



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 5 von «PrimaryCare» erschienen.

Vertige

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

David Leppert

Importance et diagnostic

Fréquent. Interaction faussée des trois systèmes de l'orientation spatiale dynamique.

Vertigo (Rotation)	Dizziness
↓	↓
«systématique» organique (vestibulaire)	non systématique «psychogène», «le reste»

Examens

Anamnèse

Rotation? Titubation? Vertige en fonction de certains mouvements? Paroxystique? Déroulement dans le temps? Fonction de la situation?

Oculomotricité

Troubles moteurs mal coordonnés:

- diplopie (muscles oculomoteurs externes): strabisme;
- profondeur de champ (muscles oculomoteurs internes): atropine, Horner.

Nystagmus:

- spontané (position primitive): par ex. Wernicke;
- nystagmus directionnel (position secondaire): nystagmus horizontal; très souvent benzodiazépines;
- réflexe oculo-vestibulaire;
- nystagmus optocinétique.

Labyrinthe

Règle de base: tester avec et sans contrôle visuel.

- Audition: conduit auditif externe; oreille moyenne: Rinne, Weber.
- Ataxie à la marche/position debout: Romberg: tendance à la chute dirigée contre non dirigée.
 - sens de chute fonction de la position de la tête 3 périphérique;
 - sens de chute indépendant de la position de la tête, généralement axe en longueur 3 central;
 - marche en ligne / en aveugle: écart par translation;
 - Unterberger: écart par rotation;
 - tests positionnels.

- Ataxie périphérique: épreuve doigt-nez, rebound, épreuve talon-genou.
- Afférence somatosensitive (règle de base: le point de référence est le front):
 - sensibilité superficielle: chaleur, douleur; attention: connaître les chiffres).
 - sensibilité profonde: sens vibratoire; sens postural.
 - réflexes: dans la polyneuropathie 4.

Etiologies, diagnostic, traitement

- Fonction de la position et en crise: vertige postural paroxystique bénin.
- «Pas vraiment» fonction de la position et prolongé: neuronite vestibulaire, apoplexie labyrinthique.
- Vertige postural paroxystique bénin: peut être diagnostiqué en toute sécurité par la clinique, souvent (certes symptomatique) guérison «on the spot» avec training postural (habituation). Erreur thérapeutique: donner des antivertigineux.
- Neuronite vestibulaire, apoplexie labyrinthique: cliniquement difficile à distinguer des autres vertiges rotatoires périphériques et centraux: vasculaire, inflammatoire, métabolique (toxique), traumatique, néoplasique.
- Périphérique: maladie de Ménière: acouphènes, baisse de l'audition aiguë/chronique, lésion labyrinthique.
- Centrale: lésion pontomédullaire, examens neurologiques indispensables; imagerie diagnostique indispensable.

Autres étiologies des vertiges rotatoires aigus

- Périphériques: neurinome acoustique, labyrinthite (par ex. zona acoustique), paroxysmie vestibulaire (comme névralgie du trijumeau: anse vasculaire), syndrome de Cogan: baisse de l'acuité auditive, kératite, trouble vestibulaire.
- Centrales: épilepsie vestibulaire, migraine basilaire, vestibulaire, sclérose en plaques, insuffisance vertébrobasilaire, ataxie paroxystique.
- Attention: un nystagmus rotatoire peut également être périphérique, et un nystagmus apparemment «périphérique» peut être central (infarcissement cérébelleux).

Formes bénignes de vertige systématique

- Vertige physiologique: maladie des transports, «motion sickness», vertige optique, mismatch d'inputs visuels et vestibulaires.
- Médicaments: benzodiazépines, antiépileptiques, alcool, caféine, «amphetamine mismatch», par perturbation des sites centraux («trimming») d'analyse des stimuli.

Diagnostic clinique**Nystagmus spontané en position primaire: direction?**

- Nystagmus en positions secondaires.
- Nystagmus avec lunettes de Frenzel (c.-à-d. sans contrôle visuel).
- Nystagmus après mouvements de tête, épreuves posturales (avec lunettes de Frenzel).
- Contrôle du nystagmus optocinétique.
- Romberg (cérébelleux: ataxie, périphérique: polyneuropathie).
- Marche en ligne/en aveugle (écart dirigé/non dirigé).
- Oreille externe, oreille moyenne (test auditif, Weber, Rinne).

Examens complémentaires

- En urgence: IRM (lésion centrale? de quelle nature? Si suspicion d'hémorragie: TC), surtout chez les patients âgés. Aucun autre examen chez les jeunes ayant une symptomatologie posturale sans autre déficit neurologique.
- Plus tard: examens audiométriques (autre lésion, par ex. Ménière?), potentiels évoqués auditifs, électro-oculographie) et épreuve calorique (lésion périphérique? vestibulaire?).

Principes thérapeutiques

- Diagnostiquer une neurotoxicité aiguë et chronique: alcool, benzodiazépines, antiépileptiques.
- Exclure toute étiologie extravestibulaire: Cinemax, croisière en bateau; crises paniques.
- Antivertigineux: prévention du mal des transports, si lésion aiguë du tronc cérébral avec nausée, si dysfonction labyrinthique aiguë avec nausée.
- Si vertige postural paroxystique bénin: habitude par training postural.

Traduction d'un chapitre de: Benedict Martina, Edouard Battegay, Peter Tschudi (éds.). Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006. 119 pages. Broché. Format 15 × 23 cm. Fr. 20.– / EUR 14.– ISBN 978-3-7965-2262-8 (en allemand seulement).

Infos et commande sous www.emh.ch

Références

- 1 Brandt T, Dichgans J, Diener HC. Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer; 2003.

Prof. Dr David Leppert
Neurologie
Hôpital universitaire
Petersgraben 4
4031 Bâle