

Algorithme décisionnel simple face à un vertige en urgence ?

Pierre BERTHOLON (CHU Saint Etienne)

Le fait de voir un patient vertigineux en urgence est une chance, car il est alors habituellement aisé de diagnostiquer une atteinte vestibulaire périphérique (ORL) d'une atteinte neurologique centrale par le simple examen clinique. De façon schématique, mais adapté à l'urgence, il faut se souvenir qu'il existe essentiellement 2 modes de dysfonctionnement vestibulaire périphérique responsable de vertiges :

Le 1^{er} mode est l'atteinte spécifique d'un canal, c'est le domaine du vertige positionnel paroxystique bénin, qui constitue la 1^{ère} cause de vertiges (25 à 30 % des patients). Les patients se plaignent de vertiges, brefs, positionnels et les manœuvres positionnelles réalisées dans le plan du canal postérieur (et antérieur) ainsi que dans le plan du canal horizontal permettront de diagnostiquer le canal atteint.

Le 2^{ème} mode est l'atteinte globale de l'oreille interne ou du nerf vestibulaire, responsable de vertiges durant plus de 20 minutes, éventuellement associés à une atteinte auditive. C'est le vertige que l'on pourra observer dans une crise de maladie de Ménière, une névrite vestibulaire, une commotion ou une fracture labyrinthique... L'observation du classique syndrome vestibulaire harmonieux qui associe un nystagmus horizontal avec une petite composante rotatoire, surtout visible en l'absence de fixation (Vidéonystagmoscopie) à une déviation axiale, yeux fermés, du côté opposé au nystagmus, est essentiel au diagnostic. Il est maintenant indispensable de réaliser le test de Halmagyi-Curthoys, au lit du patient, sans aucun matériel, qui confirmera l'atteinte vestibulaire périphérique (saccade de rattrapage lors des rotations de la tête du côté atteint).

Lorsque l'examen clinique d'un patient vertigineux vu en urgence ne montre pas ces 2 modes de dysfonctionnement, il faudra alors suspecter une origine neurologique centrale, qui pourra être affirmée par d'autres tests cliniques (nystagmus central à la fixation oculaire, poursuite oculaire irrégulière, syndrome de Claude-Bernard-Horner, impossibilité à tenir debout, dysmétrie cérébelleuse...), et qui justifiera le plus souvent la réalisation d'une IRM encéphalique en urgence.

Cette stratégie diagnostique, basée sur des tests cliniques simples, permet de distinguer une atteinte ORL d'une atteinte neurologique centrale et de proposer un algorithme décisionnel adapté à l'urgence.