



PRISE EN CHARGE D'UN VERTIGE

Dr Sophie Boucher, Dr Elena-Laure Lemaitre, Dr Margaux Ryckeboer, Dr Patrick Miroux

1. OBJECTIFS

Protocole standardisé pour la prise en charge des vertiges aux urgences.

- Examen des patients présentant un syndrome vestibulaire : aigu ou récidivant / spontané ou provoqué.
- Discrimination des étiologies centrales ou périphériques à l'aide d'un outil d'aide à la décision médicale, au lit du patient : le HINTS.
- Réalisation des manœuvres diagnostiques et thérapeutiques dans le cadre des VPPB.
- Augmentation de la pertinence du recours à l'imagerie et aux avis spécialisés.

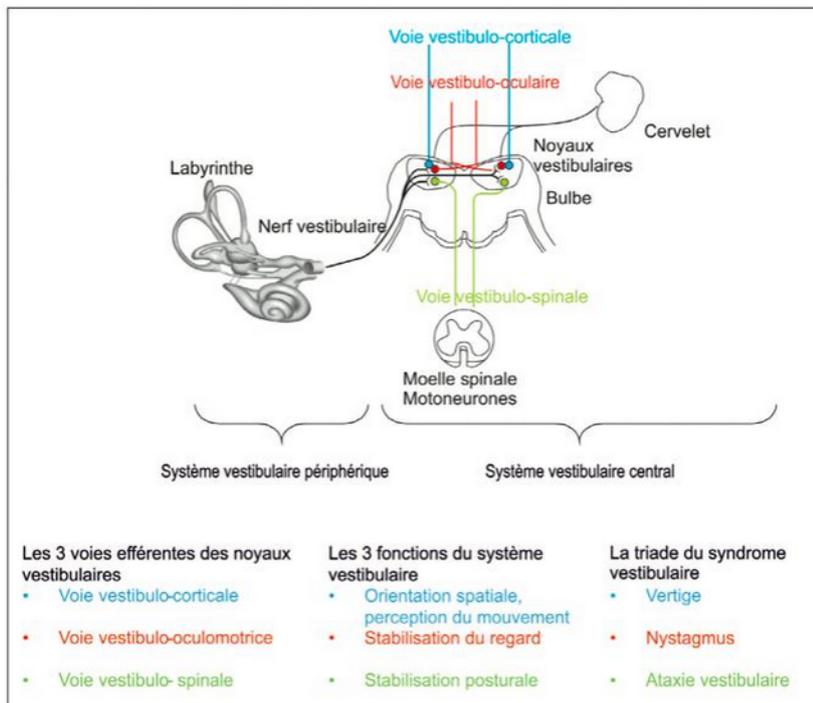
1

2. DÉFINITIONS

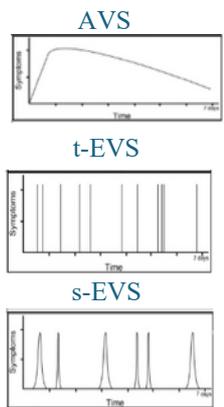
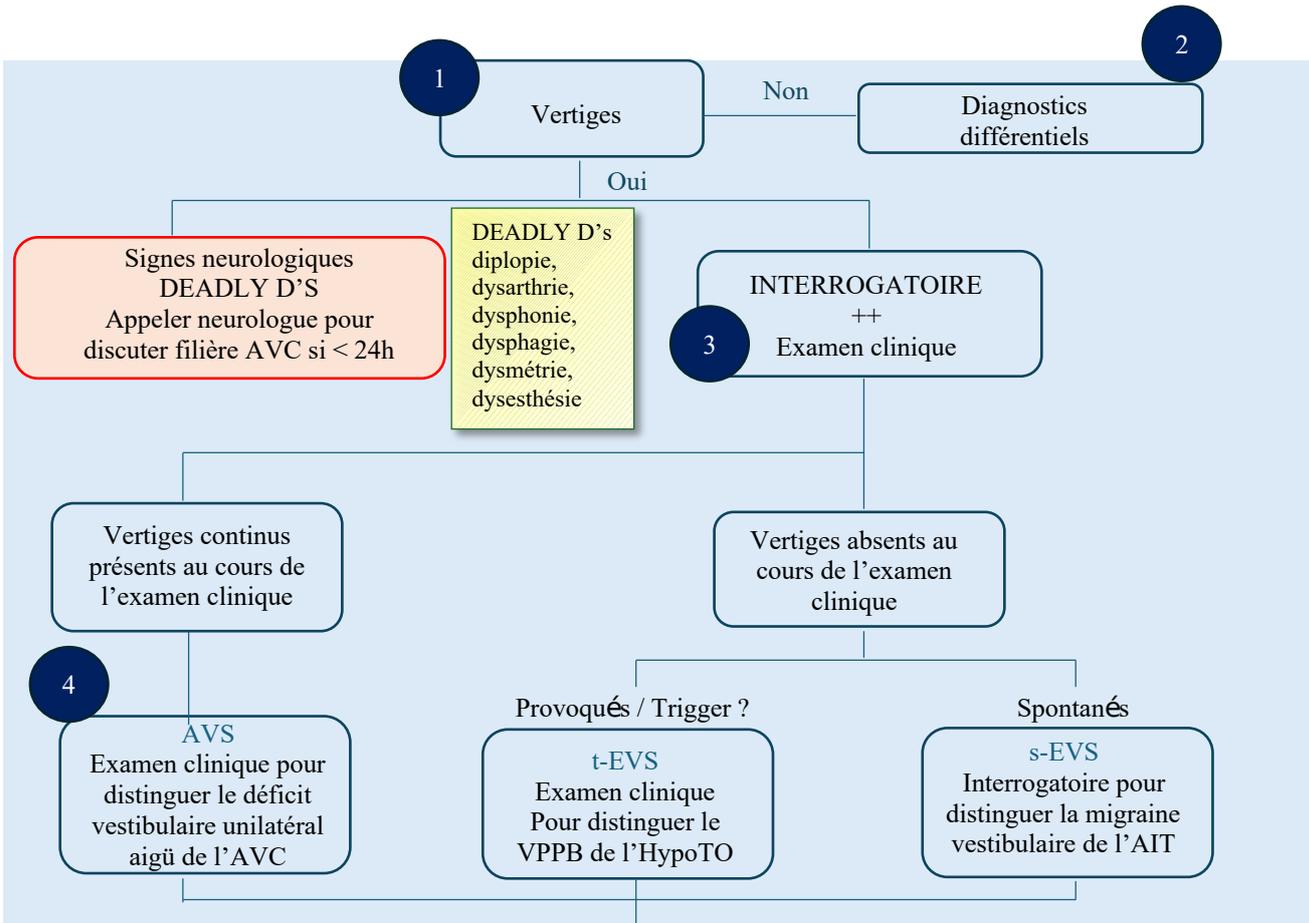
La sensation de vertige est une illusion de déplacement du sujet par rapport aux objets environnants ou des objets environnants par rapport au sujet.

Un vertige peut résulter d'une atteinte du système vestibulaire comportant :

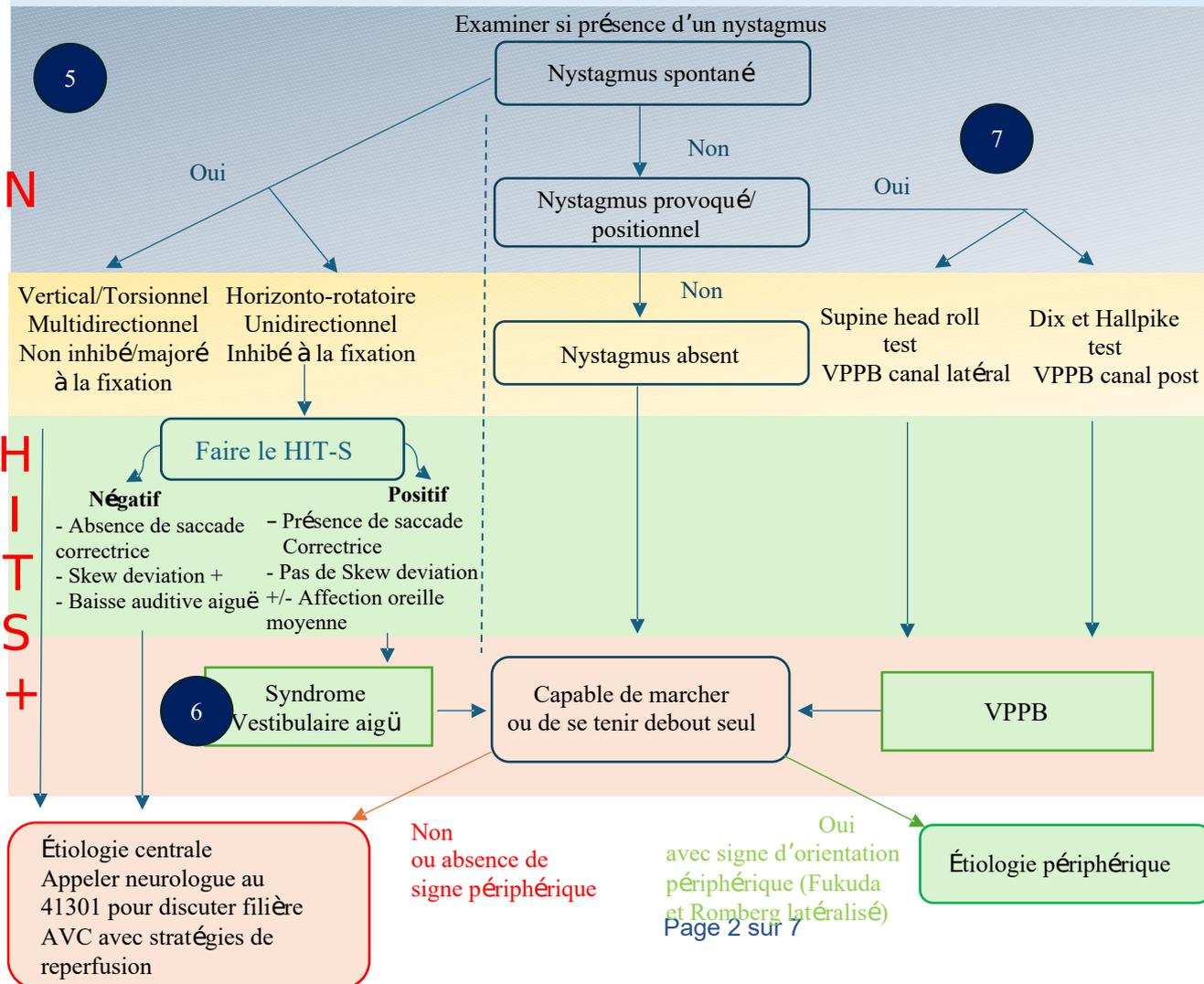
- le labryrinthe vestibulaire (canaux semi-circulaires, utricule, saccule): vertige paroxystique positionnel bénin, maladie de Ménière, labyrinthite...
- le nerf vestibulaire : schwannome vestibulaire, déficit vestibulaire unilatéral aigu
- les voies vestibulaires centrales dans le tronc cérébral ou le cervelet : AVC ischémique ou hémorragique, tumeur, migraine...



3. APPROCHE DIAGNOSTIQUE DU PATIENT VERTIGINEUX



STANDING ALGORITHM



- 1 : Présence d'un nystagmus ?
- 2 : Caractéristiques du nystagmus
- 3 : Si HIT indiqué, Résultats ?
- 4 : Le patient peut-il marcher et se tenir debout seul ?

HIT-S +

N

Étiologie centrale
Appeler neurologue au 41301 pour discuter filière AVC avec stratégies de reperfusion

Non ou absence de signe périphérique

Oui avec signe d'orientation périphérique (Fukuda et Romberg latéralisé)
Page 2 sur 7

Étiologie périphérique

DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS

Éliminer un pseudo-vertige :

- Lipothymie, malaise vagal, syncope
- Hypoglycémie
- Hypotension orthostatique, dysautonomie
- Médicaments ototoxiques : aminosides, diurétiques de l'anse, minocycline, anticomitiaux
- Manifestation phobique, angoisse

INTERROGATOIRE

- Circonstances d'apparition : brutal/progressif, spontané/provoqué
- Horaires de début des symptômes / durée de la symptomatologie vertigineuse
- Antécédents et facteurs de risque cardiovasculaires, antécédents otologiques
- Contexte : Traumatisme, chirurgie (cas des dissections vertébrales chez le sujet jeune sans FdR CV), manipulation cervicale, otite
- Antécédent de prise en charge ORL
- Signes neurologiques associés : **the DEADLY D'S** (diplopie, dysarthrie, dysphonie, dysphagie, dysmétrie, dysesthésie).

EXAMEN CLINIQUE : recherche d'un syndrome vestibulaire

Syndrome vestibulaire périphérique

- Syndrome vestibulaire dit harmonieux.
- Signe de Romberg labyrinthique, déviation des index, latéropulsions à la marche, se font du côté lésé, du même côté que la secousse lente du nystagmus (c'est-à-dire du côté opposé à la secousse rapide qui définit le sens du nystagmus).
- Sémiologie cochléaire souvent présente : acouphène, hypoacousie.
 - ⚠ Une atteinte de l'AICA (artère cérébelleuse antéro-inférieure) peut engendrer une hypoacousie ou surdité brutale.

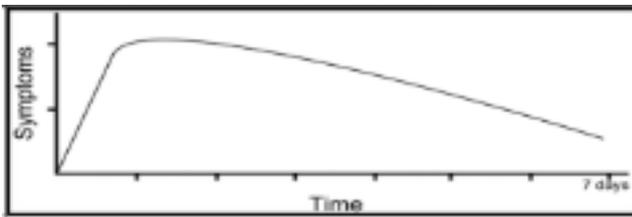
Syndrome vestibulaire central

- Syndrome vestibulaire dit dysharmonieux.
- Nystagmus multidirectionnel, vertical, torsionnel, gaze-nystagmus et déviation des index, signe de Romberg absents ou non systématisés.
- Signes neurologiques : faire l'examen neurologique complet, recherche d'anomalie des paires crâniennes, **DEADLY D'S : diplopie, dysarthrie, dysphonie, dysphagie, dysmétrie, dysesthésie.**
- Céphalées, cervicalgies

4.1 SYNDROME VESTIBULAIRE AIGÛ (AVS)

Syndrome clinique de vertiges continus d'apparition aiguë, d'une durée de quelques jours à quelques semaines et présentant généralement des caractéristiques suggérant un dysfonctionnement nouveau et permanent du système vestibulaire. Aux urgences, ils sont symptomatiques même au repos.

Il est impératif de rechercher la présence d'un nystagmus et de réaliser le HIT-S **uniquement si** nystagmus présent afin de discriminer l'AVC du Déficit Vestibulaire Unilatéral Aigü (DVUA : anciennement dénommé névrite vestibulaire). ⚠



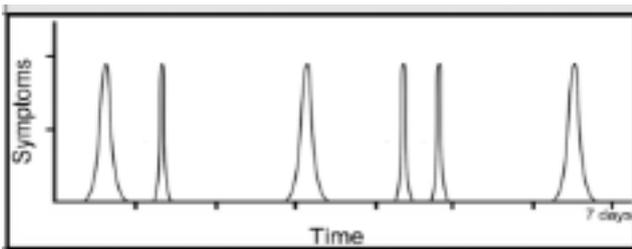
4.2 SYNDROMES VESTIBULAIRES ÉPISODIQUES : SPONTANÉ et PROVOQUÉ

Syndromes cliniques de crises de vertiges multiples et récurrentes, qui peuvent être spontanées ou déclenchées. Si le patient se présente lors d'une première crise et qu'il est activement symptomatique, on parlera de syndrome vestibulaire aigu.

4.2.1 Syndrome vestibulaire épisodique spontané (s-EVS)

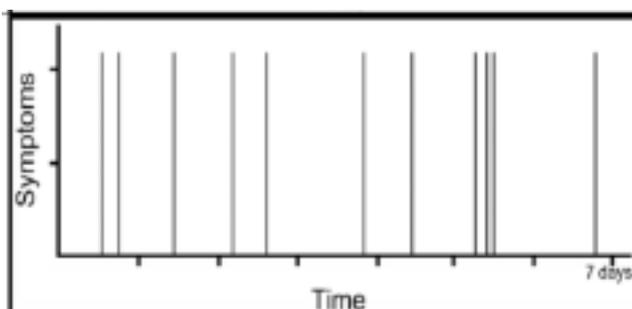
Un syndrome clinique de vertiges transitoires qui dure généralement de quelques minutes à quelques heures et qui s'accompagne généralement de nausées et de vomissements, d'une instabilité posturale et d'un nystagmus. Les crises sont généralement multiples et récurrentes, avec des épisodes répétés, mais peuvent se manifester après une première crise. Il n'y a pas de déclencheur clair de ces crises. Aux urgences, ces patients sont généralement asymptomatiques au repos.

Si suspicion d'AIT, il est recommandé d'utiliser angioscanner cérébral avec TSA pour surveillance de la circulation vertébro-basilaire.

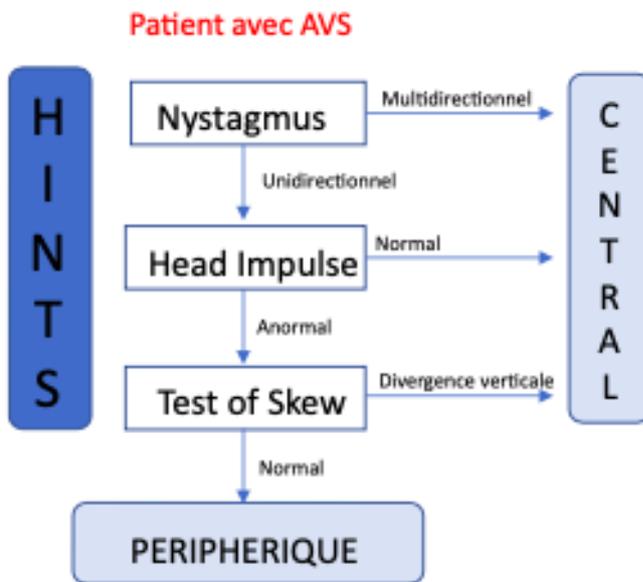


4.2.2 Syndrome vestibulaire épisodique provoqué (t-EVS)

Syndrome clinique de vertiges brefs et transitoires qui durent de quelques secondes à quelques minutes et qui s'accompagnent généralement de nausées et de vomissements, ainsi que d'une instabilité posturale. Les crises sont généralement multiples et récurrentes, avec des épisodes répétés, mais certains patients peuvent se présenter après une première crise. Ces crises ont un déclencheur positionnel clair, généralement un mouvement de la tête ou le fait de se lever. Aux urgences, ces patients sont généralement asymptomatiques au repos, mais les symptômes peuvent être déclenchés au chevet du patient.



⚠ Utilisation du HINTS **uniquement** si présence d'un nystagmus.



1. Commencer par la recherche d'un nystagmus et de ses caractéristiques

- Observation des yeux dans chaque direction du regard, pendant au moins 10 secondes, **en interrompant la fixation.**
- Nystagmus d'allure central : gaze-nystagmus, multidirectionnel, torsionnel, vertical, horizontal pur ou rotatoire pur, non inhibé ou augmenté à la fixation.
- Nystagmus d'allure périphérique : spontané, inhibé à la fixation, horizonto-rotatoire
- Si absence de nystagmus, évaluation de la gravité de l'instabilité de la marche.

2. Head Impulse Test (HIT)

- Évaluation de la fonction vestibulaire et du réflexe vestibulo-oculaire (RVO).
- Brusque rotation de la tête (10-20°) effectué par l'examineur pendant que le patient fixe un objet stationnaire.
- Atteinte périphérique : réflexe vestibulo-oculaire lésé → saccade de refixation oculaire
- Atteinte centrale : réflexe vestibulo-oculaire intègre → absence de saccade de refixation.

3. Skew deviation

- Désalignement oculaire vertical résultant d'une atteinte des voies graviceptiques qui vont de l'oreille interne homolatérale au thalamus controlatéral décussant à mi pont.
- La présence d'un torticolis associé à une skew deviation s'appelle une Ocular TILT reaction (OTR).
- La divergence verticale signe une atteinte centrale.



4. + : Test d'audition par frottement des doigts

- Recherche d'une hypoacousie ou surdité.
- Surdité brutale associée à un vertige → ⚠ à l'atteinte de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure.
- Otoscopie : élimination OMA, cholestéatome, vésicules herpétiques.

SYNDROME VESTIBULAIRE AIGÛ (AVS)

1. DVUA : Déficit Vestibulaire Unilatéral Aigu (anciennement nommé névrite vestibulaire)

- Nystagmus horizontal (avec composante rotatoire) avec battement toujours du même côté,
Et HIT retrouvant une saccade de refixation oculaire du côté atteint,
Et absence de skew deviation,
Et absence d'anomalie au test d'audition.
- Absence d'examen complémentaire en urgence
- Prise en charge thérapeutique par TANGANIL 500 mg, jusqu'à 8 comprimés en si besoin pendant 15 jours
- Kinésithérapie vestibulaire (cf. annexe : liste des kinésithérapeutes).

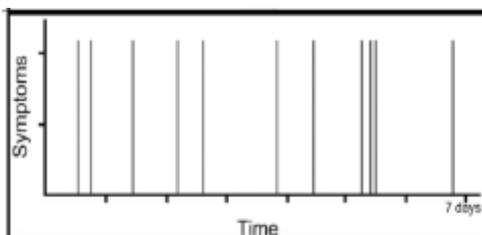
2. AVC

- Nystagmus vertical, torsionnel ou multidirectionnel, gaze nystagmus
Et/ou HIT ne retrouvant pas de saccade de refixation
Et/ou Présence d'une skew deviation
Et/ou Perte d'audition (possible si atteinte de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure (AICA)).
- Atteinte des paires crâniennes : DEADLY D'S ⚠

- Appel du neurologue d'alerte thrombolyse (41301) si symptomatologie brutale au réveil ou vertiges d'apparition brutale dans les 24h et déficit neurologique +/- DEADLY D's. Les atteintes vertébro-basilaires pouvant faire discuter de traitement plus tardif.
- Si délais > 24h : demander Angioscanner cérébral avec TSA.

SYNDROMES VESTIBULAIRES EPISODIQUES

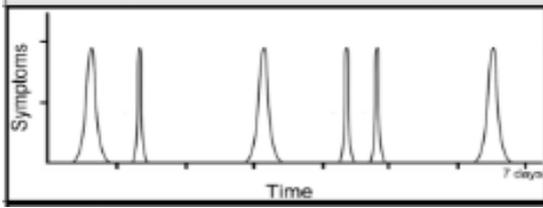
- PROVOQUÉS (Trigger) :



- Utilisation du test diagnostique de Dix-Hallpike pour diagnostic du VPPB postérieur et du Supine Head Roll test (Roulis) pour les VPPB du canal latéral.
- Vertiges positionnels et brefs de quelques secondes à 2 minutes.
- VPPB du canal postérieur : nystagmus vertico-rotatoire, crescendo-decrescendo, s'arrête en moins d'une minute, s'inverse en position assise (soit vertico-rotatoire inférieur).
- VPPB du canal latéral : nystagmus géotropique (battant vers le sol), crescendo-decrescendo, s'arrête en moins de 2 minutes.
- Traitement du VPPB postérieur : Réalisation de la manœuvre libératoire d'Epley.
- Orientation vers kiné vestibulaire si diagnostic certain et vertiges persistants malgré manœuvre libératoire faite aux urgences.

⚠ Diagnostique différentiel : Éliminer une hypotension orthostatique.

- **SPONTANÉS :**



- De quelques minutes à quelques heures (récurrents) : Maladie de Ménière, Migraine vestibulaire, AIT
- **Maladie de Ménière :** Plus de 2 crises de 20min à 12h ou crises de Tumarkin
 Surdité de perception d'au moins 30dB (unilatéral) ou 35dB (bilatéral) sur les fréquences < 2000 Hz.
 Fluctuations des symptômes otologiques (audition, acouphènes, plénitude)
- **Migraine vestibulaire :** Plus de 4 épisodes de symptômes vestibulaires d'intensité modérée à sévère de 5 min à 72h.
 Histoire actuelle ou antécédent personnel ou familial de migraine.
 Au moins un critère de migraine suivant présent dans au moins 50% des épisodes vestibulaire :
 céphalées (unilatérale/pulsatile/modérée à sévère/aggravée à l'effort habituel) / photo ou phonophobie / aura visuelle
- **AIT :** vertiges brutaux, absence de terrain migraineux, calcul ABCD2

7. REFERENCES

- Saber Tehrani AS, Kattah JC, Mantokoudis G, et al. Small strokes causing severe vertigo: frequency of false-negative MRIs and non-lacunar mechanisms. *Neurology*. 2014;83:169-173.
- Cait D, et al. Diagnostic accuracy of the HINTS exam in an emergency department: A retrospective chart review. *Acad Emerg Med*. 2020 Nov 10.
- Newman-Toker et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc*. 2008
- Kerber et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke*. 2006
- Navi et al. Rate and predictors of serious neurologic causes of dizziness in the emergency department. *Mayo Clin Proc*. 2012

8.

