



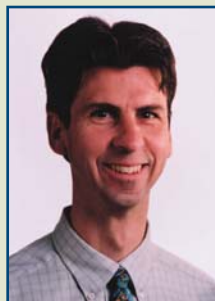
Les étourdissements : comment s'y retrouver?

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

Quels sont les éléments importants à relever parmi les antécédents du patient?

Comme le mot « étourdissement » peut signifier différents états, il est important de laisser votre patient décrire ce qu'il ressent, d'en extraire la sensation prédominante et d'obtenir ensuite plus de précision en observant les malaises suivants :

- Si votre patient affirme que les objets tournent autour de lui, ses étourdissements sont compatibles avec un vertige.
- Si les mouvements de la tête accentuent les symptômes, les étourdissements représentent peut-être un vertige positionnel bénin.
- Si votre patient ne ressent pas de mouvement, mais qu'il présente plutôt un problème d'instabilité, il peut s'agir d'un trouble neurologique (lésion du cervelet, problème de proprioception, etc.).
- Si la position debout ou couchée est plus confortable, il peut s'agir d'une tumeur de la fosse postérieure.
- Si l'environnement se déplace comme une pendule, le malaise peut être relié à des problèmes fonctionnels : anxiété, stress, dépression, etc.



Le **Dr Dion** est médecin de famille, clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du Collège québécois des médecins de famille.

- Si votre patient ne ressent pas de mouvement autour de lui, mais se sent plutôt la « tête légère », cela indique une maladie potentiellement dangereuse : arythmie cardiaque, épilepsie, tumeur, etc.

Si vous avez déterminé qu'il s'agit d'un vertige, il est important de savoir :

- Où, quand et comment se produisent les symptômes (par exemple, dans un centre d'achats = agoraphobie).
- Quelle est la durée des symptômes (le vertige dure entre 30 et 60 secondes, alors que les symptômes de la maladie de Ménière s'étirent sur une période allant de 5 à 20 heures, et ceux de la neuronite vestibulaire, sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines).
- Si le patient présente ou a déjà présenté des symptômes associés au rhume (labyrinthite ou encéphalite virale).
- S'il y a des symptômes reliés à l'oreille (diminution de l'ouïe, tinnitus = maladie de Ménière).
- S'il y a d'autres symptômes neurologiques (faiblesse, difficulté d'élocution, vision double, perte de conscience : cela indique une lésion neurologique, comme une lésion au cerveau, un trouble vasculaire, etc).
- Si votre patient prend des médicaments (aminoglycosides).
- Quels sont ses antécédents personnels (migraines ou traumatisme crânien) et familiaux (maladie cardiovasculaire ou maladie de Ménière).
- s'il y a des facteurs de risque pour un accident vasculaire cérébral (tabagisme, hypertension, etc.).

Quels sont les éléments importants à relever lors de l'examen?

L'examen clinique

Il est nécessaire d'effectuer un examen clinique de routine chez un patient qui présente des étourdissements. Ensuite, vérifiez les conjonctives pour la présence d'une anémie, l'oreille pour évaluer s'il y a une baisse de l'ouïe, à l'aide d'une montre ou d'un diapason et enfin le cou, pour un gonflement de la glande thyroïde.

L'examen neurologique

Effectuez ensuite un examen neurologique sommaire et observez la démarche du patient, ainsi que son équilibre, avec les yeux ouverts et fermés, les pieds placés l'un devant l'autre (signe de Romberg). Dépistez la présence d'une faiblesse aux membres inférieurs, d'un changement dans les réflexes ostéotendineux, ainsi que d'une diminution de la sensation (surtout aux pieds).

Les autres signes ou éléments

Vérifiez également les réflexes pupillaires, la présence d'une asymétrie faciale ainsi qu'un nystagmus au mouvement de l'œil et notez si celui-ci est vertical, horizontal, rotatoire ou en combinaison (un nystagmus vertical indique une lésion cérébrale centrale, tandis qu'un nystagmus horizontal ou une combinaison horizonto-rotatoire indique une neuronite vestibulaire. Un nystagmus horizontal dans les deux directions indique une lésion cérébrale centrale ou une intoxication médicamenteuse [aux barbituriques, par exemple]).

Enfin, terminez avec l'épreuve de Barany (mobilisation rapide du patient de la position assise à la position couchée). La présence d'un nystagmus lors de cette manœuvre confirme un vertige positionnel bénin.

Quelle investigation faut-il effectuer en cas d'étourdissements?

Dans plusieurs cas, les antécédents et l'examen clinique suffisent, mais certains cas peuvent nécessiter divers tests sanguins (formule sanguine complète, glycémie, méthode VDRL ainsi que les tests de

fonctions thyroïdiennes). De plus, l'électrocardiogramme et le monitoring par le système Holter de 24 heures sont très utiles lorsqu'une arythmie est soupçonnée.

Dans le cas d'une lésion périphérique ou d'un diagnostic incertain, un audiogramme et des tests de fonctions vestibulaires peuvent être demandés (épreuves caloriques : irrigation du canal auditif avec de l'eau chaude, suivie d'eau froide, en observant les mouvements oculaires), ainsi que l'électro-nystagmographie, un test qui permet d'enregistrer le dommage vestibulaire.

Enfin, on tentera de démontrer la présence de lésions centrales à l'aide d'une tomographie cérébrale ou de la résonance magnétique, et on pourra parfois avoir recours à l'examen du doppler cervical ou à l'angiographie pour déceler la présence de lésions artériosclérotiques vertébrales ou carotidiennes.

Comment traiter les patients qui souffrent d'étourdissements?

Aux patients atteints d'un vertige grave de causes périphériques, vous pouvez prescrire un médicament anti-vertige (bétahistine, méclizine), un antihistaminique (prométhazine), un antiémétique (prochlorpérazine) ou un anticholinergique (scopolamine).

Les patients qui ne souffrent pas de vertige, quant à eux, doivent recevoir une thérapie selon la cause sous-jacente du malaise (hypotension, arythmie, anxiété, etc.). Ceux qui présentent des lésions du système nerveux central doivent plutôt être référés à un spécialiste. Parfois, il sera nécessaire d'effectuer des manipulations de la tête ou de référer le patient en chirurgie afin de pallier des symptômes graves et aigus ou des symptômes qui ne répondent pas au traitement médical prescrit. *Clin*

Références

1. Rudge, P, et coll. : Investigation of disorders of balance. J Neurol Neurosurg Psychiatry 59:568, 1995.
2. Lanska, DJ, et coll. : Benign paroxysmal positional vertigo: Classic descriptions, origins of the provocative positioning technique, and conceptual developments. Neurology 48(5):1167, 1997.
3. Epley, JM : Particle repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngologic Clinics of North America 29(2):323, 1996.