

Le vertige aux urgences

CHARLOTTE HAUTEFORT-LENGLET

L'accueil du patient vertigineux aux urgences est souvent difficile pour le praticien. En effet, une crise de vertige aiguë de plus de 24 heures doit être considérée comme un accident vasculaire cérébral jusqu'à preuve du contraire. Or, à ce stade l'IRM en diffusion de la fosse postérieure peut être faussement négative ou indisponible.

Pour l'urgentiste, l'enjeu est triple :

- Savoir reconnaître un « faux » vertige (malaise vagal ou cardiaque, gastro-entérite...)
- Savoir éliminer une hémorragie ou un accident vasculaire dans la fosse postérieure
- Savoir identifier une cause périphérique évidente (VPPB).

L'interrogatoire précis permet dans un premier temps de repérer les « faux vertiges » et de les réorienter si besoin. Par exemple, une perte de connaissance élimine d'emblée une cause vestibulaire. Au cours de l'interrogatoire, quatre questions doivent être posées : Quel est le type du trouble de l'équilibre (vertige rotatoire, oscillopsies, instabilité, chute...) ? Quelle est la durée de ce trouble (secondes, heures, jours) ? Y a-t-il des facteurs déclenchants (les changements de position, les efforts, la toux, un traumatisme) ? Y a-t-il des symptômes d'accompagnements (céphalées, surdité, hoquet, diplopie, vomissements, signes neurologiques) ?

À ce stade, le praticien a déjà bien avancé dans sa démarche diagnostique et l'examen clinique lui permettra ou non de confirmer son hypothèse. En plus de l'examen clinique neurologique qui doit être réalisé systématiquement, trois tests oculomoteurs simples, au lit du patient, permettent rapidement de distinguer une cause centrale d'une cause périphérique. Décrits dans la littérature sous

l'acronyme « HINTS » ils comprennent : le **Head Impulse Test (HIT)**, la recherche d'un gaze **Nystagmus** (nystagmus dans le regard excentré) et la recherche d'une **Skew deviation** (désalignement oculaire vertical). La normalité d'un HIT, alors que le patient est en crise de vertige continue depuis plusieurs heures, la présence d'un gaze nystagmus, d'un nystagmus spontané changeant de sens, ou encore, la présence d'un désalignement oculaire vertical mis en évidence par le Skew Test, sont fortement suspects d'une atteinte neurologique. Plusieurs études ont permis de démontrer la valeur diagnostique positive de ces tests dans les 24 premières heures suivant l'apparition des troubles, alors même que l'IRM précoce reste négative.

Une fois la cause neurologique éliminée, le praticien pourra préciser **l'atteinte périphérique dont la plus fréquente est le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) (18,7 %)**. Il doit être recherché systématiquement devant tout trouble de l'équilibre. La manœuvre diagnostique permet de le mettre en évidence et la manœuvre libératoire permet au praticien de guérir son patient dans la grande majorité des cas. Dans ce cas, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Il est plus difficile de savoir distinguer les autres causes bénignes des troubles de l'équilibre : le vertige phobique, la migraine vestibulaire, la maladie de Menière ou la névrite vestibulaire. Dans ces cas, le patient devra être adressé dans un service spécialisé pour la réalisation d'examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic et d'orienter la prise en charge thérapeutique.

Références

1. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2009 Nov;40(11):3504-10. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.551234. Epub 2009 Sep 17. PubMed PMID: 19762709; PubMed Central PMCID: PMC4593511.
2. Strupp M, Dieterich M, Brandt T. The treatment and natural course of peripheral and central vertigo. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Jul;110(29-30):505-15; quiz 515-6. doi: 10.3238/arztebl.2013.0505. Epub 2013 Jul 22. Review. PubMed PMID: 24000301; PubMed Central PMCID: PMC3752584.
3. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. *Dtsch Arztebl Int*. 2008 Mar;105(10):173-80. doi: 10.3238/arztebl.2008.0173. Epub 2008 Mar 7. PubMed PMID: 19629221; PubMed Central PMCID: PMC2696792.
4. Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ*. 2011 Jun 14;183(9):E571-92. doi: 10.1503/cmaj.100174. Epub 2011 May 16. Review. PubMed PMID: 21576300; PubMed Central PMCID:PMC3114934.