

# Chapitre 36

## URGENCES EN ORL

### I. VERTIGES :

Le vertige est un dysfonctionnement du système vestibulaire dont l'origine peut être périphérique ou centrale.

Sensation erronée de déplacement du corps par rapport à l'espace environnant, ou de l'espace par rapport au corps, le vertige se déclenche uniquement lors des changements de position de la tête, d'intensité variable, sa durée est brève et peut s'accompagner de nausées et vomissements. L'interrogatoire et l'examen clinique bien conduit permettent de distinguer le Vertige Positionnel Paroxystique Bénin (VPPB), très fréquent, d'un vertige lié à une atteinte périphérique (maladie de Ménière, névrite vestibulaire...) ou centrale (accident vasculaire cérébelleux...) qui nécessitent un avis spécialisé en urgence,

#### VERTIGES D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE [1]

**Vertige Paroxystique Positionnel Bénin (VPPB)**

- Vertiges rotatoires violents et brefs de moins d'une minute.
- Accès paroxystiques.

- Manœuvre Hallpike positive
- Examen neurologique et otoscopique normal.

**Névrite vestibulaire**

- Grand vertige rotatoire à début brutal ou subaigu atteignant son acmé en 24 heures.
- Nausée, vomissement

- Nystagmus spontané périphérique battant du côté sain aboli ou diminué par la fixation du regard
- Déviation posturale du côté atteint
- Head impulse test pathologique
- Statut otoscopique normal

**Maladie de Ménière**

- Crises répétitives, triade classique :
- Vertige rotatoire intense de plusieurs minutes à plusieurs heures
  - Hypoacousie unilatérale
  - Acouphène de basse fréquence

- Parfois nystagmus spontané périphérique pendant la crise
- Surdité de perception (audiogramme)
- Statut otoscopique normal

**Infections ORL :**

Otitis moyennes aiguës et chroniques, infections virales

- Vertige
- Surdité ou hypoacousie dans le contexte d'une infection

- Nystagmus spontané périphérique aboli ou diminué par la fixation du regard
- Déviation posturale
- Surdité de perception du côté atteint
- Statut otoscopique souvent anormal

- **La présence d'un signe neurologique** est en faveur d'une cause centrale.

- **Un nystagmus spontané** (mouvements saccadés des yeux en suivant un doigt de gauche à droite, inhibés par fixation visuelle) suggère une atteinte vestibulaire,

tandis qu'un nystagmus central (mouvements saccadés non inhibés par fixation visuelle) évoque une atteinte centrale.

### PRINCIPAUX TYPES DE VERTIGE D'ORIGINE CENTRALE [1]

<b>Infarctus du cervelet et du tronc cérébral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiges aigus et permanents</li> <li>• Nausées et vomissements</li> <li>• Céphalées postérieures</li> <li>• Dysphonie, dysphagie</li> <li>• Facteurs de risques cardiovasculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nystagmus spontané central non diminué par la fixation du regard</li> <li>• Strabisme vertical</li> <li>• Atteinte des nerfs crâniens</li> <li>• Parfois hémisyndrome</li> </ul>
<b>Insuffisance vertébro-basilaire (Accident vasculaire transitoire)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiges de quelques secondes à quelques minutes</li> <li>• Scotome, diplopie, céphalées</li> <li>• Troubles sensitivo-moteurs bilatéraux</li> <li>• Perte de conscience complète et de durée brève</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dehors de l'atteinte ischémique transitoire, examen oto-neurologique normal</li> </ul>
<b>Migraine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiges peuvent précéder ou accompagner la crise de migraine ou survenir entre les crises migraineuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen vestibulaire souvent normal</li> </ul>

- **Le Vertige Paroxystique Positionnel Bénin (VPPB)**, retrouvé dans 90% des cas, est lié à une pathologie du canal semi-circulaire postérieur de l'oreille interne. Il est confirmé par la manoeuvre de Dix-Hallpike (patient allongé avec la tête sur le côté, ramenée ensuite à la verticale, ce test provoque un vertige associé à un nystagmus) Le VPPB peut être traité par les médecins généralistes avec des antivomitifs et autres médicaments antivertigineux.

- Une prise en charge spécialisée est nécessaire pour les autres types de vertige, en cas de diagnostic incertain ou de forme sévère.

### TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES VERTIGES :

<b>Acétylleucine</b>	<b>TANGANIL®</b> Injectable IVL 500 mg Comp.	<b>A</b> : 3 à 4 Comp/jour Ou 1 x 2 injections/jour
<b>Méclozine</b>	<b>AGYRAX®</b> 25 mg Comp.	<b>A</b> : 1 à 3 Comp/jour
Antihistaminique, <b>EI</b> : somnolence, effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche)		
<b>Bétahistine</b>	<b>SERC®</b> <b>BETAGAM®</b> 8 mg Comp.	<b>A</b> : 3 à 6 Comp/jour x 3 mois
	<b>BETASERC®</b> 24 mg Comp	<b>A</b> : 1 Comp x 2 /jour x 3 mois
Pour vertige répitif et Ménière. <b>EI</b> : troubles gastro-intestinaux, bronchospasme, céphalée <b>CI</b> : ulcère gastroduodénal en cours, phéochromocytome		
<b>Piracétam</b>	<b>NOOTROPYL®</b> <b>PIRACET®</b> 800 mg Comp	<b>A</b> : 1 Comp x 3 /jour
<b>EI</b> : troubles gastro-intestinaux, insomnie, agitation et nervosité <b>CI</b> : insuffisance rénale grave, hémorragie cérébrale.		

## II. PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE (DE BELL) :

Devant toute paralysie faciale l'examen clinique neurologique et ORL doit éliminer les paralysies d'origine centrale (AVC).

**La paralysie de Bell typique** (90% des cas) est une parésie faciale unilatérale impliquant tous les muscles de l'hémiface avec diminution ou abolition des rides du front, diminution ou abolition de la fermeture palpébrale (signe de Charles Bell),

effacement du sillon nasogénien, chute de la commissure labiale, impossibilité de siffler ou de gonfler les joues, abolition du réflexe nasopalpebral, perte du goût aux 2/3 antérieurs de la langue, hyperacousie homolatérale. Il n'existe ni fièvre, ni adénopathie ni surdité ni vertiges ni signes cutanés.

La PFP est le plus souvent idiopathique, parfois secondaire à des causes immunitaires, traumatiques, tumorales ou virales.

**À rechercher** : diabète, sarcoidose, borréliose de Lyme, virus herpès simplex, VIH et Varicelle-Zona (otalgie parfois intense).

La plupart des patients guérissent complètement en quelques mois, avec ou sans traitement, d'autres guérissent avec des séquelles.

Un avis d'ORL et des examens complémentaires sont parfois utiles : audiométrie et IRM.

#### **Conduite à tenir :**

- Prévention des conjonctivites et des kératites : occlusion nocturne de l'œil, larmes artificielles, examen en ophtalmologie si nécessaire.
- En cas de paralysie faciale typique : **Prednisolone** ou **Méthylprednisolone** le plus précocement possible à la dose de 1 mg/kg/j pendant 7 à 10 jours, voir 2 mg/kg/j dans les formes sévères, puis arrêter par paliers, en respectant les contre-indications des corticoïdes (cf. chapitre 21).

---

<b>Prednisolone</b>	<b>SOLUPRED® VITAPRED® COPRED®</b> 5 et 20 mg Comp
---------------------	--

---

<b>Méthylprednisolone</b>	<b>MEDROL®</b> 4 – 16 mg Comp <b>SOLU-MEDROL® MP®</b> 20 – 40 mg injectable
---------------------------	--

---

**EI** : hypokaliémie, rétention d'eau et de sel, hypertension artérielle, œdèmes.

**Précautions** : régime sans sel, supplément en potassium, arrêt progressif du traitement.

---

- Prescrire un antiviral (**Valaciclovir** 3 g/j), dans les 72 heures, si l'origine est zostérienne. L'**Aciclovir** n'est pas efficace [4].

---

<b>Valaciclovir</b>	<b>ZELITREX® ZELIVIR® VALCYVIR®</b> <b>AVIRAL®</b> 500 mg Comp	Traitement du zona et du zona ophtalmique : 2 Comp x 3/jour
---------------------	---	---

**EI** : DRESS syndrome (hypersensibilité médicamenteuse avec toxidermie grave), nausées, vomissements, risque de déshydratation.

**CI** : insuffisance rénale, déconseillé durant la grossesse et l'allaitement.

---

- Rééducation recommandée (orthophonistes ou kinésithérapeutes) devant toute forme sévère ou présentant des facteurs de mauvaise récupération.
- L'électrothérapie et la mastication de chewing-gum sont formellement contre-indiquées dans la prise en charge de la paralysie faciale idiopathique [4].

#### **BIBLIOGRAPHIE :**

1. JULIEN OMBELLI et al. : Syndromes vertigineux en pratique ambulatoire. Rev Med Suisse 2009; 5 : 2374-80

2. HAS-SANTÉ : Vertiges positionnels paroxystiques bénins : Manœuvres diagnostiques et thérapeutiques. Recommandations décembre 2017.

3. Société française d'ORL : Stratégie diagnostique et thérapeutique dans la maladie de Ménière, 2016 (orfrance.org)

4. Société Française d'ORL et chirurgie de la face et du cou : RCP Prise en charge de la paralysie faciale idiopathique à la phase aiguë chez l'adulte, 2020 (sforl.org)