

Vertiges vestibulaires périphériques solutions et résolutions...

3

Jacques Bédard

– « Docteur, je suis étourdi. Ma labyrinthite recommence ! »

– « Vous avez n'importe quoi, SAUF une labyrinthite car une labyrinthite ne récidive JAMAIS ! »

LA DÉCOUVERTE du sous-symptôme spécifique de vertige (sensation de mouvement rotatoire ou instabilité dans l'espace) nous permet de dire que le problème à la source est d'origine vestibulaire périphérique ou a un lien avec le système nerveux central.

Toute maladie centrale ou périphérique causant des vertiges peut être accompagnée de nausées ou de vomissements d'intensité variable. De tels symptômes neurovégétatifs ne nous donnent aucune information utile dans le cadre de notre démarche diagnostique. Ils dépendent de la susceptibilité individuelle du patient et non de la maladie responsable.

Pour qu'un vertige soit d'origine centrale vasculaire (symptômes intermittents : ischémie cérébrale transitoire vertébrobasilaire), inflammatoire (symptômes fluctuants : sclérose en plaques) ou tumorale (symptômes progressifs : tumeur de l'angle pontocérébelleux), il faut qu'un autre symptôme ou un signe focal neurologique y soit associé.

Il est, en effet, impossible qu'un problème touche uniquement le noyau du nerf crânien VIII, sans

Le Dr Jacques Bédard, interniste, est professeur titulaire d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Il est consultant en médecine interne au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), au Centre de santé de Memphrémagog et à la Clinique médicale London. Il est également lauréat du Osler Award 2002 de la Société canadienne de médecine interne (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

Tableau I

Type 1 : Vertige

Origine vestibulaire périphérique

Origine centrale vasculaire

Symptômes et signes :

- ☉ Diplopie, dysarthrie et dysphagie
- ☉ Perte de vision des deux yeux
- ☉ Hémiparésie ou hypo-esthésie
- ☉ Ataxie – trouble de la coordination

Nystagmus (central ou périphérique)

En l'absence de symptômes ou de signes neurologiques focaux concomitants, un vertige est considéré comme étant d'origine vestibulaire périphérique.

qu'une structure avoisinante ne soit affectée, provoquant de la diplopie, de la dysarthrie, de la dysphagie, une hémiparésie ou hypo-esthésie, une perte de vision des deux yeux, une ataxie ou un nystagmus caractéristique (tableau I). Les vertiges d'origine neurologique centrale sont traités dans l'article du Dr Evoy intitulé « Vertiges d'origine centrale : sans anamnèse ni examen physique, point de diagnostic. »

En l'absence de symptômes ou de signes neurologiques focaux, tout vertige sera donc considéré comme étant d'origine vestibulaire périphérique.

Syndromes vestibulaires périphériques

Les troubles vestibulaires, souvent responsables de crises de vertige, comprennent la labyrinthite (la neuronite vestibulaire est considérée sur le même pied), le syndrome de Ménière, le neurinome de l'acoustique et le vertige positionnel bénin.

Il est habituel de faire un diagnostic précis de la maladie responsable, en déterminant la durée et la périodicité des crises de vertige (tableau II).

Tableau II

Type 1 : Vertiges vestibulaires périphériques

Syndrome	Durée	Récidive	Autres
Labyrinthite (neuronite vestibulaire)	2 jours – 2 sem	0	0
Neuronite récidivante	10 min – 20 h	+	0
Syndrome de Ménière	10 min – 20 h	++	Acouphènes (<i>tinnitus</i>), ↓ audition
Vertige positionnel bénin	< 1 min	+++	Provoqué par un changement de position

Ainsi, une crise de labyrinthite (neuronite vestibulaire) sera caractérisée par des vertiges continus, habituellement très prononcés, pendant de deux jours à deux semaines, accompagnés de nausées et de vomissements importants. Les patients atteints sont vus habituellement à l'urgence où ils arrivent souvent en ambulance à cause de l'intensité extrême des symptômes.

Une labyrinthite ne récidive jamais !

Le diagnostic de labyrinthite est le plus fréquent en clinique. Il constitue aussi l'erreur diagnostique la plus commune et doit être revu chez tous les patients qui présentent des récurrences, car une labyrinthite ne revient jamais.

La très grande majorité des patients qui ont des symptômes apparentés à ceux d'une labyrinthite pour une deuxième fois souffrent en fait de vertige positionnel bénin. Le traitement de la labyrinthite est symptomatique au cours de la phase aiguë.

Le vertige associé à la maladie de Ménière durera de 10 minutes à 20 heures sans arrêt et réapparaîtra à une fréquence variable selon les patients. En cours d'évolution, le patient sera éventuellement atteint de la triade classique : vertiges, acouphènes et baisse d'audition de l'oreille atteinte.

L'audiogramme confirmera une baisse de l'audition, surtout dans les basses fréquences (inférieures à 1000 hertz) tandis que l'électronystagmogramme indiquera une atteinte vestibulaire de l'oreille malade.

Le suivi et le traitement devraient être confiés à un ORL, dont les décisions thérapeutiques seront fonction de la gravité des symptômes : traitement médical (diurétiques), injection locale de substances ototoxiques, intervention chirurgicale de décompression.

Le neurinome de l'acoustique, très rare, entraîne surtout une diminution progressive unilatérale de l'audition (surdité neurosensorielle), mais peu de vertiges. Le suivi sera assuré par un spécialiste.

Le vertige positionnel bénin est responsable de plus de 90 % des cas de vertige (toutes causes centrales et périphériques réunies). Lorsque le diagnostic de labyrinthite est posé par erreur, le patient souffre habituellement d'un vertige positionnel bénin. Ce vertige peut être très prononcé, devenir fortement invalidant et nuire grandement à la qualité de vie des patients. Il est extrêmement fréquent chez les personnes âgées et est souvent responsable de chutes ayant de graves conséquences, comme une fracture de la hanche.

Le vertige positionnel bénin se présente comme des périodes de vertige ou de déséquilibre transitoire qui durent moins d'une minute, qui sont toujours provoquées par un changement de position et qui sont souvent accompagnées de nausées et de vomissements lors des crises plus importantes.

Les plaintes spontanées les plus fréquentes sont la survenue de vertiges au lever du lit, la nuit ou le matin.

Il est alors crucial de faire la différence entre un

Le vertige positionnel bénin est responsable de plus de 90 % des cas de vertige (toutes causes centrales et périphériques réunies). Lorsque le diagnostic de labyrinthite est posé par erreur, le patient souffre habituellement d'un vertige positionnel bénin.

Repère

étourdissement décrit comme une sensation de vertige survenant en se levant (témoignant d'un vertige positionnel bénin) et un étourdissement décrit comme une lipothymie (témoignant généralement d'une hypotension orthostatique). La grande majorité des patients (90 %) se plaignant initialement d'un « étourdissement » en se levant décriront l'impression ressentie comme un vertige ou un déséquilibre transitoire, témoignant ainsi d'un problème vestibulaire (vertige positionnel bénin) et **non d'une chute de la pression artérielle**. Un étourdissement attribuable à une baisse de la pression serait plutôt décrit comme une faiblesse ou une lipothymie survenant lorsque le patient se lève.

Par la suite, le patient décrira des symptômes de vertige se produisant lorsqu'il se penche ou regarde vers le haut. Le vertige qui se manifeste lorsque la personne regarde vers le haut ou lorsqu'elle a la tête en extension (*shelve dizziness*) est toujours dû au vertige positionnel bénin, en l'absence de symptômes ou de signes neurologiques focaux associés, et non à la compression des artères vertébrales par de l'arthrose cervicale (même chez les patients âgés souffrant de troubles vasculaires).

Il est habituellement possible de déterminer, à l'anamnèse, l'oreille atteinte. Ainsi, on demande au patient d'indiquer, lorsqu'il est couché, le côté de la rotation (à partir de la position en décubitus dorsal) qui peut déclencher des symptômes. Les symptômes survenant en se tournant vers la droite pointent vers une atteinte de l'oreille droite et vice versa.

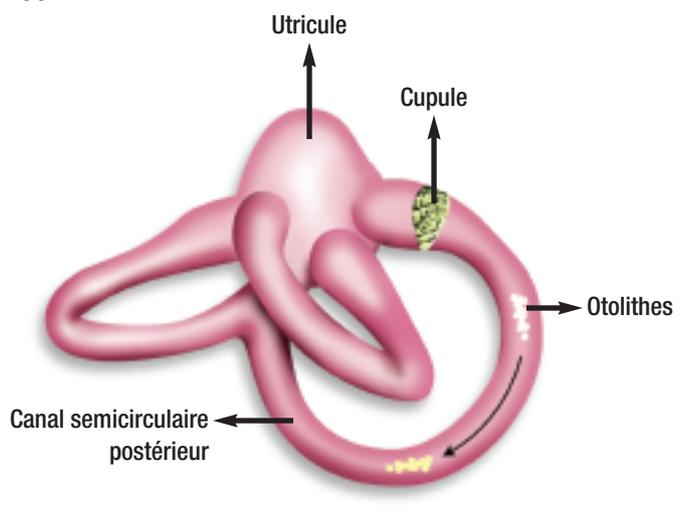
Vertige positionnel bénin : pathogénie

Le vertige positionnel bénin est attribuable à la présence de débris (otolithes) circulant librement dans le canal semicirculaire postérieur (95 %) ou horizontal (5 %). Ces débris sont à la base de la théorie de la canalolithiase (figure 1) et de la manœuvre thérapeutique d'Epley (figure 3).

Tout mouvement de la

Figure 1

Appareil vestibulaire : canalolithiase



tête entraînera la mobilité des otolithes qui provoquera un déplacement de la cupule (capteur à la base de chaque canal qui forme un diaphragme complet dans l'ampoule, est connecté au cerveau et permet la perception du mouvement et le sens de l'accélération linéaire). Ce déplacement entraînera une stimulation qui provoquera la sensation transitoire de vertige accompagnée de nausées et de vomissements d'intensité variable. Cette sensation sera brève, car les symptômes forceront le patient à cesser de bouger.

Ces otolithes se sont détachés de la paroi du labyrinthe membraneux lors d'un traumatisme crânien,

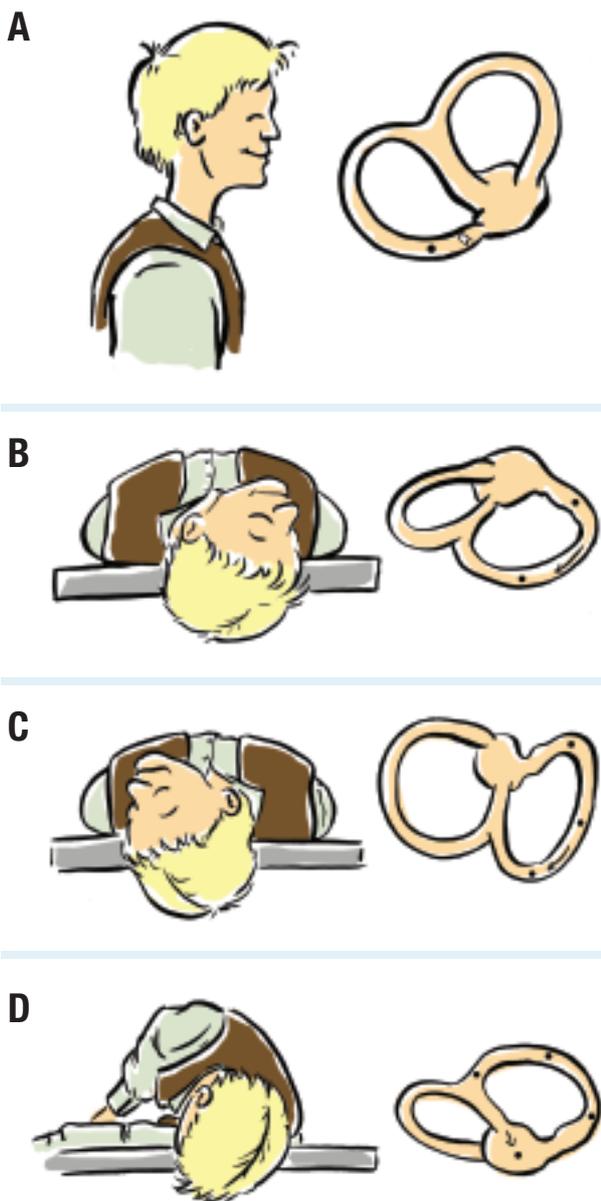
Figure 2

Manœuvre de Hallpike



Figure 3

Manœuvre d'Epley



Pause d'une minute et demie à chacune des positions B, C et D

Vous pouvez visionner une courte vidéo de la manœuvre d'Epley sur le site Internet de Radio-Canada à www.radio-canada.ca/television/375sante/ en cliquant sur **Visionner** à gauche de l'écran, puis sur **Démonstrations** et sur la lettre V et enfin sur « Vertiges : méthode pour guérir ». Vous verrez alors la manœuvre d'Epley. Un autre hyperlien porte sur les vertiges : « Vertige : qu'est-ce qui se passe ? »

d'un coup de fouet cervical (*whiplash*), d'une infection (labyrinthite), d'une opération de l'oreille moyenne ou d'une augmentation de la pression interne (syndrome de Ménière).

La discussion portera principalement sur le canal semicirculaire postérieur, en cause dans 95 % des cas de vertige positionnel bénin.

Un résultat positif à la manœuvre diagnostique de Hallpike confirmera la présence d'otolithes dans le canal semicirculaire postérieur du côté où a été effectuée la manœuvre (figure 2).

Vertige positionnel bénin : manœuvre diagnostique de Hallpike

La tête est, dans un premier temps, placée en extension à 30 degrés, par rapport à l'axe longitudinal du corps, puis tournée à 45 degrés du côté de l'oreille à évaluer (figure 2). Par la suite, le patient passe de la position assise à celle en décubitus dorsal, en gardant la tête tournée et en extension (soutenue par l'observateur).

Dans l'éventualité où des vertiges seraient déclenchés, le patient est informé de garder les yeux ouverts, ce qui permet au clinicien d'observer le nystagmus caractéristique (rotatoire vers le haut de la tête et le bas de la table). Ce nystagmus survient habituellement après un délai d'une dizaine de secondes et dure de dix à vingt secondes. Si rien ne se passe, on ramène le patient en position assise après 30 secondes. L'autre oreille sera évaluée dans un deuxième temps.

Il est crucial de savoir interpréter les résultats de la manœuvre de Hallpike. Ainsi, dans l'hypothèse où un diagnostic de vertige positionnel bénin est posé de façon certaine à la suite d'une anamnèse caractéristique, il est possible d'observer un résultat objectivement positif à la manœuvre décrite ci-contre, confirmant ainsi le diagnostic.

Il est plus fréquent qu'un patient présente un symptôme subjectif léger, de très courte durée (de une à deux secondes), lorsqu'on le couche ou le relève. Dans cette situation, que l'on appellera une manœuvre de Hallpike subjectivement positive, la valeur localisatrice est probablement la même et le traitement (manœuvre d'Epley) appliqué à l'oreille touchée aura la même efficacité.

Un résultat objectivement ou subjectivement négatif à la manœuvre de Hallpike n'élimine en rien un diagnostic posé en fonction des renseignements obtenus à l'anamnèse. La positivité plus ou moins grande de la manœuvre diagnostique serait proba-

blement fonction de la proximité des otolithes par rapport à la cupule, ainsi que de la concentration ou de la dispersion des particules le long du canal, créant ou non une traînée hydrolymphatique responsable du mouvement de la cupule.

En conclusion, le diagnostic de vertige positionnel bénin est toujours clinique et obtenu essentiellement par l'anamnèse, qu'il soit ou non confirmé par la manœuvre de Hallpike.

Manœuvre d'Epley : repositionnement des otolithes

Il n'y a pas de place pour une utilisation chronique de médicaments (Serc®, Graval®, Bonamine^{MC}) dans le traitement des patients présentant des crises récidivantes de vertige positionnel bénin.

Le traitement du vertige positionnel bénin consiste essentiellement en une manœuvre de repositionnement qui déplace progressivement les otolithes (circulant dans le canal semicirculaire postérieur ou horizontal) vers l'utricule, où ils continueront à circuler librement en ne créant toutefois aucun symptôme puisqu'ils ne feront plus bouger la cupule (*figure 3*).

La première partie de la manœuvre (passage de la position A à B, *figure 3*) correspond exactement à la manœuvre diagnostique de Hallpike. Elle sera maintenue pendant une minute et demie de façon que la force de gravité créée par cette nouvelle orientation dans l'espace déplace tous les otolithes vers la partie la plus déclive du canal semicirculaire postérieur.

Le traitement de l'oreille droite commence la tête tournée vers la droite et inversement pour l'oreille gauche.

Par la suite, en gardant toujours la tête en extension par rapport au plan longitudinal du corps, nous effectuerons successivement deux rotations de 90 degrés vers le côté opposé, avec une pause de une minute et demie entre chaque rotation.

Une première rotation de la tête de 90 degrés (départ à 45 degrés d'un côté allant vers 45 degrés de

l'autre côté) sera effectuée (position B à C – *figure 3*), puis maintenue une minute et demie afin d'amener les otolithes plus en aval.

Par la suite, une deuxième rotation de 90 degrés, des épaules cette fois, sera effectuée dans la même direction. La tête demeurera fixe par rapport aux épaules (comme en position C – *figure 3*) et sera maintenue pendant une minute et demie (position C à D – *figure 3*).

Dans un contexte où l'élément essentiel de la manœuvre est la force de gravité, il est crucial de s'assurer que chacune des positions est optimale de façon que la partie du canal horizontal où se trouvent les otolithes est bien verticale.

L'erreur la plus fréquente est commise à la deuxième rotation (celle des épaules). Après avoir pris la position D, le patient doit avoir le menton en direction du plancher et regarder dans cette direction. La tête doit aussi être en extension par rapport au plan longitudinal du corps (plus marqué en réalité que dans l'illustration de la *figure 3*).

Le patient revient, par après, en position verticale et penche la tête vers l'avant durant 30 secondes pour compléter la migration des otolithes, du tronc commun (jonction du canal postérieur et supérieur) vers l'utricule (*non illustré*).

On indique alors au patient qu'il doit demeurer en position verticale le restant de la journée et, si possible, dormir dans une position semi-assise à 45 degrés au cours de la première nuit seulement.

Il est très important de lui dire que les otolithes demeurent dans l'oreille interne (flottant librement dans l'utricule). Par conséquent, il existe plus de 15 % de risque qu'ils puissent, un jour, se réengager dans le canal et causer la récurrence des symptômes (de quelques jours à plusieurs années plus tard).

En cas de récurrence, il suffit de déterminer l'oreille responsable des vertiges (en décubitus dorsal, noter la direction du mouvement latéral de la tête qui déclenche les symptômes), puis de repositionner les otolithes en répétant la manœuvre d'Epley du côté atteint.

Le diagnostic de vertige positionnel bénin est toujours clinique et obtenu essentiellement par l'anamnèse, qu'il soit ou non confirmé par la manœuvre de Hallpike.

Repère

Tableau III

Causes de l'échec de la manœuvre d'Epley

- ❶ Mauvais diagnostic
- ❷ Mauvaise oreille
- ❸ Mauvaise position (arthrose cervicale)
- ❹ Mauvais canal (horizontal) : autre manœuvre
- ❺ Changement de position trop rapide (< 1,5 min)

Persévérer ! Refaire la manœuvre.

L'efficacité de la manœuvre, faite à une occasion, est d'environ 90 %.

Les causes d'échec les plus fréquentes (*tableau III*) portent sur le diagnostic (si la démarche clinique n'a pas été faite rigoureusement), sur la désignation de la mauvaise oreille ou du mauvais canal (vertical 95 %, horizontal 5 %), sur un mauvais chronométrage (moins d'une minute et demie par position) ou plus souvent sur une mauvaise position de la tête (particulièrement la position D de la *figure 3*).

D'ailleurs, chez les patients âgés, le traitement est souvent compliqué par la difficulté de prendre les bonnes positions (B, C et D de la *figure 3*) à cause des limitations de l'amplitude des mouvements imposées par l'arthrose cervicale. Il faut alors persévérer et utiliser notre imagination pour arriver à trouver la bonne position de la tête (élément critique) en modifiant la position de tout le corps. Cette persévérance est d'autant plus importante qu'un vertige positionnel chez une personne âgée entraîne souvent des chutes qui causent des fractures multiples et occasionnent d'importantes pertes d'autonomie pouvant mener au décès.

LE DIAGNOSTIC de vertige positionnel bénin repose essentiellement sur une anamnèse bien faite, permettant de déterminer d'abord le type d'étourdissement (vertige) et, dans un deuxième temps, d'indiquer que le vertige n'est pas d'origine centrale

(en raison de l'absence de symptômes ou de signes neurologiques). Dans un troisième temps, les caractéristiques de durée et de périodicité des crises de vertige confirmeront le diagnostic spécifique de vertige positionnel bénin, que la manœuvre diagnostique de Hallpike soit positive ou non. Ce dernier élément n'est pas essentiel à la suite de la démarche thérapeutique.

L'établissement du diagnostic spécifique de vertige positionnel bénin mènera à un traitement extrêmement efficace (taux de réussite de plus de 90 %), soit le repositionnement des otolithes à l'aide de la manœuvre d'Epley. Le recours à des médicaments devient alors inutile, car ces derniers ne servent qu'à masquer légèrement les symptômes sans rien changer à la pathogénie du problème.

Il faut réévaluer le diagnostic de labyrinthite chez tous les patients qui présentent des symptômes récidivants nuisant grandement à leur qualité de vie. La démarche clinique doit donc permettre de poser un diagnostic précis. Dans la grande majorité des cas (plus de 90 %), le diagnostic sera un vertige positionnel bénin qui nous amènera à cesser tout traitement médicamenteux et à régler le problème par la manœuvre d'Epley.

Tout médecin peut facilement apprendre la démarche diagnostique et thérapeutique (manœuvre d'Epley) qui lui permettra de changer radicalement la qualité de vie de plusieurs patients et d'éviter de prescrire des médicaments sur une longue période. Résolution à incorporer dans la pratique ?

L'extrême satisfaction de constater des résultats parfois spectaculaires obtenus par la manœuvre d'Epley catalysera notre confiance dans une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse qui, de par sa répétition, deviendra un réflexe de pratique d'une efficacité redoutable. 📡

Date de réception : 4 octobre 2004

Date d'acceptation : 16 novembre 2004

Mots-clés : vertige positionnel bénin, manœuvre de Hallpike, manœuvre d'Epley

Tout médecin peut facilement apprendre la démarche diagnostique et thérapeutique (manœuvre d'Epley) qui lui permettra de changer radicalement la qualité de vie de plusieurs patients et d'éviter de prescrire des médicaments sur une longue période.

Repère

Summary

Vertigo of vestibular origin: solutions and resolutions. The specific diagnosis of peripheral vestibular causes of vertigo will be made mainly by clinical history, considering the duration and periodicity of vertigo spells.

The vertigo feeling associated with Meniere's disease last from 10 minutes to 20 hrs, will be recurrent and will eventually be associated with tinnitus and progressive hearing loss of the involved ear.

A single spell of severe vertigo (usually with severe neurovegetative symptoms) lasting, without interruption, for many days to weeks will be characteristic of labyrinthitis and will never recur. Short lasting spells (less than one minute) of vertigo, induced by head movement (standing up, looking up, lying down or turning in bed), with frequent recurrence, are diagnostic of "Benign Positional Vertigo" (BPV). A positive diagnostic maneuver of Dix-Hallpike will confirm the diagnosis and identify the involved ear. A negative Dix-Hallpike maneuver will never disclose the diagnosis of BPV once confirmed by a classical clinical history.

The BPV is responsible for more than 90% of all possible causes of vertigo (vestibular or central nervous system).

The treatment of BPV is essentially a canalith repositioning maneuver (Epley Maneuver) with a cure rate of nearly 95% and a recurrence rate of 15%. The recurrence will be treated with the same maneuver, with the same success rate. This maneuver is described in details in this article.

Keywords: benign positional vertigo, Dix-Hallpike maneuver, Epley maneuver.

Lectures suggérées

1. Furman JM, Cass SP. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 1999; 341 : 1590-6.
2. Parnes LS, Sumit KA, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo. *CMAJ*. 2003; 169 (7) : 681-93.
3. Barber. Analysis of dizziness. *Med North Am* 1989; 6179-85.
4. Froehling DA, Bowen JM, Silverstein MD et coll. A controlled trial of canalith repositioning procedure for the treatment of benign positional vertigo in general internal medicine outpatient practice (résumé). *J Gen Intern Med* 1999; 14 (Suppl 2) : 31.
5. Lanska DJ, Remler B. Benign paroxysmal positioning vertigo: classic descriptions, origins of the provocative positioning techniques and conceptual developments. *Neurology* 1997; 48 : 1167-77.

La rédaction de la revue tient à préciser que la stratégie d'évaluation des étourdissements en trois étapes et des vertiges périphériques est un concept de l'auteur. Les tableaux et figures de l'article sont reproduits avec la permission de ce dernier.

15^e Congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec

conjointement avec

Palli-Aide, accompagnement en soins palliatifs du Saguenay inc.

26 et 27 mai 2005

Saguenay

Hôtel et Centre de congrès Le Montagnais
et Complexe Hôtel Chicoutimi

Ensemble, à la croisée des chemins

Objectifs visés

- Améliorer vos connaissances
- Partager vos expériences
- Relever de nouveaux défis
- Travailler ensemble à l'amélioration de la qualité des soins en fin de vie

Activités proposées

- Conférenciers de prestige
- Plénières, table ronde, ateliers, séances au choix
- Groupe d'intérêt et autres activités
- Journée des bénévoles
- Salon des exposants et session d'affichage
- Souper et spectacle
- Activités post-congrès
- Crédits de formation accordés

Pour qu'ensemble nous puissions explorer de nouvelles approches.

Nous vous attendons en grand nombre !

Nicole Gaudreault,
vice-présidente de Palli-Aide
Coprésidente du congrès

Jean-Yves Langevin,
pharmacien, CSSS de Chicoutimi
Coprésident du congrès

**Pour tout renseignement
ou pour obtenir un programme :**

Téléphone : (450) 652-0918
Télécopieur : (450) 929-1472
Adresse électronique : info@pluricongres.com
Site Web : www.reseau-palliatif.org



