

# Quand la tête tourne

**Dr Yan Deschaintre, M.D., FRCPC** est neurologue au CHUM et professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.



Article tiré de la conférence  
*Vertiges et étourdissements* donnée le 24 février 2012 dans le cadre de la Journée de la Neurologie organisée par le CPASS de l'Université de Montréal.

## Les étourdissements sont fréquents

L'étourdissement est au troisième rang dans la catégorie des symptômes les plus fréquents en médecine (après la fatigue et la douleur thoracique), et il représente une consultation sur 30 à l'urgence. La vaste majorité s'explique par une atteinte vestibulaire périphérique ou une atteinte fonctionnelle, et ne présente aucune complication. Toutefois, certains étourdissements (moins de 7 %) indiquent une pathologie centrale potentiellement grave ou mortelle. La question est donc de savoir distinguer les étourdissements potentiellement graves des autres.

## Étourdissement ou vertige?

L'étourdissement est une plainte non spécifique dont la définition varie d'un patient à l'autre. Il est impératif de faire préciser s'il s'agit ou non d'un vertige, c'est-à-dire d'une sensation de mouvement (le plus souvent rotatoire). D'autres symptômes sont souvent décrits comme des « étourdissements » (lipothymie, déséquilibre, tête légère), mais nous nous concentrerons ici sur les vertiges.

## Il y a un vertige – mais quoi d'autre?

Une fois le vertige clarifié, il faut rechercher les autres composantes d'une atteinte vestibulaire tels le vertige, le nystagmus, l'atteinte du réflexe vestibulo-oculaire et l'instabilité posturale.

## Vertige

Le vertige en tant que tel ne permet pas de distinguer une atteinte centrale d'une atteinte périphérique. La présence de nausée et de vomissement n'est qu'un indicateur de l'intensité du vertige, et cette intensité reflète la gravité et la rapidité de l'atteinte vestibulaire plutôt que sa nature.

## Nystagmus

Le mot « nystagmus » vient du grec et signifie « baisser la tête ». Il s'agit de secousses rythmiques involontaires des globes oculaires. Comme pour la tête qui s'abaisse lentement puis se relève rapidement lors d'un endormissement, on lui distingue une phase lente et une phase rapide. Par convention, la phase rapide (celle qu'on remarque le plus) définit la direction du nystagmus.

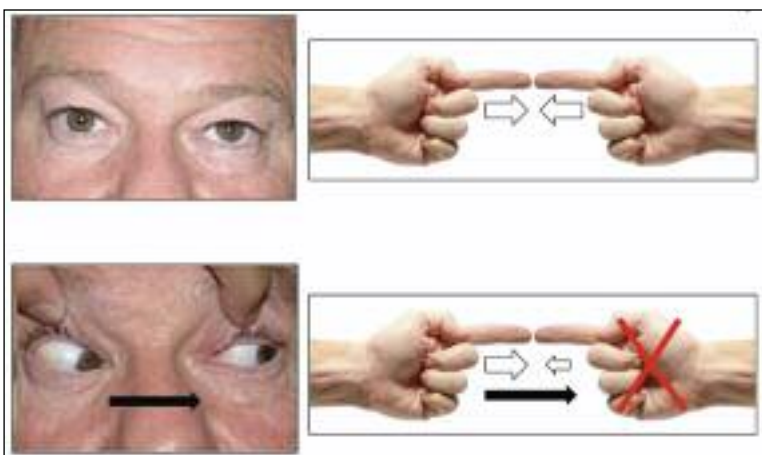


Figure 1. Noyaux vestibulaires

Tableau 1 Nystagmus périphérique ou central	
Périphérique	Central
Unidirectionnel (bat toujours dans la même direction, peu importe la direction du regard)	Peut changer de direction selon la direction du regard
Horizontal ou horizonto-rotatoire	Peut avoir n'importe quelle direction, mais si vertical ou purement rotatoire, presque toujours central
Bat (phase rapide) du côté opposé à la lésion (avec un hypofonctionnement vestibulaire – dans le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB), il y a plutôt un hyperfonctionnement vestibulaire qui fait battre du même côté que la lésion...)	Non latéralisateur – parfois pendulaire (aussi rapide d'un côté que de l'autre)
Diminué avec la fixation (mieux les yeux ouverts)	Inchangé avec ou sans fixation



Figure 2. Manœuvre de Dix-Hallpike  
Source : Phimaimedecine, 2 mars 2012. Accessible au : <http://www.phimaimedecine.org/2010/04/471-sign.html>

## Explication physiologique du nystagmus

En simplifiant, chacun de nos deux noyaux vestibulaires « pousse » le regard dans la direction opposée (le noyau gauche pousse vers la droite, le droit vers la gauche). Normalement ces « poussées » sont égales. S'il y a un hypofonctionnement vestibulaire gauche, la « poussée » du noyau droit l'emporte et le regard dévie vers la gauche (Figure 1). C'est la phase lente du nystagmus (le noyau

vestibulaire est une structure primitive du tronc cérébral, son action est donc lente). Réalisant ce qui se passe, le cortex corrige rapidement la déviation : c'est la phase rapide du nystagmus (le cortex est une structure évoluée, son action est donc rapide).

En général, le nystagmus est plus prononcé lorsqu'on regarde dans sa direction, c'est-à-dire qu'un nystagmus battant vers la droite sera plus fort au regard vers la droite (le cortex corrige d'autant plus la direction du regard qu'il veut vraiment regarder dans cette direction...). Certaines caractéristiques du nystagmus permettent de distinguer une atteinte centrale d'une atteinte périphérique (Tableau 1).

## Utilisation de l'ophtalmoscope

Pour mieux visualiser un nystagmus, on peut utiliser un ophtalmoscope. L'effet grossissant permet de mieux apprécier les mouvements du globe oculaire (attention : si on regarde le fond d'œil, les déplacements sont inversés par rapport au devant du globe oculaire). En éblouissant ainsi le patient et en lui faisant fermer ou ouvrir l'autre œil, on peut aussi apprécier l'effet de la fixation (le nystagmus périphérique augmente lorsqu'on retire la fixation).

## Manœuvre de Dix-Hallpike (aussi appelée Nylén-Bárány)

Il arrive que le nystagmus (et le vertige associé) ne survienne qu'après certains mouvements. Pour les reproduire, on peut utiliser la manœuvre de Dix-Hallpike. Le patient est d'abord placé en position assise, la tête penchée vers l'arrière à 30-45° puis tournée de 45° du côté à tester. On bascule ensuite vers l'arrière, en soutenant la tête en position (Figure 2). Il faut attendre une trentaine de seconde avant de se rasseoir (le nystagmus d'origine périphérique apparaît après une certaine latence). La manœuvre peut

recréer les symptômes subjectifs de vertige du patient et l'on recherche l'apparition d'un nystagmus objectif (Tableau 2).

### Réflexe vestibulo-oculaire

Le réflexe vestibulo-oculaire permet aux yeux de rester fixés même lorsque la tête et le corps bougent. Pour le mettre en évidence on peut utiliser la technique du « *head thrust* » modifiée. On demande au patient de nous fixer tout en tournant sa tête sur le côté. On ramène alors brusquement sa tête en position centrale (en effectuant le mouvement rapide pour revenir en position centrale plutôt que pour tourner sur le côté, on évite des risques de blessures). Avec un réflexe normal, les yeux restent bien fixés (en position centrale). Avec une atteinte périphérique gauche, la poussée vestibulaire vers la droite est atteinte, et, lors d'une rotation de la tête de la droite vers la gauche, les yeux seront déplacés vers la gauche (Figure 3). On retiendra qu'avec une atteinte périphérique, le réflexe vestibulo-oculaire devrait être atteint, alors qu'avec une atteinte centrale il reste le plus souvent normal.

### Instabilité posturale

Le dernier élément de l'atteinte vestibulaire est l'instabilité posturale. Dans l'atteinte vestibulaire périphérique, la déviation se fait toujours du côté atteint. Elle peut être mise en évidence aux bras tendus ou au signe de Romberg (debout, pieds collés, yeux fermés), mais aussi à la démarche militaire ou en étoile. La démarche militaire se fait les yeux fermés, en faisant une marche militaire sur place – une déviation de plus de 45° est jugée anormale. Dans la démarche en étoile, toujours les yeux fermés, le patient avance de trois pas, recule de trois pas, avance, recule, et ainsi de suite. Normalement, il garde une

ligne relativement droite – avec une atteinte vestibulaire, il dévie toujours du côté atteint, et son parcours prend la forme d'une étoile.

### Au total : atteinte vestibulaire périphérique ou centrale?

L'ensemble des éléments précédents devrait déjà permettre de distinguer une atteinte vestibulaire périphérique d'une atteinte centrale. Les autres éléments à rechercher sont l'atteinte auditive (plus souvent périphérique) et la présence d'autres signes neurologiques (nécessairement cen-

**Tableau 2**

#### Distinction entre atteinte périphérique et centrale au Dix-Hallpike

	Périphérique (VPPB)	Centrale
Latence (délai d'apparition du nystagmus)	Oui (1-20 sec.)	Non
Direction (phase rapide du nystagmus)	Une seule direction (horizonto-rotatoire)	Variable
Fatigabilité (le nystagmus s'épuise)	Oui (10-20 sec.)	Non (constant)
Habituation (le nystagmus diminue avec la répétition)	Oui	Non
Position critique	Une seule	Plus d'une
Intensité du vertige	Grave	Moindre voire absent malgré un nystagmus



**Figure 3. Test du réflexe vestibulo-oculaire**  
Bronstein AM, et coll. *Pract Neurol* 2010;10:129-139.

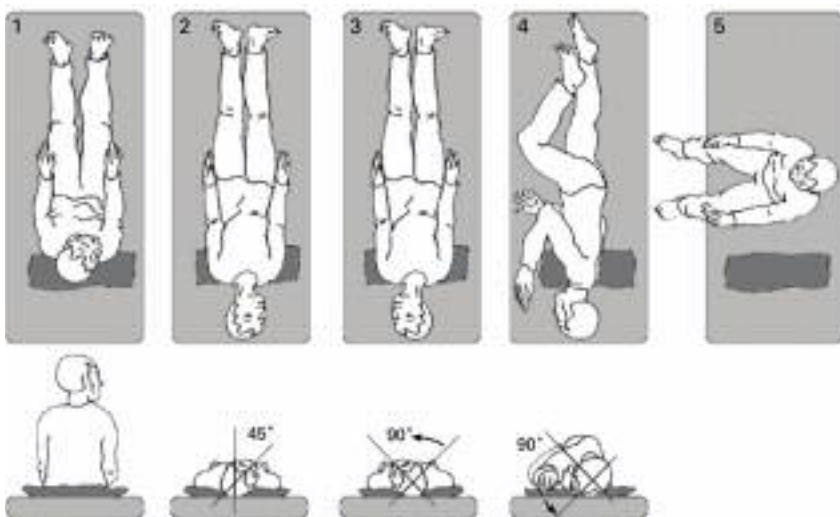
**Tableau 3**

#### Atteinte vestibulaire périphérique ou centrale

Périphérique	Centrale
Complète : • Vertige • Nystagmus (horizonto-rotatoire) • Atteinte du réflexe vestibulo-oculaire • Instabilité posturale	Incomplète
« Congruente » (pointe toujours vers le même côté atteint)	« Incongruente » (direction variable)
Acouphènes / surdité possible	Surdité rare
Pas d'autre signe neurologique	Autres signes...

**Tableau 4**  
**Diagnostic différentiel d'atteinte vestibulaire périphérique**

Syndrome	Durée	Récidive	Autres
Neuronite vestibulaire	2 jours – 2 sem.	-	Prodrome viral < 50 %
Labyrinthite	2 jours – 2 sem.	-	Atteinte auditive
Neuronite récidivante	10 min. – 20 h	+	
Maladie de Ménière	10 min. – 20 h	++	Accouphènes, surdité
VPPB	< 1 min.	+++	Changement de position



**Figure 4. Manœuvre d'Epley**

Glaziou P, Heneghan C. *Evid Based Med* 2008;13:34-35.

traux) : hémianopsie (cortex occipital, circulation postérieure); l'ophtalmoplégie ou diplopie; dysarthrie ou dysphagie; l'hémi-paresthésie ou hémiparésie; ataxie ou dysmétrie – rappelons toutefois qu'une simple instabilité posturale s'explique déjà par une atteinte vestibulaire périphérique, et qu'elle n'implique donc pas d'atteinte centrale (Tableau 3).

En présence de signes centraux, ou devant un tableau atypique, une imagerie cérébrale est nécessaire. La tomographie est plus accessible, mais peut manquer certaines lésions de la fosse postérieure. Devant une forte suspicion clinique, même avec une tomographie normale, une référence en neurologie et éventuellement une imagerie par résonance magnétique peuvent être utiles.

Devant un tableau périphérique complet et congruent, sans autre signe neurologique, on peut se passer d'imagerie cérébrale et conclure à une atteinte vestibulaire périphérique (Tableau 4). Dans le cas du vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB),

l'application de la manœuvre d'Epley permet de guérir immédiatement le patient dans près de 80 % des cas (Figure 4).

## La manœuvre d'Epley

Cette manœuvre peut être faite par le patient lui-même et être répétée au besoin (les vertiges positionnels paroxystiques bénins récidivent chez près de 15 % des patients).

1. En position assise, la tête est penchée vers l'arrière de 30-45° et tournée du côté atteint de 45° (comme pour la manœuvre diagnostique de Dix-Hallpike).
2. On bascule sur le dos sans bouger le cou et on maintient la position 90 secondes.
3. On effectue ensuite une première rotation de 90° vers le côté sain, la tête toujours penchée vers l'arrière, et on maintient la position 90 secondes.
4. On effectue une deuxième rotation de 90° vers le côté sain (il faut passer de la position couchée sur le dos à une position couchée sur le côté), et on maintient la position 90 secondes. Il est important de toujours garder la tête en hyperextension de 30-45° (à ce stade-ci, le menton devrait pointer vers le plancher...).
5. Enfin on se rasseoit. Pour éviter que les otolithes ne se redéplacent, on recommande de rester en position verticale pour le reste de la journée et, si possible, de dormir la tête à 45° pour la première nuit.

## Bibliographie

1. Bédard J. Étourdissements et syncopes. *Le Médecin du Québec* 2005; 40(3): 27-30 et 45-51.
2. Bronstein AM, Lempert T, et coll. Chronic dizziness: a practical approach. *Pract Neurol* 2010;10:129-139.
3. Crespi V. Dizziness and vertigo: an epidemiological survey and patient management in the emergency room. *Neurol Sci* 2004; 24: S24-25.
4. Hotson JR et Baloh W. Acute vestibular syndrome. *NEJM* 1998; 339(10): 680-85.
5. Kroenke K, Hoffman RM, et coll. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J* 2000; 93(2): 160-7.
6. Newman-Toker DE, Kattah JC, et coll. Normal head impulse test differentiates acute cerebellar strokes from vestibular neuritis. *Neurology* 2008; 70: 2378-85.