

# AKTIV DOSSIER

A garder & collectionner

M A R S  
2 0 1 9



CENTER FIR  
ALTERSFROEN

## VERTIGE

ORIGINES ET TRAITEMENTS



Photo: © mbruxelle - fotolia.com

La plupart des personnes connaissent le sentiment généré par un vertige léger et passager. Mais un vrai vertige, plus intense, dérange et génère des angoisses: on a l'impression de tanguer ou de tourner et le monde autour semble disparaître. Dans le pire des cas il est accompagné de nausées.

Une personne sur trois de moins de 60 ans connaît au moins une fois dans sa vie un vertige, pour les personnes de plus de 75 ans même une sur deux. Cependant, le vertige en lui-même n'est pas une maladie ou un dérèglement mais seulement un symptôme. Et il peut avoir des origines très diverses et variées.

UN INDIVIDU SUR TROIS AURA UN VERTIGE AU COURS DE SA VIE

# LE VERTIGE

**Dr Jacques Majerus**

*Spectaculaire et invalidant, le dérèglement des mécanismes de l'équilibre est, le plus souvent, d'origine bénigne.*



**Dr Jacques Majerus**

Le docteur Jacques Majerus est oto-rhino-laryngologiste spécialisé en vertige

Vertige, tournois, tangage ou sensation d'ébriété: un riche vocabulaire décrit ce symptôme invalidant dont l'origine possible va de causes bénignes (le plus fréquent) jusqu'à de rares urgences vitales.

Pour qu'il y ait vertige, il faut qu'il existe **une illusion de mouvement, qui se manifeste par une impression de rotation ou de pseudo-ébriété** et s'accompagne habituellement de signes neurovégétatifs (nausées, vomissements, sueurs, accélération du rythme cardiaque), sans qu'il y ait perte de conscience au cours de la crise.

La sensation de vertige peut parfois être terrifiante pour le patient concerné car celui-ci le ressent comme une perte de contrôle sur soi-même. Il se

sent partir, avec la présence parfois très forte d'une angoisse de mort.

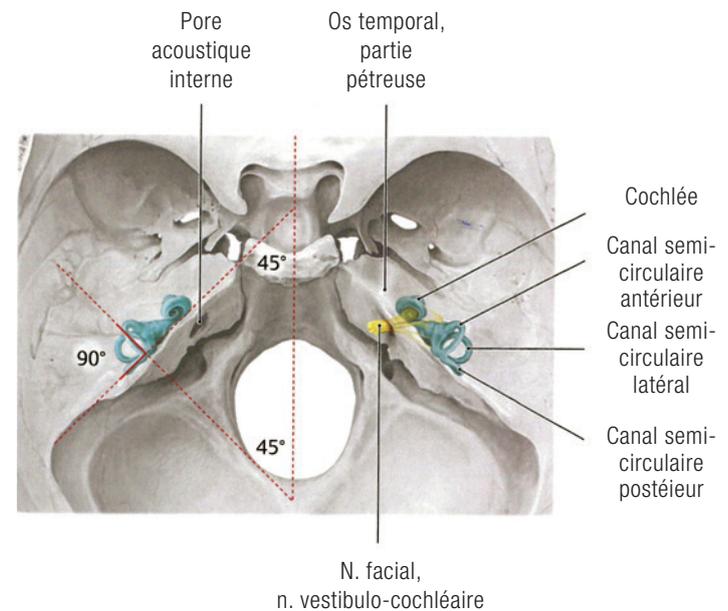
Le patient ne sait décrire le vertige, ni le situer. Dans la tête, peut-être, ou dans l'estomac, souvent, s'il a des nausées et des crampes à ce niveau. Or c'est souvent l'oreille qui est concernée. Alors que nous rattachons très facilement les sensations auditives à

l'oreille, nous ne pouvons en aucune manière établir le lien entre nos sensations de mouvements et l'oreille interne.

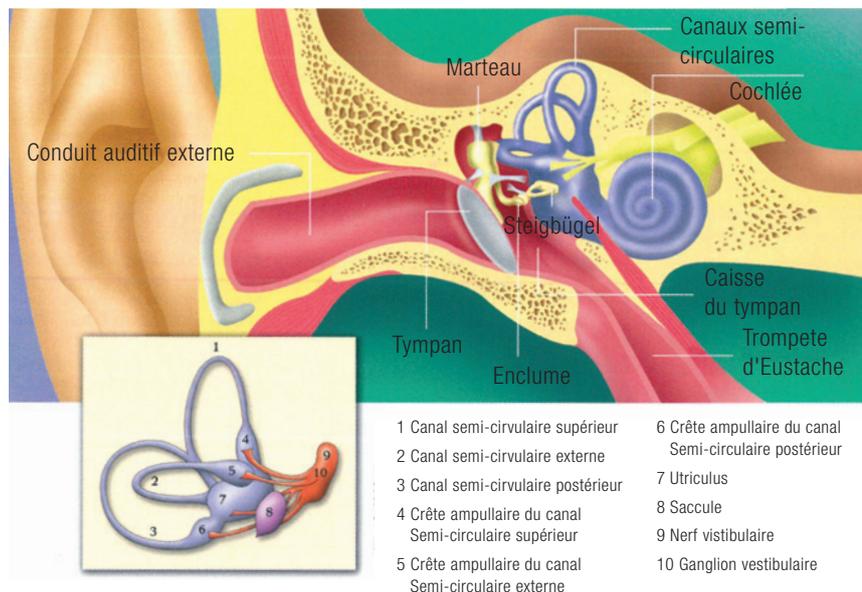
Situé dans l'oreille interne, juste en arrière de l'appareil auditif appelé cochlée, le **vestibule** est un capteur sensoriel sensible aux accélérations angulaires (tourner) et linéaires.

## Situation de l'oreille interne

(cochlée et vestibule) dans le crâne



## Vestibule (ou labyrinthe) et cochlée (en violet)



de la scène visuelle alors que la tête est en mouvement.

Les centres nerveux décident de la réponse motrice adaptée au maintien de l'équilibre.

Lorsque les informations sont cohérentes, un mouvement réflexe moteur d'adaptation du corps et des yeux se déclenche, afin de tenir justement un bon équilibre et surtout afin de garder une vue nette lors de mouvements de la tête.

Le médecin devra donc détecter l'organe défaillant dans ce système oreille-vision-proprioception pour trouver l'origine du vertige.

Ce système de trois voies nerveuses montées « en parallèle » permet à l'équilibre de se maintenir plus ou moins bien, sans arrêt complet du système, les deux acteurs valides poursuivant leur travail pour l'équilibre quand un acteur est défaillant. Cette compensation est gérée au niveau du cerveau et sera essentielle pour accéder à la guérison ou à une amélioration de l'équilibre par apprentissage de stratégies de compensation (p. ex. apprendre par la vision et la proprioception de se stabiliser malgré une oreille défaillante).

C'est ainsi que la mobilité physique tout au long de la vie est essentielle pour le développement d'un bon équilibre, car les données d'équilibration sont stockées et réutilisées.

Ces capteurs se situent dans le rocher, partie d'un os latéral de la tête: l'os temporal.

On incrimine souvent, à tort, la colonne cervicale comme responsable des vertiges. Peut-être parce qu'à ce niveau se font les mouvements de la tête par rapport au corps. Plus longtemps les vertiges persistent dans le temps, plus le patient se crispe, par peur de redéclencher le vertige en mobilisant la tête. Avec la conséquence de cervicalgies (douleurs du cou) par contractures musculaires, d'où la fausse interprétation régulièrement reçue que la colonne cervicale serait l'origine du problème.

## LE SENS DE L'ÉQUILIBRE

### UN SYSTÈME MULTIFACTORIEL DOUÉ DE COMPENSATION

L'équilibre est assuré par un système multifactoriel: vision, vestibules et proprioception adressent simultanément leurs informations aux centres supérieurs dans le cerveau.

La **proprioception** désigne la perception, consciente ou non, de la position des différentes parties du corps. Elle fonctionne grâce à de nombreux récepteurs musculaires et ligamentaires.

Une intégration minutieuse dans le cerveau des données captées par ces trois acteurs – vestibules (oreille interne), – yeux, – proprioception est essentielle pour le maintien de l'équilibre dans l'espace et la stabilisation

## COMMENT RÉAGIR EN CAS D'APPARITION SUBITE DE VERTIGE?

**D**u fait qu'il existe de nombreuses causes pouvant expliquer un vertige (près de 150) et que certaines d'entre-elles (aussi rares soient-elles) menacent le pronostic vital, il importe qu'un vertige soit examiné en urgence.

Le vertige peut être un symptôme d'une pathologie touchant le système nerveux central et donc il est important de déceler ces patients afin de détecter rapidement des pathologies sérieuses comme l'AVC, des tumeurs ou la multiple sclérose (MS). Cependant, ces pathologies se déclarent rarement par l'unique symptôme vertige. D'autres symptômes comme des troubles de l'élocution verbale, des troubles de la déglutition, une vision double, une perte de conscience, des céphalées intenses d'installation subite, des paralysies de membres ou des troubles de la sensibilité cutanée sont présents lors de pathologies du système nerveux central. Le patient doit alors être vu par le neurologue en urgence.

Le patient venant consulter pour vertige devra être vu dans son intégrité: il faudra revoir ses antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux, songer aux causes cardiologiques (p. ex troubles du rythme cardiaque) provoquant plutôt un malaise qu'un vrai vertige, métaboliques (diabète), mais aussi psychologiques (anxiété, crise de panique, agoraphobie...) et penser aux effets secondaires potentiels (vertige, déséquilibres, étourdissements) de beaucoup de mé-

dicaments (antihypertenseurs, somnifères ...).

Les cinétoses (mal du transport) peuvent aussi être des causes de vertige, provoquées par une discordance des informations vestibulaires par rapport à celles de la vision.

## CONSULTATION SPÉCIALISÉE DE VERTIGE

**L**a pathologie s'occupant du vertige est située aux confins de l'oto-rhino-laryngologie et de la neurologie.

Idéalement, le patient se fera examiner par le neurologue et l'ORL, examinant ensemble (p. ex dans une clinique spécialisée pour vertige) le patient car le symptôme vertige peut avoir son origine dans l'oreille, mais aussi concerner les voies vestibulaires centrales et les centres vestibulaires dans le cerveau, le cervelet et le tronc cérébral.

L'interrogatoire du patient est d'une importance capitale. Cette analyse détaillée des symptômes et de leur évolution dans le temps mènera idéalement à un diagnostic de suspicion qui devra dans la suite être vérifié par un examen clinique du patient et si nécessaire par des explorations complémentaires techniques.

La tenue par le patient d'un calendrier du vertige dans lequel il notera les accès de vertige avec leur durée pourra aider lors d'une réévaluation à conforter le diagnostic.

Il faut éviter de cumuler des examens techniques désagréables et coûteux et ne réaliser que ce qui sera utile pour

conforter les hypothèses diagnostiques qu'a pu élaborer le médecin par l'interrogatoire minutieux.

L'œil est la fenêtre par laquelle le médecin analyse le vestibule de l'oreille interne car c'est en analysant les mouvements oculaires que le médecin peut étudier le fonctionnement vestibulaire.

Un réflexe particulier, le **nystagmus**, est recherché et analysé par le médecin.

Quand on tourne la tête dans un champ visuel, l'œil suit une cible qu'on regarde, mais l'œil est recentré automatiquement. Cette série de poursuites et saccades de recentrement oculaire forme le nystagmus optocinétique. Quand on regarde quelqu'un qui suit de son regard un train entrant dans une gare, on voit ces saccades de recentrement des yeux.

Un nystagmus pathologique peut être observé par exemple si un vestibule arrête brutalement de fonctionner et les yeux font des saccades continues vers le côté sain dans les jours qui

### Recherche d'un nystagmus par vidéonystagmoscopie



## Epreuve calorique



## Test de Halmagyi (teste les 6 canaux du vestibule gauche et droit)



suivent. On peut l'observer le mieux si on prive le patient de fixer son regard sur un objet, en mettant un masque sur les yeux, avec caméra intégrée pour pouvoir regarder les mouvements oculaires sur un écran. Le médecin va mobiliser le patient dans l'espace, en le mettant en position assise, couchée ou en tournant sa tête dans différents plans de l'espace.

## EXPLORATIONS TECHNIQUES COMPLÉMENTAIRES

Différentes stimulations peuvent être utilisées afin de mesurer la capacité du système vestibulaire à réagir:

- épreuve rotatoire gauche puis droite stimulant les deux oreilles simultanément
- épreuve calorique, stimulant successivement les deux vestibules: réchauffement ou refroidissement du liquide se trouvant dans le vestibule par de l'eau à 44° ou 30° Celsius en l'instillant pendant 30 secondes dans les conduits auditifs externes.

D'autres examens spécialisés très intéressants comme le test de Halmagyi (video-head-impulse Test) ou les potentiels évoqués vestibulaires (VEMPS) sont utiles selon la pathologie que le médecin recherche.

### On ne trouve que ce que l'on cherche:

Il ne s'agit pas de réaliser tous ces tests à chaque patient: ces explorations mesurent chacune le fonctionnement d'une partie du système vestibulaire, mais ne donnent pas un diagnostic au médecin. Le diagnostic que va suspecter le médecin après un interrogatoire bien conduit et quelques examens cliniques du patient (otoscopie, réflexes, recherche d'un nystagmus, marche du patient etc.), sera vérifié par ces explorations.

## QUELLES SONT LES CAUSES DE VERTIGES LES PLUS FRÉQUENTES?

Quels en sont les traitements appropriés?

### LE VERTIGE POSITIONNEL PAROXYSTIQUE BÉNIN (VPPB)

Les « cristaux » (appelés aussi otolithes ou lithiases) sont à l'origine de la forme la plus fréquente de vertige (près du tiers d'entre eux), le vertige positionnel paroxysmique bénin (VPPB). Classiquement, le VPPB survient lorsque la personne se retourne dans son lit et mobilise les otolithes.

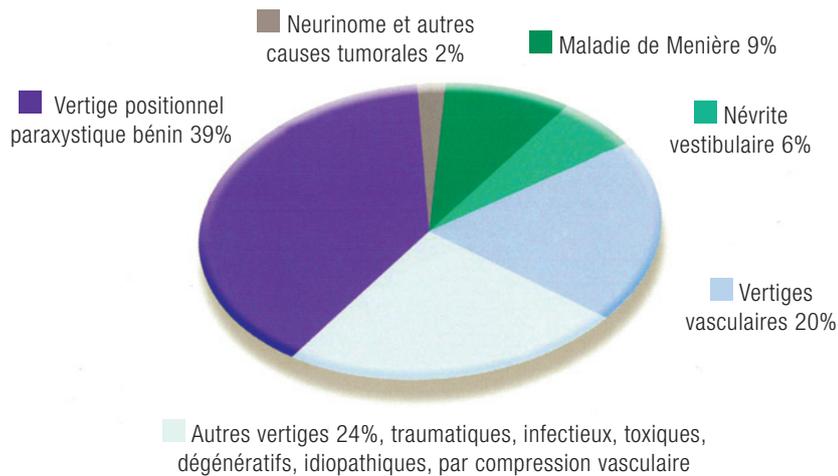
Les circonstances les plus typiques sont décrites par des patients qui se sont retournés dans leur lit pour regarder l'heure au réveil. Aussitôt, ils ont la sensation de monter au plafond, que le lit se renverse et que la pièce pivote. Ces signes, qui sont très effrayants pour les sujets en proie au vertige, vont durer quelques secondes et se répètent à chaque fois que la manœuvre est reproduite.

La crise peut se résoudre spontanément mais les récurrences sont possibles.

Le diagnostic pour un canal postérieur va être recherché par la **manœuvre de Dix-Hallpike**, qui consiste à coucher rapidement le patient sur le dos en lui tournant la tête d'un côté, puis de l'autre.

Après une courte latence apparaît un nystagmus accompagné d'une sensation de vertige. Différentes caractéristiques du nystagmus (p. ex. sens

## Fréquence des différentes causes de vertige



et fréquence de battement du nystagmus) renseignent le médecin quelle oreille est atteinte, et dans quel canal (antérieur, postérieur ou horizontal) la lithiase s'est égarée.

Le traitement va consister en une manipulation: la **manœuvre libératoire**: la lithiase sera dégagée du canal semi-circulaire où elle s'est mal positionnée. Cette manœuvre sera adaptée au côté et au plan dans lequel le canal se trouve par rapport à l'espace. Souvent le patient est rapidement soulagé après une ou deux manœuvres. Le VPPB est l'exemple type où l'examen bien réalisé par le médecin (par simple analyse des mouvements oculaires par lunettes évitant la fixation par les yeux) permet d'éviter la réalisation d'un scanner avec l'irradiation par rayons X que cela comporte, d'éviter des médicaments et aussi des chutes potentielles.

## LA NÉVRITE VESTIBULAIRE

La brièveté de la crise de VPPB la distingue d'une autre cause, moins fréquente, de vertige: la névrite vestibulaire, dans laquelle les signes persistent pendant plusieurs jours. Dans la névrite vestibulaire, d'origine virale ou vasculaire, l'inflammation nerveuse réalise une atteinte progressive et entraîne une destruction plus ou moins importante du système vestibulaire.

Une évolution spontanément favorable par des mécanismes de compensation vestibulaire pourra se faire: D'autres neurones prennent la relève des cellules nerveuses lésées par l'inflammation. Ce phénomène de compensation n'est donc pas une guérison, mais un mécanisme d'adaptation plastique.

Les médicaments anti-vertigineux ne sont donnés que pour les 4-5 premiers jours, et doivent être évités ensuite car ils inhibent la compensation centrale qui guérira le patient. Cette compensation centrale sera idéalement stimulée par l'intervention du kinésithérapeute spécialisé dans la rééducation vestibulaire. L'effet positif de la kinésithérapie diminue avec le temps et doit donc être débutée dès le diagnostic établi.

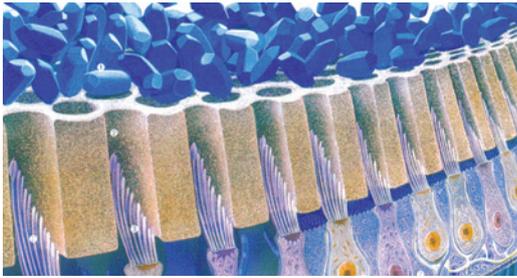
## LA MALADIE DE MENIÈRE

(Morbus Ménière)

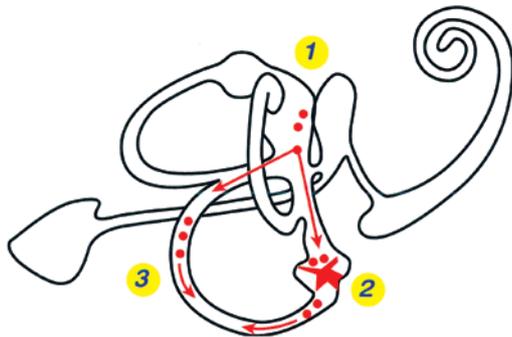
La durée des vertiges et le rythme des crises dans le temps que le médecin tente de dégager de l'interrogatoire, peut mener vers un autre diagnostic: la classique mais peu fréquente maladie de Ménière. Cette maladie est caractérisée par une triade de signes associant un vertige d'une durée de plusieurs heures, une diminution de l'acuité auditive et des acouphènes, ainsi que des réactions neurovégétatives impressionnantes de nausées, vomissements et transpirations.

Il faut au moins deux crises pour pouvoir établir le diagnostic de maladie de Ménière, et les explorations vestibulaires mais surtout audiométriques sont capitales: les suites de cette maladie peuvent être une surdité durable et les acouphènes peuvent présenter un handicap dans la vie du concerné. Il faut dire que cette pathologie ne concerne que 10% des patients

**Les cristaux** (appelés otolithes) sont normalement bien fixés à des cellules vestibulaires des macules



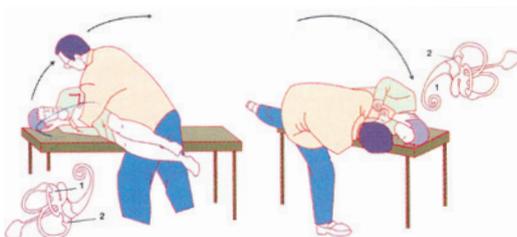
**Otolithes s'égarant vers le canal semi-circulaire postérieur** (3)



**Manoeuvre diagnostique de Dix et Hallpike**



**Manoeuvre libératoire de Semont**



atteints de vertige et consultant un ORL s'étant spécialisé dans les pathologies du vertige, et 1-2 patients par an dans la patientèle du médecin généraliste! Elle a été sur-diagnostiquée chez des patients ayant été victime de vertige dans une période où le VPPB n'était pas assez recherché et l'anamnèse mal ciblée.

Le traitement sera médicamenteux, et rarement chirurgical.

## LA MIGRAINE VESTIBULAIRE

Une autre cause fréquente de vertige, la migraine vestibulaire, était il y a quelques années sous-estimée.

La migraine est connue par les symptômes de céphalées intenses, avec nausées et photophobie. Elle peut aussi provoquer des crises de vertiges dans un rythme plutôt épisodique, avec des intervalles asymptomatiques. Son traitement sera médicamenteux.

## PERSISTENT POSTURAL PERCEPTUAL DIZZINESS (PPPD)

Nous voyons régulièrement passer dans la clinique du vertige des patients se plaignant d'instabi-

lité ou d'ébriété présente depuis plusieurs mois. Ce vertige chronique s'est souvent installé suite à un VPPB, une névrite ou une migraine vestibulaire, des attaques de panique, ou un traumatisme crânien (coup de lapin lors d'un accident de voiture). Ces patients sont gênés quasi quotidiennement, et l'instabilité s'aggrave en position debout, ou en bougeant la tête. Ils sont particulièrement gênés par les mouvements du champ visuel autour d'eux (dans le supermarché, la rue, les grands espaces ouverts), lorsqu'ils sont entourés de surfaces complexes (tapis, stores) ou lors de performances visuelles précises comme la lecture ou les travaux sur ordinateur. Anxiété, personnalité introvertie et aussi dépression sont des facteurs souvent retrouvés dans ces tableaux cliniques.

Initialement dénommée vertige postural phobique, cette entité a été dénommée par la suite persistant postural perceptual dizziness (PPPD). La prise en charge sera de nature psychothérapie, médicamenteuse et/ou kinésithérapie vestibulaire.

## CONCLUSION

- *Le vertige est une sensation subjective et erronée de déplacement de l'environnement autour de soi ou de soi par rapport à l'environnement.*
- *l'origine peut être très variée: origines centrales (problèmes vasculaires, maladies dégénératives, tumeurs, migraines ...) ou périphériques, plus fréquentes (VPPB, névrite, migraine, maladie de Menière).*
- *l'orientation rapide du patient vers des médecins compétents dans les pathologies du vertige (p. ex des médecins neurologues et ORL spécialisés dans les pathologies du vertige, ou mettant ensemble leurs compétences dans une clinique spécialisée dans les vertiges) favorise la prise en charge adéquate et réduira les risques de chronicisation du vertige.*
- *l'interrogatoire est capital: neuf fois sur dix, il donne une suspicion de diagnostic qui doit alors être confirmé par l'examen clinique (observation de la marche, examen neurologique, ORL, cardiovasculaire et général) et des explorations ciblées.*
- *un vertige associé à un quelconque signe neurologique est une urgence (p. ex. AVC).*
- *le diagnostic le plus fréquent trouvé en consultation est le VPPB dû aux cristaux qui se sont détachés de leur emplacement normal, spontanément ou par traumatisme (après une chute p.ex.) ou par dégénération (âge ou maladie d'oreille interne) et ont migré dans un des 6 canaux semi-circulaires du vestibule. Le diagnostic est rapidement trouvé par examen des mouvements oculaires en couchant et tournant la tête du patient dans les plans de l'espace correspondant aux plans des 6 canaux.*
- *la colonne cervicale ne génère pas de vertiges rotatoires, mais sa musculature se contracte et devient douloureuse à force que le patient se fige dans ses mouvements afin d'éviter la survenue de vertiges désagréables.*
- *les explorations radiologiques et par IRM servent à détecter des pathologies (tumeurs, sclérose en plaques, AVC) après un examen clinique trouvant des symptômes et signes orientant vers un tel diagnostic. Ces examens radiologiques ne sont donc pas indiqués dans tous les cas.*
- *les traitements par un kinésithérapeute spécialisé en thérapie vestibulaire sont souvent utiles: ils utilisent la plasticité du système nerveux central, c.-à-d. sa capacité à développer de nouvelles stratégies d'équilibration face à une atteinte du système vestibulaire périphérique. Le développement de stratégies de compensation facilite la vie quotidienne des patients et redonne de la confiance au patient pour se mobiliser tout en réduisant l'anxiété.*
- *Les traitements médicamenteux ne sont utiles que dans certaines affections (p. ex névrite, migraine, Menière) et le traitement anti-vertigineux d'une crise violente par des médicaments sédatifs (p.ex. valium) doit être de durée courte, afin de permettre après la phase aiguë l'installation de la compensation centrale par les centres nerveux, qui doit être stimulée rapidement par la mobilisation du patient.*

## CONTACT

La Clinique du Vertige à Esch-sur-Alzette est spécialisée en toutes formes de vertige. Vous y serez pris en charge par une équipe multi-disciplinaire.

Alternativement, vous pouvez consulter un oto-rhino-laryngologiste ou un neurologue de votre choix.

## CLINIQUE DU VERTIGE

Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), Bâtiment Buggi, niveau 1

**Tél.: 57 11-1**

Il y a deux possibilités pour les patients venants de l'extérieur de prendre un rdv à la clinique du vertige:

Soit de faxer leur ordonnance au:

**FAX: 57 11 77 75 9**

---

Soit de prendre rdv directement au cabinet d'un des trois médecins y travaillant:

Dr BILDORFF Alexandre,  
Neurologue  
(Cabinet médical à Esch/Alzette)

**Tél.: 54 44 49-1**

Dr HIPPERT Marc, O.R.L.  
(Cabinet médical à Esch/Alzette)

**Tél.: 54 48 44-1**

Dr MAJERUS Jacques, O.R.L.  
(Cabinet médical à Differdange)

**Tél.: 58 80 10**