

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie/ORL Vertiges	Version : 2012 Date d'application : 07/2012

#### **I - OBJET DU DOCUMENT :**

##### **Prise en charge diagnostique d'un patient admis pour vertiges.**

**Le vertige** est un motif de consultation fréquent dans les services d'urgences. Il est défini par une **illusion de mouvement** ressentie par le malade comme un déplacement de son environnement par rapport à lui ou de lui-même par rapport à l'environnement.

Il signe une **atteinte du système vestibulaire** périphérique (oreille interne et nerf vestibulaire) ou central (bulbe cervelet cortex frontal et temporal) entraînant 3 types de symptômes : perceptifs oculomoteurs et posturaux.

Il faut **poser le diagnostic** (rôle de l'interrogatoire et de l'examen clinique), **soulager et prévenir toute chute rapidement**. Il faut **éliminer un diagnostic différentiel** responsable de faux vertiges (lipothymie asthénie ataxie...). Il faut savoir **localiser l'atteinte lésionnelle** (périphérique ou centrale).

<b>Syndrome vestibulaire périphérique</b>	<b>Syndrome vestibulaire central</b>
85% des vertiges	15% des vertiges
Lésion du vestibule ou du nerf vestibulaire	Lésion cérébrale ou cérébelleuse
Franc et intense	Moins franc moins intense
Nystagmus unidirectionnel horizontorotatoire aboli par la fixation	Nystagmus multidirectionnel tout axe possible
Caractère harmonieux des déviations posturales et de la secousse lente du nystagmus (dans le même sens)	Caractère disharmonieux des déviations posturales et de la secousse lente du nystagmus (sens aléatoires)
Présence de signes ORL	Absence de signes ORL
Absence de signes neurologiques	Présence de signes neurologiques
Présence de signes végétatifs	Présence de signes végétatifs

**L'avis de l'ORL** : en cas d'étiologie périphérique, en dehors du vertige positionnel paroxystique bénin certain (qui peut rentrer au domicile), prévoir une consultation en semi-urgence pour bilan étiologique (VPPB, Ménière, névrite vestibulaire), ou une hospitalisation (fracture du rocher, labyrinthite infectieuse, embolie gazeuse, ou même vertige résistant au traitement)

**L'avis du neurologue** : en cas d'étiologie centrale, une hospitalisation s'impose en urgence. Si un TDM cérébral SPC est souvent réalisé en 1<sup>ère</sup> intention, il faut en connaître ses limites dans l'étude de la fosse postérieure et savoir réaliser une IRM.

Etiologies centrales : affections vasculaires vertébrobasilaires, syndrome de Wallenberg, infarctus cérébelleux, dissection vertébrale, ischémie labyrinthique, hémorragie du tronc cérébral, tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, SEP, migraine basilaire, pathologie dégénérative et malformative, pathologie neurotoxique (OH et médicaments)...

Rédigé par : DR FRASSA

Vérifié par : PR LAUQUE

Approuvé par : DR FERNANDEZ

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie/ORL Vertiges	Version : 2012 Date d'application : 07/2012

## II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil

**III- PERSONNES AUTORISEES** (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

**A prescrire** : X Médecin **OU A entreprendre** ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

**A administrer** : ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

## IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

## V-DOCUMENTS ASSOCIES :

## VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2013
---

Rédigé par : DR FRASSA  
 Vérifié par : PR LAUQUE  
 Approuvé par : DR FERNANDEZ