

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

VERTIGES

CMP 00643
CIM-9 780.4 (pour le vertige bénin, voir 386.1)

DÉFINITION

Le vertige est une sensation erronée de déplacement des objets environnants par rapport au corps ou du corps par rapport à l'environnement, le plus souvent dans le sens giratoire, qui s'accompagne de troubles de l'équilibre, de la démarche et de l'orientation dans l'espace.

Le vertige considéré comme un **symptôme** d'une maladie ou d'un trouble primitif devrait être intégré dans la demande présentée pour la maladie ou le trouble en question.

Parmi les différents types de vertiges, le VERTIGE PAROXYSTIQUE POSITIONNEL BÉNIN (VPPB) est l'un des plus fréquents.

NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié, et des investigations doivent être effectuées pour étayer le diagnostic.

Bien que le diagnostic soit surtout posé à la lumière de l'interrogatoire et de l'examen physique, l'évaluation diagnostique courante peut également comprendre un examen électronystagmographique avec épreuve calorique et la recherche d'un nystagmus de position ou une IRM/TDM de la tête avec insistance sur les conduits auditifs internes de façon à exclure une affection auditive ou oculaire. Les rapports d'investigations visant à confirmer le diagnostic doivent être fournis.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Abordons tout d'abord l'appareil vestibulaire en général : les vestibules qu'on retrouve dans chaque oreille sont contenus dans le temporal voisin du limaçon osseux. Chaque vestibule comporte trois canaux semi-circulaires qui perçoivent les accélérations angulaires ainsi que deux structures otolithiques, l'utricule et le saccule, qui détectent les accélérations linéaires (y compris gravimétriques). Ces organes sont tapissés de

cellules ciliées qui convertissent les forces associées à l'accélération de la tête en impulsions nerveuses afférentes. Les cellules ciliées des trois canaux semi-circulaires reposent dans une masse gélatineuse appelée cupule. Les mouvements de la tête entraînent le déplacement de l'endolymphe vers la cupule ou loin d'elle. Les cellules ciliées de l'utricule et du saccule sont concentrées dans une région appelée la macule. Elles sont recouvertes d'une membrane gélatineuse contenant de petits cristaux de carbonate de calcium ou otolithes. Les accélérations linéaires de la tête s'associent à l'accélération linéaire de la pesanteur pour dévier la membrane otolithique, faisant pencher les cellules ciliées sous-jacentes et modulant l'activité des terminaisons nerveuses afférentes à la base des cellules ciliées.

Les fibres nerveuses parcourent la portion vestibulaire du nerf auditif (ou huitième nerf crânien). Les fibres des différents organes récepteurs aboutissent dans différents noyaux vestibulaires à la jonction médullo-pontine. Elles sont également directement connectées à des portions du cervelet. Des fibres efférentes du tronc cérébral parcourent le noyau vestibulaire pour atteindre les cellules ciliées des canaux semi-circulaires et des macules. Des neurones de second ordre dans les noyaux vestibulaires établissent d'importantes connexions avec les noyaux vestibulaires situés de l'autre côté, avec le cervelet, les neurones moteurs et la moelle épinière, les noyaux autonomes du tronc cérébral et les noyaux de l'appareil oculomoteur. Ces fibres peuvent également rejoindre les deux côtés du cortex cérébral.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le vertige peut résulter d'une anomalie de l'appareil vestibulaire central ou périphérique. Le vertige périphérique est en général plus sévère et risque plus d'être associé à une perte auditive et à des acouphènes. Il entraîne souvent des nausées et des vomissements.

Le vertige central est généralement moins sévère que le vertige périphérique et s'accompagne souvent d'autres signes d'affection du système nerveux central.

Le vertige est un trouble multifactoriel. Voici quelques-unes des causes possibles de vertige :

- **Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)**
C'est de loin la cause la plus fréquente de vertige pathologique. Les symptômes peuvent disparaître spontanément mais souvent, ils récidivent. Le diagnostic repose sur la découverte d'un nystagmus positionnel paroxystique caractéristique qui est associé à la fatigabilité après un déplacement rapide de la

tête de la position assise à la position tête pendante. On pense qu'il résulte de la dispersion des cristaux de carbonate de calcium, qui pénètrent accidentellement dans le canal semi-circulaire postérieur. Les cristaux bougent dans l'endolymphe et déplacent artificiellement la cupule. Cette cause de vertige sera examinée plus à fond ci-après.

Au nombre des symptômes du VPPB figurent le vertige, les étourdissements, les nausées et les troubles de l'équilibre. Le vertige peut être violent et durer moins de 60 secondes. Les symptômes sont souvent déclenchés par un changement de position de la tête ou du corps, p. ex. lorsqu'une personne se couche sur une oreille ou sur l'autre ou lorsque la tête est renversée en arrière pour regarder vers le haut. On observe également un nystagmus. Le tableau clinique n'inclut pas de perte auditive ni d'acouphène.

Le VPPB disparaît habituellement en quelques semaines ou quelques mois, mais une récurrence est possible après des mois ou des années.

- **Vertige physiologique**

Il englobe les troubles courants comme le mal des transports, le mal de l'espace et le vertige des hauteurs. Dans certains cas rares, les symptômes peuvent durer des mois, voire des années. On n'en connaît pas encore la cause.

- **Atteinte vestibulaire périphérique aiguë (labyrinthite aiguë)**

Elle est marquée par l'apparition subite d'un vertige, de nausées et de vomissements qui durent plusieurs jours, sans symptômes auditifs ni neurologiques associés. Elle peut récidiver au bout de mois ou des années.

- **Maladie de Ménière**

Elle se caractérise par des crises sévères accompagnées d'acouphènes et d'une surdité fluctuante (voir la ligne directrice sur l'admissibilité au droit à pension pour la maladie de Ménière).

- **Migraine**

Le vertige est souvent accompagné d'une migraine et parfois d'une atteinte de l'oreille interne.

- **Vertige post-traumatique**

Un coup à la tête peut entraîner une commotion labyrinthique. Le tableau clinique associe vertige, perte auditive et acouphènes. Les membranes du labyrinthe sont sensibles aux traumatismes fermés. Une fistule ou conduit anormal dû à la rupture de la fenêtre ronde ou ovale du tympan peut s'observer

après l'exposition à un bruit d'impact, un accident de plongée, un traumatisme crânien sans fracture, ou un « effort physique intense », c'est-à-dire suffisant pour entraîner la déchirure du labyrinthe membraneux. Cette déchirure est causée par un changement brusque de pression positive ou négative dans l'oreille moyenne ou par une augmentation soudaine de la pression du liquide céphalo-rachidien transmise à l'oreille moyenne par l'aqueduc du limaçon et le conduit auditif interne. La déchirure entraîne l'apparition subite d'un vertige ou d'une perte auditive, ou les deux. Les signes et symptômes de vertige devraient se manifester au moment du traumatisme ou dans les jours qui suivent.

- **Syndrome post-commotionnel**

Dans certains cas, des symptômes moins marqués sont associés à un traumatisme crânien bénin considéré comme sans conséquence au moment de la blessure. Les symptômes débutent habituellement dans les jours ou le mois qui suit.

- **Autres causes d'origine périphérique**

1. Otomastoïdite chronique d'origine bactérienne
2. Otospongiose
3. Médicaments ototoxiques
4. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, dont le neurinome de l'acoustique (voir la ligne directrice sur l'admissibilité au droit à pension pour le neurinome de l'acoustique).

- **Insuffisance vasculaire**

Le vertige apparaît brutalement et est souvent associé à des nausées et à des vomissements. Il est habituellement causé par l'athérosclérose et peut être déclenché, entre autres, par une compression mécanique due à une spondylose cervicale.

- **Autres causes d'origine centrale**

1. Sclérose en plaques
2. Encéphalomyélite para-infectieuse
3. Polynévrite crânienne para-infectieuse
4. Maladie de Ramsay Hunt
5. Méningite granulomateuse
6. Vascularite cérébrale ou systémique
7. Épilepsie temporale

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

1. Idiopathique
2. Traumatisme crânien comprenant entre autres une commotion, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Le vertige se manifeste dans les jours ou le mois qui suit le traumatisme.

Le vertige est une séquelle courante d'un traumatisme crânien. Voir également le paragraphe sur le vertige post-traumatique dans *Caractéristiques cliniques*.

3. Maladie de l'oreille interne et/ou chirurgie de l'oreille interne, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Le vertige peut se manifester jusqu'à plusieurs années après la survenue de l'affection primaire.

Le vertige peut être associé à un certain nombre de maladies d'origine périphérique et centrale comportant une atteinte de l'oreille interne (voir *Caractéristiques cliniques*).

En général, il faut obtenir une décision corollaire établissant un lien entre le vertige et l'affection primaire.

4. Insuffisance ou occlusion vasculaire avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Le vertige peut se manifester des années après le début de l'affection primaire.

L'insuffisance ou l'occlusion vasculaire inclut l'occlusion de l'artère vestibulaire antérieure ainsi que l'insuffisance cérébrovasculaire, notamment les accidents vasculaires cérébraux.

En général, il faut obtenir une décision corollaire établissant un lien entre le vertige et l'affection primaire.

5. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION

- nystagmus associé au vertige
- labyrinthite
- démarche ataxique

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UN VERTIGES ET/OU DE LEUR TRAITEMENT.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bennett, J. Claude and Fred Plum, eds. *Cecil Textbook of Medicine*, 20th ed. Vol 2. Toronto: W.B. Saunders, 1996.
2. Berkow, Robert et Andrew J. Fletcher, (dir.). *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. 2^e éd., Paris : Éditions d'Après, 1992.
3. Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998.
4. Hain, Timothy C., M.D. *Benign Paroxysmal Positional Vertigo*. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.teleport.com>
5. Kelly, W., M.D., eds. *Textbook of Internal Medicine*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1989. p. 2371
6. Paparella, M. M., et al, eds. *Otolaryngology*. Vol II. 3rd ed. Chapter 54. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991.