



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) ↓ «systématique» organique (vestibulaire)	Dizziness ↓ 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 (infarctus 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](http://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