

Les vertiges : examen clinique et place des manœuvres

ANNE-LAURE FÉRAL-PIERSSENS¹

Les vertiges sont un motif fréquent de consultation dans les services d'urgence. La gestion de l'équilibre résulte de la conjonction des systèmes vestibulaire (périphérique et central), visuel et proprioceptif et du système nerveux central. Regroupant sous un terme générique de nombreux symptômes et pathologies différentes, les vertiges nécessitent un interrogatoire et un examen clinique minutieux afin de différencier les pathologies les plus graves des étiologies les plus bénignes (30 % causes ORL, 25 % cardio-vasculaires dont 4 % d'accident vasculaires cérébraux). L'interrogatoire et la présentation sémiologique permettent ainsi de déterminer l'origine centrale ou périphérique d'un vertige. **(Tableau 1)**. On notera notamment le recours à différents tests clinique : le Head Impulse Test, l'analyse détaillée d'un nystagmus s'il est présent et la recherche d'une « skew » déviation qui sont des éléments indispensables de l'évaluation d'un vertige.

Les manœuvres ont leur place dans l'évaluation diagnostique et thérapeutique du vertige positionnel paroxystique bénin. Une part importante de ces vertiges est le fait d'un VPPB (31 % des vertiges se présentant aux urgences). Le plus souvent postérieur et idiopathique, son diagnostic est simple et repose sur la manœuvre de provocation de Dix-Hallpike, manœuvre dite de « provocation » dont la première description date de 1952 et qui constitue encore à l'heure actuelle la méthode de référence.

¹ Service d'Accueil des Urgences, Hôpital Européen Georges Pompidou.

Aucun autre examen complémentaire n'est nécessaire. En dehors des contre-indications, son traitement repose sur la réalisation d'une manœuvre libératoire de repositionnement des particules (Sémont et Epley). Celle-ci permet de faire disparaître les symptômes et d'éviter leur récurrence. À cette manœuvre viennent se greffer d'autres méthodes et manœuvres, cependant celles-ci sont le plus souvent basées sur une littérature peu abondante et difficile à comparer.

Mots clés : Vertige Positionnel Paroxystique Bénin, Manœuvres, Traitement Urgent

Tableau 1 – Différences sémiologiques des vertiges en fonction de son origine centrale ou périphérique. Le sens du nystagmus est déterminé par la phase rapide du mouvement.

	Origine périphérique	Origine centrale
Syndrome	Complet Harmonieux	Incomplet Dysharmonieux
Sensation vertigineuse	Rotatoire	Déséquilibre/Tangage
Nystagmus <i>Position du regard</i> <i>Latence</i> <i>Fatigabilité</i> <i>Fixation oculaire</i>	Impur Sens inchangé 2 à 20 secondes Disparaît à la répétition Diminué ou aboli	Pur Sens modifié Aucune Persiste Non modifié
Signes parfois associés	Cochléaires	Neurologiques

Références

1. Kerber KA, Meurer WJ, West BT *et al.* Dizziness presentations in U.S. emergency departments, 1995–2004. *Acad Emerg Med*, 2008;15:744-50.
2. Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc.*2008;83:765-75.
3. Cutfield NJ, Seemungal BM, Millington H, Bronstein AM. Diagnosis of acute vertigo in the emergency department. *Emerg Med J*, 2011;28:538-9.
4. Sauvage JP, Chays A, Gentine A « Vertiges positionnels » : *Rapport de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de la Chirurgie de la Face et du Cou* 2007. <http://www.orlfrance.com> (Dernier accès le 12/01/2016).
5. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L *et al.* (2008) Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo ». *Otolaryngol Head Neck Surg*, 139:547-81.
6. Dix MR, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1950.6:987-1016.
7. Feral-Pierssens AL. Réduction aux urgences des vertiges paroxystiques positionnels bénins. *Ann Fr Med Urg* 2014 ;4 :382-8.
8. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to Diagnose Stroke in the Acute Vestibular Syndrome. *Stroke.*2009;40:3504-10.