un patient pourra présenter un accès de vertige important alors qu'il est immobile, en position assise. Il pourra se mobiliser, se tourner sur lui-même sans nécessairement déclencher un vertige.

L'effet de l'ouverture ou de la fermeture des yeux

Dans un vertige d'origine périphérique, les patients vont habituellement remarquer qu'ouvrir les yeux et fixer une cible devant eux va atténuer leurs symptômes.

Au contraire, les patients porteurs d'une lésion centrale sont plutôt soulagés par la

Tableau 1

Causes périphériques des vertiges

- Vertige positionnel bénin
- Labyrinthite aiguë
- Maladie de Ménière
- Neurinome acoustique
- Toxicité médicamenteuse ou éthylique
- Infections de l'oreille moyenne
- Traumatisme
- Thrombose de l'artère auditive interne

fermeture des yeux. L'ouverture des yeux va accentuer la sensation de vertige.

L'évolution diurne du vertige

L'évolution du vertige en cours de journée peut avoir une certaine importance. Généralement, les premières mobilisations matinales déclenchent des vertiges plus importants chez le patient porteur d'une lésion périphérique. À mesure que le patient s'active au cours de la journée, il aura l'impression que les symptômes sont moindres. S'il s'immobilise en cours de journée, la reprise des activités va à nouveau induire des vertiges.

Dans le vertige central, les symptômes sont moins clairement changeants au cours de la journée. Ils peuvent être constants ou fluctuants plutôt qu'épisodiques.

Les symptômes neurologiques

Tout symptôme neurologique déficitaire va orienter d'emblée vers une pathologie centrale. Cette partie du questionnaire est donc essentielle. On cherchera aussi à documenter la présence de

Tableau 2

Causes centrales des vertiges

- Lésions de la fosse postérieure, du tronc cérébral ou du cervelet
- Ischémie ou thrombose du territoire vertébro-basilaire
- Hémorragie cérébrale
- Sclérose en plaques
- Méningiome de la fosse postérieure
- Métastase cérébrale
- Lésions malformatives

céphalée ou d'altération de l'état de conscience qui, avec les nausées et les vomissements, constituent la triade de l'hypertension intracrânienne.

L'examen

L'examen physique général

Au moment de l'examen physique général, on portera une attention particulière à l'état général et à l'état d'hydratation du malade, en particulier dans un contexte de vomissements récurrents.

L'examen ORL

L'examen oto-rhino-laryngologique aura pour but de chercher les signes d'une pathologie de l'oreille moyenne ou interne. On vérifiera l'acuité auditive par la même occasion.

L'examen neurologique

Un examen neurologique sommaire est essentiel chez ces patients afin d'éliminer des signes d'atteinte du système nerveux, qui nous orienteraient vers une étiologie centrale. Cette

portion de l'examen comportera donc l'évaluation de l'état de conscience, des nerfs crâniens, des voies motrices, sensibles et cérébelleuses. Une attention particulière sera portée à la motilité oculaire à la recherche d'un nystagmus.

En l'absence de nystagmus spontané, des épreuves spécifiques ont pour but de mettre en évidence une dysfonction vestibulaire. La plus couramment utilisée est la manœuvre de Dix et Hallpike. Cette manœuvre est décrite en détail dans les lectures suggérées à la fin de cet article.

La réponse classique observée dans une atteinte périphérique est caractérisée par une latence de quelques secondes suivie d'un vertige paroxystique, associé à l'apparition d'un nystagmus, d'une durée d'environ 15 à 30 secondes. Un phénomène de fatigue est observé quand la répétition de l'épreuve ne reproduit plus de symptôme ou de signe.

Dans une lésion centrale, la même manœuvre produira une réponse atypique : absence de latence avant l'apparition du vertige, parfois un nystagmus vertical (caractéristique d'une lésion centrale), un nystagmus important sans vertige ou l'inverse et, classiquement, une absence de fatigabilité de la réponse.

Les autres signaux d'alarme

Pour un vertige, hormis l'identification d'une origine centrale, le clinicien doit aussi être à l'affût de caractéristiques suggestives d'une pathologie évolutive.

Le contexte vasculaire

La présence de facteurs de risque vasculaire, un antécédent personnel ou familial de maladie

vasculaire ou de signes cliniques de maladie artériosclérotique, en particulier chez un patient âgé, doivent faire suspecter la possibilité d'une étiologie vasculaire. Cela, particulièrement si les symptômes vertigineux surviennent de façon paroxystique au repos, représentant possiblement des phénomènes ischémiques transitoires dans le territoire vertébro-basilaire.

L'évolution temporelle

Un vertige évolutif présentant une aggravation progressive auquel s'additionnent de nouveaux symptômes avec le temps doit alarmer le médecin. De même, un vertige récent ou violent sera bien entendu plus préoccupant qu'un vertige évoluant depuis des mois ou des années. Le recul constitue un élément significatif comme dans toute autre condition clinique.

Bref...

La majorité des patients manifestant des vertiges sont heureusement victimes de conditions bénignes. Cependant, ces symptômes peuvent aussi être la première manifestation d'une maladie grave, telle la thrombose basilaire.

Le clinicien devra ainsi porter une attention particulière à l'évaluation de ces patients. Il sera d'autant plus intéressé à cet exercice puisque les deux outils essentiels au diagnostic étiologique d'un vertige sont le questionnaire et l'examen clinique, bien plus que tout autre mode d'investigation paraclinique.

L'identification d'une cause centrale ou de signaux d'alarme obligera une consultation rapide en milieu spécialisé. 

Bibliographie :

1. Blumenfeld H: Neuroanatomy through Clinical Cases. Sinauer associates inc, 2002.
2. Ropper AH, Victor M: Adams & Victor's Principles of Neurology. McGraw-Hill, 2001; (7^e éd.).
3. Evans RW: Neurologic clinics, Neurologic treatment. Saunders, février 2001; 19(1).
4. Baloh RW, Davis FA: The essentials of Neurotology, company, 1984.
5. Samuels MA: Manual of neurologic therapeutics, Lippincott, Williams & Wilkins, 1999.

Les deux outils essentiels au diagnostic étiologique d'un vertige sont le questionnaire et l'examen clinique, bien plus que tout autre mode d'investigation paraclinique.



Vous voulez une bonne raison pour participer à un marathon?

Nous vous en donnerons 4 millions.

En effet, plus de quatre millions de Canadiens sont atteints d'arthrite. Renseignez-vous au sujet des marathons tenus dans le monde entier, qui appuient notre cause. Préparez-vous à voyager... et à triompher !

ARTHRO ACTION
SOCIÉTÉ D'ARTHRITE
PARTICIPANTS À L'ENTRAÎNEMENT

Composez le **1 800 321-1433** ou visitez notre site Web au **www.arthrite.ca/ArthroAction**