

FACE À UN PATIENT VERTIGINEUX



Les bons réflexes
d'orientation clinique

MINI-GUIDE PRATIQUE

pour les professionnels de santé



Savoir repérer les signes d'alerte
et orienter efficacement le patient.

DANS CE GUIDE :

- 01** Signes neurologiques d'alerte
- 02** HINTS et syndrome vestibulaire aigu
- 03** Signes évocateurs de VPPB
- 04** Hydrops / maladie de Ménière
- 05** Instabilité chronique, PPPD, migraine vestibulaire



SOIRÉE VERTIGE
CPTS DU PAYS CHARTRAIN

Loïc TAUREAU

Masseur-kinésithérapeute vestibulaire
DIU de rééducation vestibulaire



Document pédagogique destiné aux professionnels de santé.
Ne remplace pas un avis médical ou une prise en charge urgente si nécessaire.

SIGNES NEUROLOGIQUES D'ALERTE



Devant un vertige, certains signes doivent faire évoquer une **cause centrale et nécessitent un avis médical rapide.**



En cas de doute, considérer le vertige comme potentiellement central jusqu'à preuve du contraire.

Orienter sans délai vers un avis médical ou les urgences si nécessaire.



SIGNES NEUROLOGIQUES À NE PAS MANQUER



- **Déficit moteur ou sensitif** (membre ou hémicorps)



- **Trouble de la parole** (dysarthrie, aphasie)



- **Diplopie** (vision double)



- **Dysphagie** (difficulté à avaler)



- **Syndrome cérébelleux** (ataxie, dysmétrie, troubles de la coordination)



- **Trouble de la vigilance ou confusion**



- **Céphalée brutale, inhabituelle ou très intense**



- **Impossibilité de tenir debout ou de marcher sans aide**



SIGNES OCULOMOTEURS ATYPIQUES



- **Nystagmus vertical pur** (notamment downbeat)



- **Nystagmus multidirectionnel** ou changeant de direction selon le regard



- **Nystagmus purement torsionnel atypique**



- **Skew deviation** au cover test



- **Poursuite oculaire** franchement anormale



- **Saccades dysométriques** ou anormales



EN PRATIQUE

Adresser en urgence si :

- ✓ signe neurologique focal,
- ✓ trouble de la marche sévère,
- ✓ nystagmus vertical ou multidirectionnel,
- ✓ céphalée brutale inhabituelle,
- ✓ tableau aigu intense mais incohérent avec une atteinte vestibulaire périphérique.



Cette page ne remplace pas un avis médical. En cas de doute clinique, lors d'un vertige aigu ou atypique, privilégier la sécurité du patient.

HINTS

UN OUTIL CLINIQUE PERFORMANT

Chez un patient avec un **syndrome vestibulaire aigu spontané**



LES 3 ÉLÉMENTS DU HINTS

H HEAD IMPULSE TEST (HIT)		N NYSTAGMUS		TS TEST OF SKEW (COVER TEST)			
<p>Rotation rapide de la tête vers un côté, yeux fixés sur une cible</p>		<p>Observation du nystagmus en position primaire et en regard latéral</p>		<p>Test de l'alternance de couverture (déviation verticale)</p>			
ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE 	ANORMAL (saccade corrective) → oriente vers une atteinte périphérique	UNIDIRECTIONNEL horizontal, à battement fixe → oriente vers une atteinte périphérique	ABSENT (pas de déviation verticale) → oriente vers une atteinte périphérique	ORIGINE CENTRALE 	NORMAL (pas de saccade corrective) → suspecte une atteinte centrale	CHANGEANT (direction variable ou vertical) → suspecte une atteinte centrale	PRÉSENT (déviation verticale) → suspecte une atteinte centrale



À UTILISER UNIQUEMENT SI :

- vertige aigu prolongé et continu
- patient symptomatique au moment de l'examen
- nystagmus spontané présent
- suspicion de syndrome vestibulaire aigu
- examinateur formé à l'interprétation



NE PAS UTILISER POUR :

- VPPB ou vertiges brefs positionnels
- patient asymptomatique au moment de l'examen
- malaise, lipothymie, hypotension
- instabilité chronique
- sensation vagues sans nystagmus spontané



MESSAGE CLÉ

Le HINTS est très performant lorsqu'il est réalisé dans le bon contexte par un examinateur entraîné. **Mal utilisé, il peut être faussement rassurant.**

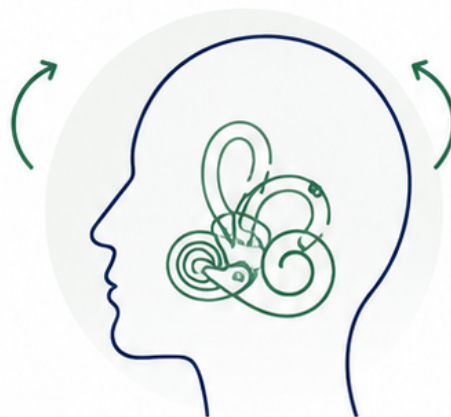


Ce guide ne remplace pas un avis médical. En cas de doute ou de signe d'alerte, orienter le patient vers un avis médical rapide ou les urgences.

VPPB

LES SIGNES ÉVOCATEURS

Le VPPB (vertige paroxystique positionnel bénin) donne des **vertiges brefs déclenchés par la position**.



SIGNES ÉVOCATEURS



Vertiges brefs et intenses
(secondes à < 1 minute)



Déclenchés par les changements de position de la tête :
au coucher, au lever, se retourner dans le lit, regarder en haut, se pencher en avant...



Sensation rotatoire franche
(le monde tourne)



Nausées parfois présentes, sans signe auditif associé



Crises reproductibles avec les mêmes mouvements



Pas de déficit neurologique entre les crises



SIGNES PEU ÉVOCATEURS D'UN VPPB SIMPLE

- Vertige continu pendant des heures ou des jours
- Vertige non déclenché par la position
- Céphalée brutale ou inhabituelle
- Déficit neurologique
- Surdité brutale ou acouphènes fluctuants
- Ataxie ou incapacité à marcher
- Malaise, perte de connaissance



À RETENIR

Bref, positionnel, reproductible, sans signe neurologique associé : **penser VPPB.**

Le diagnostic se confirme par des manœuvres positionnelles (Dix-Hallpike, test du roll...). La prise en charge repose sur des manœuvres thérapeutiques adaptées.

EXEMPLES DE POSITIONS DÉCLENCHANTES



Au coucher



Au lever



Se retourner dans le lit



Regarder en haut



Se pencher en avant



Ce guide ne remplace pas un avis médical.
En cas de doute ou de signe d'alerte, orienter le patient vers un avis médical rapide ou les urgences.

HYDROPS

LES SIGNES ÉVOCATEURS



Penser à un hydrops endolymphatique devant des crises de **vertige** associées à des **signes auditifs fluctuants**.

LES SIGNES À RECHERCHER



CRISES DE VERTIGE SPONTANÉES

Durée variable : de 20 minutes à plusieurs heures (rarement > 24 h).



HYPOACOUSIE FLUCTUANTE

Variation de l'audition au cours de la journée ou d'une crise à l'autre.



ACOUPHÈNES

Souvent unilatéraux, fluctuants.



SENSATION D'OREILLE PLEINE

Ou de pression auriculaire.



NAUSÉES / VOMISSEMENTS

Fréquents pendant les crises.



FATIGUE IMPORTANTE

Après les crises.



ÉVOLUTION PAR ÉPISODES

Avec des intervalles libres de symptômes.



ORIENTATION

Avis ORL recommandé avec bilan audiométrique ± examen vestibulaire.
La prise en charge est médicale et évolutive.



Ce guide ne remplace pas un avis médical.
En cas de doute ou de signe d'alerte, orienter le patient vers un avis médical rapide ou les urgences.

INSTABILITÉ CHRONIQUE, PPPD, MIGRAINE VESTIBULAIRE

LES SIGNES ÉVOCATEURS



Tableaux fréquents mais non urgents, souvent invalidants.
Le contexte et l'évolution orientent le diagnostic.



INSTABILITÉ CHRONIQUE

Sensation d'instabilité
persistante dans le temps.

- Sensation d'instabilité ou de déséquilibre quasi continue
- Aggravée par la marche, les surfaces inégales ou les environnements visuellement complexes
- Peu ou pas de vertige rotatoire franc
- Peu ou pas de signes auditifs associés
- Retentissement fonctionnel important
- Souvent suite à un épisode vestibulaire aigu, un traumatisme, ou une pathologie vestibulaire



PPPD (Persistent Postural- Perceptual Dizziness)

Vertiges chroniques
d'origine multifactorielle.

- Déséquilibre, instabilité ou sensations de vertige présents la plupart des jours depuis > 3 mois
- Aggravation par la station debout, la marche, les foules, les environnements visuellement complexes
- Déclenché ou majoré par un effort, le stress, la fatigue
- Souvent après un épisode vestibulaire aigu, une maladie neurologique ou psychologique
- Anxiété fréquente associée
- Pas d'explication par une autre pathologie



MIGRAINE VESTIBULAIRE

Vertiges liés au terrain
migraineux.

- Épisodes de vertige de durée variable (minutes à heures, parfois plus longue)
- Antécédents de migraine ou céphalées associées
- Photophobie, phonophobie, intolérance aux mouvements
- Nausées possibles
- Pas de signes neurologiques focaux
- Examen vestibulaire intercritique normal



À RETENIR

Ces tableaux nécessitent une approche multidisciplinaire : rééducation vestibulaire, gestion du stress/anxiété, hygiène de vie, prise en charge des migraines si besoin.



Ce guide ne remplace pas un avis médical.
En cas de doute ou de signe d'alerte, orienter le patient
vers un avis médical rapide ou les urgences.