

LA SYMPTOMATOLOGIE VERTIGINEUSE :

UN TROUBLE FONCTIONNEL ?

BONIVER R (1)

RÉSUMÉ : La pathologie vertigineuse peut être séparée en deux grandes entités. Le vertige vrai, sensation rotatoire, «vertigo» des auteurs anglo-saxons et l'instabilité, «dizziness» des mêmes auteurs. L'anamnèse est la clé du diagnostic, précisée par des explorations fonctionnelles. En pratique, 10 % des patients vertigineux sont référés aux médecins spécialistes. Une mauvaise explication de la pathologie au patient peut entraîner des troubles fonctionnels importants qui peuvent évoluer en troubles psychologiques.

MOTS-CLÉS : *Vertige rotatoire - Instabilité - Anamnèse - Diagnostic - Troubles fonctionnels - Troubles psychologiques*

VERTIGO AND DIZZINESS : FUNCTIONAL DISORDERS ?

SUMMARY : Symptoms of vertigo and dizziness may arise from a dysfunction of the vestibular system in the inner ear but many or even most of them don't. The medical interrogatory is a key step for the diagnosis, combined with functional tests. Around 10 % of patients with vertigo are referred to specialists. They are a lot of psychogenic dizzy symptoms. The importance of a reassuring dialogue with the patient is of prime importance to avoid the development of functional or psychological imbalance.

KEYWORDS : *Vertigo - Dizziness - Diagnosis - Functionnal disorder - Medical interrogatory - Psychological disorder*

INTRODUCTION

On considère actuellement que 4 % des patients qui se présentent au département d'urgence des hôpitaux se plaignent de troubles de l'équilibre (1). Aux Etats-Unis, cela correspond à une population d'environ 4 millions de visites par an. En médecine générale, environ 10 % des patients vertigineux sont référés aux médecins spécialistes (2). Or, parmi ces patients ébrieux, environ 50 % ont un diagnostic en relation avec un problème d'oreille. Le rôle du premier médecin qui reçoit un patient vertigineux est essentiel, car c'est lui qui va orienter l'évolution de la symptomatologie dans un sens ou dans l'autre. Une erreur de diagnostic ou un diagnostic trop tardif va entraîner, chez le malade, la persistance de symptômes très désagréables qui perturberont son état psychologique. Il peut en résulter un trouble fonctionnel important. Le médecin devra distinguer :

- soit la présence d'un vrai vertige, c'est-à-dire d'une sensation rotatoire,
- soit la présence d'un état d'ébriété, d'instabilité.

LE VERTIGE ROTATOIRE

Le vertige rotatoire correspond au «vertigo» des auteurs anglo-saxons. Dans la majorité des cas, ce vertige est dû à un dysfonctionnement de l'oreille interne.

1) VERTIGE DE POSITION OU PAROXYSTIQUE BÉNIN

Le plus fréquent est le vertige de position, appelé vertige paroxystique bénin (3-5), qui se déclenche en passant de la position couchée à la position debout ou de la position debout à la position couchée, ou à tout changement de position. Il est brutal, très stressant, car la sensation rotatoire est dérouterante et peut s'accompagner de troubles neurovégétatifs importants. Dans la majorité des cas, il est très bref, dure de quelques secondes à quelques minutes, et récidive dès que le patient change de position.

Le médecin observera, en faisant réaliser à son patient la position déclenchante, un nystagmus qui confirmera le diagnostic, nystagmus qui a des caractéristiques très précises quand il est bénin :

- il apparaît après une à quelques secondes;
- il est horizontal, rotatoire vers l'oreille la plus basse;
- il s'accompagne de sensations vertigineuses importantes;
- il diminue progressivement en quelques secondes;
- il s'inverse au redressement de la position.

(1) Professeur Honoraire invité, Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, CHU Liège, Belgique.

Si l'une de ces caractéristiques est absente, le médecin s'empressera de demander un avis ORL, car ce nystagmus de position, apparemment bénin, peut être alors le signe d'une lésion du système nerveux central.

Le médecin rassurera son patient sur la bénignité de l'affection, mais, idéalement, il devra prendre l'avis d'un spécialiste, afin de déterminer exactement l'origine de ce nystagmus.

Ce vertige est produit par la libération, dans l'endolymphe, de débris de la membrane de la cupule utriculaire (cupule qui surmonte les cils de l'utricule réagissant aux accélérations linéaires), débris qui vont stimuler les crêtes sensorielles d'un des autres canaux semi-circulaires, le plus souvent le canal semi-circulaire postérieur, plus rarement l'horizontal et encore plus rarement l'antérieur, stimulation qui déclenche les sensations vertigineuses et les nystagmus.

La localisation du canal atteint est primordiale, car si le kinésithérapeute agit sur le canal postérieur, alors que les particules se trouvent dans le canal horizontal, il va les projeter dans les autres canaux et aggraver la pathologie et le traitement en sera d'autant plus difficile. Les gestes doivent être précis et sont bien codifiés.

2) VERTIGE SPONTANÉ SANS CHANGEMENT DE POSITION

Si le vertige rotatoire survient brusquement, sans raison apparente, sans changement de position, il peut être intense et s'accompagner de troubles neurovégétatifs (6). Sa durée peut être de plusieurs heures, voire quelques jours, en diminuant progressivement d'intensité.

A) VERTIGE ISOLÉ, SANS AUTRE SYMPTÔMES

Il est provoqué par une lésion d'un des canaux semi-circulaires de l'oreille interne, le plus souvent le canal horizontal, déclenchant un nystagmus parfaitement observable par le médecin, nystagmus qui sera le signe objectif de l'origine du vertige. L'étiologie la plus fréquente en est la névrite vestibulaire (neuronite).

Le traitement, pendant les premières heures, doit être un traitement symptomatique pour calmer les nausées, les vomissements et la sensation de stress importante que le malade présente. Ensuite, au plus vite, il faut entreprendre un traitement de rééducation vestibulaire par kinésithérapie pour faciliter les mécanismes de compensation de ce déficit labyrinthique, compensation qui se réalise au niveau des noyaux vestibulaires. Une série d'exercices bien codifiés va améliorer rapidement le patient.

B) VERTIGE SUR TERRAIN MIGRAINEUX

Des crises rotatoires brutales peuvent survenir également chez des patients à terrain migraineux qui ont présenté, notamment, des migraines dans l'enfance (7). Contrairement aux autres pathologies révélées ci-dessus, le diagnostic en est anamnestique, car, entre les crises, les examens du système vestibulaire sont négatifs. Le traitement en est celui de la migraine classique.

C) VERTIGE ASSOCIÉ À UN SYNDROME NEUROLOGIQUE

Si ce vertige rotatoire brutal a un syndrome neurologique associé, tel que le début d'une hémiparésie, il peut être lié à un accident vasculaire cérébral, au niveau du tronc cérébral, et une hospitalisation d'urgence dans un service neurologique est indispensable.

D) VERTIGE ACCOMPAGNÉ DE TROUBLES AUDITIFS

Maladie de Ménière

Si le vertige s'accompagne de troubles auditifs, on évoquera alors une affection qui s'appelle «la maladie de Ménière». Elle peut être soit primitive, soit secondaire à un trouble métabolique général (8). Il faut donc d'abord rechercher s'il s'agit d'une maladie primitive ou secondaire à une pathologie métabolique ou vasculaire.

Cette maladie de Ménière se distingue par la symptomatologie en triade suivante :

- apparition d'une sensation de pression dans l'oreille suivie d'une chute de l'ouïe;
- déclenchement d'un vertige rotatoire important, parfois accompagné de nausées, durant de plusieurs minutes à quelques heures;
- suivi d'une récupération de l'ouïe.

Ces crises vont se reproduire à fréquence variable suivant l'individu et, malheureusement, au fil des crises, l'ouïe va progressivement diminuer. En effet, cette maladie est due à la répétition, dans l'oreille interne, d'une augmentation de pression dans l'endolymphe qui va progressivement détruire les cellules ciliées de l'oreille interne. Des acouphènes vont apparaître.

Le traitement en est essentiellement médical. Il existe un traitement à établir les premiers jours pour essayer de réduire cette pression endolymphatique sous forme de corticoïdes et de diurétiques.

Si cette maladie se prolonge, d'autres thérapeutiques sont à envisager par le médecin spécialiste ORL.

Vertiges liés à une pathologie de l'oreille

S'il existe des vertiges rotatoires brefs liés à une pathologie de l'oreille, il peut s'agir, entre autres origines :

- d'une malformation de l'oreille interne, comme, par exemple, le cas très rare d'une anomalie des canaux semi-circulaires, appelée «déhiscence», c'est-à-dire une dilatation anormale d'un canal semi-circulaire;
- d'une fistule dans l'oreille moyenne au niveau des fenêtres rondes ou ovales, ce qui peut se produire soit de façon congénitale, soit à la suite d'un traumatisme;
- d'une atteinte de l'oreille interne par l'évolution d'une affection chronique de l'oreille moyenne.

L'INSTABILITÉ

Le patient se présente avec une notion d'instabilité non rotatoire, sensation que décrivent parfaitement les anglo-saxons sous le nom de «dizziness».

L'anamnèse est essentielle (9). Le médecin doit interroger le patient sur l'existence antérieure de crises rotatoires, et dans quels cas l'instabilité persistante est due à la mauvaise compensation de l'affection labyrinthique antérieure. Il doit également rechercher l'existence d'une surdité unilatérale. Toutes ces symptomatologies nécessitent l'avis d'un médecin ORL. Il en va de même de la nécessité de se renseigner sur la prise de médicaments ototoxiques qui sont assez nombreux (10). À ce sujet, il faut citer l'hydroxychloroquine dont on a fait usage, abusivement, dans le traitement de la COVID.

Pour rappel, les centres de l'équilibre, appelés noyaux vestibulaires, se trouvent dans la partie haute du tronc cérébral et reçoivent des informations des organes de l'équilibre de l'oreille interne :

- des canaux semi-circulaires répondant aux accélérations rotatoires;
- de l'utricule répondant aux accélérations linéaires, dont la force de gravité;
- du saccule répondant aux vibrations.

Leur fonctionnement est dépendant du bon état du système nerveux central et, notamment, du cervelet qui est «l'ordinateur de contrôle». Il existe, par ailleurs, de multiples connexions, en particulier avec les noyaux oculomoteurs. Ce fonctionnement sera altéré par différents mécanismes lors d'affections neurologiques dégénératives ou auto-immunes.

Ces noyaux vestibulaires sont également directement en relation avec :

- tout le système proprioceptif : par exemple, une gonarthrose va entraîner une instabilité;
- tout le système visuel : des sensations d'instabilité importantes peuvent se produire lors de la mise en place de verres progressifs, nécessitant parfois une adaptation qui peut durer plusieurs semaines. Des troubles des muscles oculomoteurs peuvent entraîner une instabilité;
- le métabolisme : perturbations de la glycémie, anémie, troubles cardio-vasculaires et tensionnels;
- une «intoxication» des centres vestibulaires par différents médicaments, comme les anti-dépresseurs, les médicaments anti-hypertenseurs, les médicaments anti-inflammatoires, ainsi que l'alcool sous toutes ses formes.

DISCUSSION

Il est fondamental que le médecin se trouvant en face d'un patient vertigineux l'écoute et l'examine de façon attentive, en retenant deux points fondamentaux :

- 1) tout mouvement oculaire anormal de type nystagmus doit être exploré par un médecin-spécialiste;
- 2) toute sensation d'instabilité liée à des antécédents de vertiges rotatoires doit être explorée par un bilan complémentaire, incluant la mesure de la pression artérielle, l'auscultation cardiaque, les recherches de troubles métaboliques ou d'intoxication risquant de perturber les mécanismes de compensation de la pathologie vestibulaire.

La symptomatologie vertigineuse est une symptomatologie anxiogène. La grande crise de vertiges rotatoires est particulièrement stressante. Plus vite un traitement est instauré, plus vite la symptomatologie va disparaître. Si l'on n'explique pas au patient l'origine de ses symptômes et les exercices éventuels à faire pour y remédier, il entre dans une spirale psychologique négative et risque de développer des séquelles psychologiques importantes.

Je rappellerai, comme je l'ai écrit dans la publication de la Revue Médicale de Liège en 2011, qu'il existe des troubles psychologiques importants à distinguer des vertiges où la causalité a été mise en évidence (11).

Il s'agit :

- de désordres de panique;
- de l'agoraphie;

- de l'acrophobie;
- et de vertiges posturaux phobiques.

Cette pathologie mise en évidence par Brandt, en 1986 (12), est très fréquente dans sa statistique. Elle représentait 15 % des vertiges pour lesquels il était consulté en tant que neurologue.

En voici les caractéristiques.

Le diagnostic du vertige postural phobique se base sur la présence de six caractères :

1) Sensations d'instabilité à la station debout ou à la marche, sans anomalie démontrée par les tests cliniques d'équilibre et la posturographie statique.

2) Instabilité continue fluctuante ou épisode de quelques secondes à quelques minutes, ou sensations de rotation transitoire sans facteur déclenchant.

3) Épisodes pouvant survenir spontanément, souvent déclenchés par une stimulation physique, par exemple le passage sur un pont, être dans une pièce vide, se promener dans une rue déserte ou une situation sociale particulière, telle qu'un concert ou dans un magasin, situation que le patient peut difficilement éviter et reconnaît comme facteur favorisant.

4) Épisode pas toujours accompagné d'anxiété, mais souvent de troubles végétatifs.

5) Patients qui présentent une personnalité de type obsessionnel compulsif, de dépression moyenne et d'émotivité importante.

6) Cette affection débute souvent suite à un stress émotionnel important, une maladie grave, ou peut être la conséquence d'une lésion vestibulaire ignorée du patient.

CONCLUSION

Dans la pathologie de l'équilibre, les troubles fonctionnels peuvent être la conséquence d'un diagnostic inapproprié ou de la présence d'une pathologie mal expliquée au patient. Ils peuvent évoluer vers des troubles psychologiques, entraînant la persistance de ces symptômes et une détresse psycho-affective importante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Edlow JA. Diagnostic algorithm for patients presenting with acute dizziness : The ATTEST method. In : Micieli G., Cavallini A., Ricci S., et al, editors. Decision algorithms for emergency neurology. 1st edition. Cham: Springer; 2021. P225-51.
2. Jayarajan V, Rajenderkumar D. A survey of dizziness management in general practice. *J Laryngol Otol* 2003;**117**:599-604
3. Von Brevern M, Bertholon P, Brandt Th, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: diagnostic criteria. *J Vestib Res* 2015;**25**:105-17.
4. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;**156** (Suppl 3):S1-S47.
5. Boniver R. Benign paroxysmal positional vertigo. State of the art. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1998;**52**:281-9.
6. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms : towards a international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res* 2009;**19**:1-13.
7. Lempert Th, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vestib Res* 2012;**22**:167-72.
8. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung W-H, et al. Diagnostic criteria for Meniere's Disease. *J Vestib Res* 2015;**25**:1-7.
9. Staab J.F. Diagnostic criteria for persistent postural perceptual dizziness. *J Vestib Res* 2017;**27**:113-25.
10. Jiam NT, Murphy OC, Gold DR, et al. Nonvestibular dizziness. *Otolaryngol Clin North Am* 2021;**54**:999-1013.
11. Boniver R. Vertiges et répercussions psychologiques versus pathologies psychologiques et vertiges. *Rev Med Liège* 2011;**66**:470-3.
12. Brandt Th. Phobic postural vertigo in Vertigo, its multisensory syndromes. Springer Verlag. London Limited 2000. ISBN 3-540-19934-9, 464-479.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. Boniver R, rue de Bruxelles 21, 4800 Verviers, Belgique.
Email : r.boniver@skynet.be