

Une stratégie qui peut donner le vertige!

D'un problème fréquent et le plus souvent bénin, la stratégie que vous allez lire développe des démarches diagnostiques assez complexes: la stratégie sur le vertige peut donner le vertige!

Trois éléments rendent les vertiges difficiles à gérer dans la consultation:

- c'est un symptôme commun et souvent présenté au médecin;
- les difficultés de communication peuvent être importantes, car ce que le patient vit est difficile à confirmer par l'examen;
- enfin, cela peut être un symptôme bénin et transitoire, ou un signe annonciateur d'une maladie grave.

Pour le diagnostic, avant d'arriver à la conclusion d'un vrai vertige, il convient d'exclure les causes de sensations vertigineuses. Celles-ci sont l'hypertension ou à l'inverse les chutes de tension, l'anémie, l'hypoglycémie, les causes psychogènes (attention à la consommation d'alcool ou de médicaments!), ou même des bouchons de cire dans les conduits auditifs. Il existe aussi des causes neurologiques: hypertension intracrânienne (vérifier les fonds d'œil), aura épileptique, ou migraine. Après avoir exclu tout cela, on peut commencer à lire la stratégie.

Le diagnostic précis du vertige vrai n'est pas simple. La présence d'un nystagmus est parfois difficile à affirmer; un signe plus sensible est l'épreuve de Romberg. Ensuite, il faut déterminer le côté de la lésion: si le plus souvent le nystagmus «fuit» la lésion, ce

n'est pas toujours le cas, comme dans la maladie de Ménière. Enfin, pour mieux établir le diagnostic, je me sens rarement le courage de faire subir au patient/e la gymnastique assez barbare des manœuvres de Dix-Hallpike, ou de Eply (ces noms sont déjà un poème en soi!). En effet, chaque mouvement doit être très précis et justifié par un diagnostic clair (rien n'empêche de les apprendre ... avec démonstration pratique à l'appui). Il me paraît plus efficace de se contenter d'une manœuvre plus simple (Semont): assis au bord du lit, le patient se couche rapidement sur le côté qui déclenche le vertige pendant 30 secondes, puis s'assied et bascule de l'autre côté où il reste également 30 secondes. Cette dernière manœuvre a en outre la vertu de pouvoir être thérapeutique, dans le cas de cupulolithiase.

Faire un diagnostic précis de crise de vertige demande une anamnèse fouillée, et un examen approfondi. Tout cela prend beaucoup de temps, ce qui est parfois difficile en médecine de premier recours. Si bien que l'on peut être tenté de démarrer la prise en charge sans un diagnostic causal très précis, et de se baser sur l'évolution des symptômes au fil du temps pour arriver au diagnostic définitif.

Finalement, face à un problème le plus souvent bénin, le médecin de premier recours envoie assez rarement les patients vertigineux au spécialiste, sauf en cas de récurrences ou de mauvaises évolutions.

François Mottu

Apropos

Conformément au contrat-cadre TARMED (Article 11, alinéa 8 g) signé le 5.6.02 par SantéSuisse et la FMH, puis accepté par le Conseil fédéral en automne 2003, les factures des médecins relatives à des traitements ambulatoires doivent comporter les diagnostics selon le code agréé.

Ce code correspond pour l'heure dans toute la Suisse, au

Code tessinois

Codes diagnostics pour traitements ambulatoires,

pour autant qu'aucune autre disposition n'ait été prévue dans le contrat d'adhésion cantonal au contrat cadre avec SantéSuisse. Le code tessinois peut être téléchargé depuis la page d'accueil de la FMH à l'adresse suivante: http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/annexe4b_diagnostic.pdf – Annexe 4b

BK