

QUESTIONS D'ORL

20

EXERCICE
IMPACT MÉDECINE • N°305 • 14 JANVIER 2010

Vertiges, acouphènes, rhinites et otites font partie de votre pratique quotidienne. Des experts répondent à vos questions.

PAR AFSANÉ SABOUIH

COMMENT PRENDRE EN CHARGE LES VERTIGES?

Symptôme très fréquent, le vertige représente 5% des motifs de consultation en médecine générale, soit environ un malade par médecin et par jour. « Tous les vertiges mériteraient d'être explorés en ORL mais ce n'est pas faisable. Le médecin généraliste assume donc le rôle indispensable de tri entre les faux vertiges, les petits vertiges, facilement pris en charge et les cas plus sévères de grands vertiges qui doivent absolument être vus par un spécialiste », explique le Dr Laurence Aillagon-Bourguet, ORL à Levallois-Perret, spécialiste des vertiges.

L'interrogatoire et l'examen clinique

du patient vertigineux sont véritablement des étapes clés. Il faut amener le patient à décrire précisément toutes les sensations ressenties avant, pendant et après la crise, la durée et l'intensité de celle-ci, les facteurs déclenchants, les signes d'accompagnement...

S'ASSURER DE L'ABSENCE DE TROUBLE DE L'AUDITION

Le vertige le plus fréquemment rencontré en médecine générale est le vertige paroxystique positionnel. Sa description est souvent d'emblée évocatrice mais il faut toutefois s'assurer que ce vertige caractéristique ne s'ac-

compagne d'aucun trouble de l'audition. Le diagnostic est confirmé par la manœuvre de Dix et Hallpike qui consiste à reproduire le vertige en basculant le patient vers le côté déclenchant. Le traitement repose sur la manœuvre libératoire de Sémont, qui s'effectue immédiatement après la manœuvre diagnostique. Le patient, couché du côté atteint, est rapidement retourné sans modifier la position de la tête, pour se retrouver couché du côté sain. L'apparition après quelques secondes de latence d'un vertige rotatoire et d'un nystagmus atteste de l'efficacité de la manœuvre. « Ces manipulations sont parfaitement réalisables

en médecine générale. Mais comme elles sont assez impressionnantes pour le patient, en cas de doute sur le sens de manipulation, il vaut mieux adresser en ORL », conseille le Dr Aillagon-Bourguet.

Pour les autres types de vertiges, le médecin généraliste est souvent consulté pendant la crise. Il est donc préférable de prescrire un traitement contre celle-ci (8 à 10 jours d'antivertigineux comme l'acétyl-leucine ou la méclozine) plutôt que d'instaurer un traitement de fond (bétahistine) après une crise ponctuelle unique. « Par contre, si c'est une consultation pour des grands vertiges récur-

rents, le médecin généraliste adresse à l'ORL et déclenche le traitement de fond pour ne pas perdre de temps », indique le Dr Aillagon-Bourguet. Autre élément à ne pas négliger, la composante psychologique des vertiges. « Le stress, les événements difficiles comme un divorce ou un licenciement peuvent jouer sur l'apparition de vertiges. Il ne faut pas se priver de l'apport d'une consultation psy et éventuellement d'un traitement symptomatique d'appoint, conseille la spécialiste. L'anxiété de la prochaine crise peut parfois suffire à déclencher un nouveau vertige. Rassurer le patient est donc indispensable. »

AU CŒUR D'UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE SUR LES VERTIGES



1 Un entretien détaillé, au cours duquel le patient décrit précisément ses vertiges, est un préalable indispensable à tout examen.



4 Le test dit « doigt-nez » s'inscrit dans l'examen neurologique complet indispensable au diagnostic de troubles de l'équilibre. Il permet d'apprécier la précision spatiale du geste et sa coordination.



2 L'examen otoscopique, réalisé ici avec une caméra, doit permettre de mettre en évidence d'éventuelles anomalies tympaniques.



5 Le test de Romberg sensibilisé consiste à rester en équilibre plusieurs secondes un pied devant l'autre, yeux ouverts et fermés. Réussi, il signifie que les voies visuelle, vestibulaire et posturo-podale travaillent en coordination.

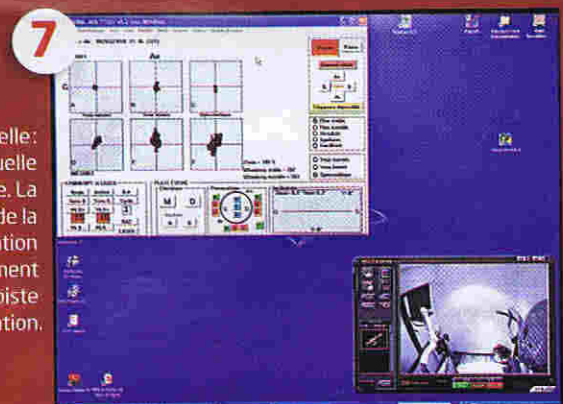


6 Les tests de posturographie dynamique par Multitest permettent l'exploration de l'instabilité. Cet appareil semblable à un ring au sol, mouvant sur commande, est également un outil de rééducation.



3 La vidéonystagmographie permet de rechercher un nystagmus, spontané comme ici ou provoqué par épreuve calorimétrique.

La posturographie dynamique évalue le pourcentage d'utilisation de chaque entrée sensorielle : posturo-podale, visuelle et vestibulaire. La connaissance de la stratégie d'équilibration du sujet est un élément du diagnostic et une piste de rééducation.



QUELLE CONDUITE TENIR FACE AUX ACOUPHÈNES?

«On ne peut pas traiter des acouphènes si on ne sait pas comment les gens entendent. Il est donc impératif de vérifier l'audition avant tout traitement», indique le Dr Aillagon-Bourguet, ORL à Levallois-Perret. En parallèle, un interrogatoire précis du patient doit permettre de déceler les facteurs de risque incriminés. «Les acouphènes traduisent une souffrance des petits vaisseaux de l'oreille, tous les facteurs de

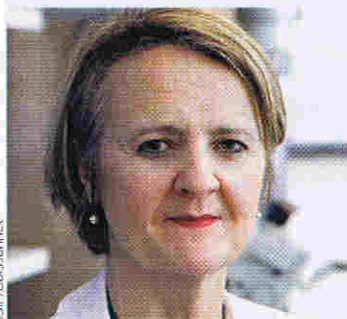
risque cardiovasculaires doivent donc être explorés», conseille la spécialiste. Un doppler du cou peut également être recommandé.

Chez les patients jeunes, il faut rechercher la survenue d'un choc sonore brutal, type concert ou soirée en boîte de nuit accompagné ou non d'une surdité brusque. «Dans le cas d'un acouphène aigu comme pour une surdité brutale causée par un virus, il faut

agir en urgence car la perte d'audition est irréversible», alerte le Dr Aillagon-Bourguet. Il s'agit pour le médecin généraliste de mettre son patient sous cortisone (1 mg/kg par jour) et de l'adresser à un confrère ORL pour la réalisation d'un audiogramme sous 8 jours maximum. «Il ne faut pas que les médecins généralistes hésitent à appeler eux-mêmes pour adresser leurs patients en urgence, c'est sou-

vent plus efficace», conseille cette ORL de la région parisienne. Pour des acouphènes chroniques et/ou psychogènes, il n'y a pas d'urgence à prescrire un traitement, même dans l'intervalle jusqu'à la consultation ORL. La composante psychologique étant très importante dans les acouphènes, la consultation d'un confrère psychologue ou psychiatre peut se révéler bénéfique pour le patient.

Suite page 22



Dr LAURENCE AILLAGON-BOURGUET, ORL, Levallois-Perret, spécialiste vertiges et acouphènes

«Un bilan de l'équilibre et de l'audition devrait être systématique vers 60 ans»

Les consultations pour vertiges sont très fréquentes en médecine générale. Y a-t-il une erreur à ne pas faire dans leur prise en charge?

Le risque est de confondre vertige et instabilité. Les personnes âgées à terrain vasculaire et les jeunes cadres surmenés appellent souvent vertiges la sensation de marcher sur du coton ou d'avoir les jambes toutes flageolantes. On parle d'instabilité ou d'ébriété: ce n'est pas un vertige. Les prescriptions d'antivertigineux n'ont, dans ce cas, aucune raison d'être car ils ne marchent pas du tout. L'origine des troubles peut être complexe, multifactorielle, visuelle (glaucome, cataracte ou DMLA chez les personnes âgées), proprioceptive, ou vestibulaire (par omission vestibulaire) ce qui est très souvent récupérable par rééducation. Encore faut-il le dépister à temps pour éviter chez la personne âgée la fracture du col du fémur...

Qui peut faire ce dépistage et comment?

Le médecin généraliste d'abord, puisqu'il suit régulièrement son patient. Les premiers signes peuvent transparaître dans l'interrogatoire et se détecter par un test très simple. Quel que soit l'âge, on doit faire un test de Romberg sensibilisé, yeux ouverts et fermés. Si ce test est parfait, cela signifie que les voies visuelle, vestibulaire et posturo-podale travaillent en parfaite coordination. Dans le cas contraire, un avis ORL est souhaitable pour explorer le vestibule: test calorique, potentiels évoqués otolithiques, vidéo-nystagmographie et enfin posturologie par Multitest. C'est un test qui a révolutionné l'exploration de l'instabilité ces dernières années et qui permet de plus de faire une rééducation de grande qualité, adaptée à chaque patient. Il faut absolument détecter les instabilités avant que l'équilibre ne se dégrade. Un bilan de l'équilibre et de l'audition devrait être systématique vers 60 ans, au moins. On fait des bilans réguliers chez le dentiste ou chez la gynéco par contre pour adresser à un ORL, on attend que la perte d'audition soit irréversible ou que la personne fasse des chutes à répétition. Pourtant en ORL comme dans toutes les spécialités, la prévention peut faire des merveilles!

VASTAREL 35mg

Trimétazidine

Vertiges et acouphènes,
deux symptômes
d'une souffrance de
l'oreille interne



TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE D'APPOINT DES VERTIGES ET DES ACOUPHÈNES

VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée. **Composition et forme**: Boîte de 60 cp pelliculés à libération modifiée de dichlorhydrate de trimétazidine dosés à 35 mg. **Indications thérapeutiques**: • En cardiologie: traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine. • En ORL: traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes. • En ophtalmologie: traitement d'appoint des baisses d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. **Propriétés**: **Propriétés pharmacodynamiques**: AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTIANGINEUSE. La trimétazidine, en préservant le métabolisme énergétique de la cellule exposée à l'hypoxie ou à l'ischémie, empêche l'abaissement du taux intracellulaire de l'ATP. Elle assure ainsi le fonctionnement des pompes ioniques et des flux transmembranaires Na⁺-K⁺ et maintient l'homéostasie cellulaire. Les études contrôlées, chez l'angoreux, ont montré que la trimétazidine: • augmente la réserve coronaire (le délai d'apparition des troubles ischémiques liés à l'effort), dès le 15^e j du traitement, • limite les à-coups tensionnels liés à l'effort, sans entraîner de variations significatives de la fréquence cardiaque, • diminue significativement la fréquence des crises angineuses, • entraîne une diminution significative de la consommation de trinitrine. Dans une étude réalisée sur 2 mois, chez des patients recevant 50 mg d'aténolol, l'ajout de 1 cp à libération modifiée de trimétazidine 35 mg entraîne, par rapport au placebo, un allongement significatif du délai d'apparition d'un sous-décalage de 1 mm du segment ST à l'épreuve d'effort 12 h après la prise. **Propriétés pharmacocinétiques**: • Sur 24 h, la concentration plasmatique se maintient à des concentrations ≥ 75 % de la C_{max} pendant 11 h. **Contre-indications**: Hypersensibilité à l'un des constituants du produit. **Grossesse et allaitement**: Éviter de prescrire pendant la grossesse - allaitement déconseillé. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi**: Généralement déconseillé pendant l'allaitement (cf. Grossesse et allaitement). Ce médicament n'est pas un traitement curatif de la crise d'angor, il n'est pas non plus indiqué comme traitement initial de l'angor instable, ou de l'infarctus du myocarde, ni dans la phase préhospitalière, ni pendant les premiers jours d'hospitalisation. En cas de survenue d'une crise d'angor, une réévaluation de la coronaropathie s'impose, et une adaptation du traitement doit être discutée (traitement médicamenteux et éventuellement revascularisation). **Effets indésirables**: Rares troubles gastro-intestinaux (nausées et vomissements). Très rares symptômes parkinsoniens, réversibles à l'arrêt du traitement. **Posologie et mode d'administration**: 1 cp matin et soir au moment du repas. CTJ: 0,37 €. Arrêt du traitement si absence de réponse à 3 mois. AMM 357 245-8 (60 cp); 357 247-0 (100 cp: modèle hospitalier) (août 2001). Coll. **Prix**: 11,04 €. Remb. Séc. soc.: 35 % dans le traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine et dans le traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes, non remboursé dans le traitement d'appoint des baisses d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. **Information médicale**: Biopharma - 35, rue de Verdun - 92284 Suresnes Cedex - Tél. 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92200 Neuilly-sur-Seine. Information plus complète: cf. RCP sur www.atssaps.fr

1 comprimé matin et soir



QUAND PRESCRIRE LES CORTICOÏDES?

22 EXERCICE IMPACT MÉDECINE • N°305 • 14 JAN VIER 2010

La corticothérapie est largement prescrite en ORL, dans des indications très diverses. Pourtant, il s'agit le plus souvent de prescriptions hors AMM avec un niveau de preuve faible. Même dans les indications de surdité brusque ou de paralysie faciale où les corticoïdes sont abondamment prescrits en cure courte, il existe très peu d'études scientifiques pour justifier cet usage. De la même façon, pour tout ce qui concerne l'équilibre, les prescriptions de corticoïdes sont habituelles voire recommandées, mais le niveau de preuve n'est pas suffisant pour justifier une AMM.

Reste une situation où la corticothérapie est réellement indispensable: «En cas d'urgence respiratoire aiguë, la question ne se pose pas. Les corticoïdes en IV ou en aérosol avec de l'adrénaline sauvent des vies», résume le Pr Sébastien Schmerber, ORL au CHU de Grenoble. «Cette situation d'urgence chez un patient en dyspnée sévère avec suspicion d'épiglottite ou de laryngo-trachéo-bronchite staphylococcique par exemple justifie une prescription de corticoïdes par le médecin généraliste avant transfert aux urgences. Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'urgence à initier une corticothérapie d'emblée. On peut attendre la consultation ORL et bien peser l'intérêt de cette prescription», conseille le Pr Schmerber.

Il semble prudent également de relativiser la notion d'urgence infectieuse en ORL. Même en cas de phlegmon péri-amygdalien ou d'infection extensive au niveau cervical avec



Pr SÉBASTIEN SCHMERBER, ORL, CHU de Grenoble.

«La prescription de corticoïdes n'a plus aucune raison d'être. Pour prendre en charge une otite moyenne aiguë, c'est antibiothérapie et antalgiques et c'est tout.»

un point de départ infectieux dentaire ou amygdalien, il faut vraiment se poser la question de l'intérêt des corticoïdes. «Et s'il y a un message à retenir, c'est d'éviter absolument les AINS dans toutes les infections à porte d'entrée ORL. Leur effet est potentiellement délétère, alerte le Pr Schmerber. On observe des complications gravissimes comme des

cellulites faciales ou cervicales qu'il faut parfois trachéotomiser. Quand on remonte l'historique, il y a quasiment toujours eu des prescriptions inappropriées et prolongées d'AINS ou d'anti-inflammatoires stéroïdiens pour des angines ou des infections dentaires.»

LES POLYPOSES, SEULE INDICATION

Autre exemple de corticothérapie inappropriée, le traitement de l'otite moyenne aiguë. Les recommandations de l'Afssaps, réactualisées en 2005, soulignent que «l'utilité des corticoïdes n'est pas démontrée». Pourtant, cette prescription ancrée dans les usages a du mal à cesser. «La prescription de corticoïdes n'a plus aucune raison d'être. Pour prendre en charge une otite moyenne aiguë, c'est antibiothérapie et antalgiques et c'est tout», insiste le Pr Schmerber.

En médecine générale, il semble que la seule indication véritablement pertinente soit le suivi des polyposes naso-sinusiennes chroniques. «Les sprays de corticoïdes en traitement de fond se révèlent dans ce cas très intéressants car ils apportent une concentration locale de corticoïdes par voie intra-nasale sans passage systémique», indique le Pr Schmerber.

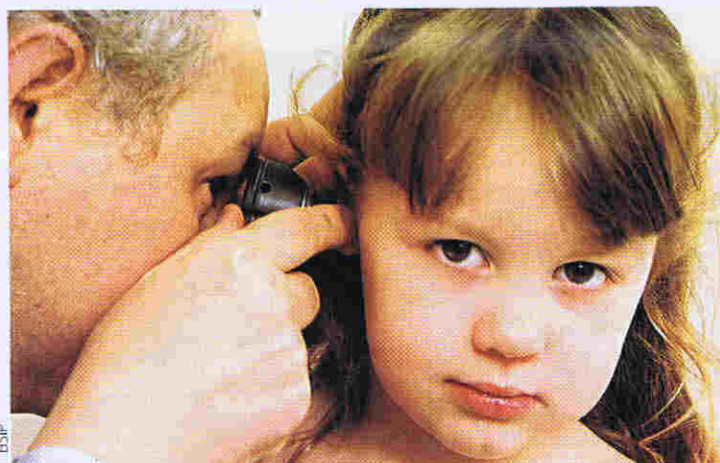
En résumé, il est plus prudent d'éviter corticoïdes et AINS dans les infections ORL banales et ne pas hésiter à adresser soi-même les patients très urgents à un confrère ORL plutôt que d'initier une corticothérapie non indispensable.

QUE FAIRE EN CAS D'OTITE SÉREUSE À RÉPÉTITION CHEZ L'ENFANT?

«L'otite séreuse est une otite chronique, il n'y a pas de caractère d'urgence et absolument aucune indication pour un traitement corticoïde ni antibiotique», rappelle le Pr Sébastien Schmerber, ORL au CHU de Grenoble. Il s'agit donc pour le médecin généraliste de faire comprendre aux parents que cette situation sans fièvre, sans douleur et sans inflammation, malgré la présence de liquide derrière le tympan, ne nécessite pas de prescription médicamenteuse type antibiotico-corticoïde même si la consultation ORL se fait attendre. «Il s'agit en quelque sorte d'une maladie d'adaptation. L'étape préalable à tout traitement de fond est d'en rechercher la cause par un interrogatoire précis sur l'éventuel terrain de l'enfant. Le médecin généraliste est idéalement placé», souligne le Pr Schmerber. L'exposition au taba-

gisme passif, les antécédents d'atopie et d'allergie ainsi que la présence d'animaux à la maison doivent être évoqués pour réduire au maximum les facteurs de risques. Chez les tout-

petits, l'âge d'entrée à la crèche, la vie en collectivité, la durée d'allaitement et la prématurité sont également des éléments à prendre en compte.



L'otite séreuse ne nécessite pas de prescription médicamenteuse.



Tous les pollens ne répondent pas à la désensibilisation.

QUELLE PLACE POUR LA DÉSENSIBILISATION DANS LA RHINITE ALLERGIQUE?

«La désensibilisation apporte un vrai bénéfice aux patients souffrant de rhinite allergique, à condition d'avoir bien éliminé toutes les pathologies associées, notamment la sinusite qu'il faut traiter avant», indique le Dr Martine Ostorero, ORL allergologue, Marseille.

Pour autant, ne sont concernés que les patients qui présentent une rhinite résistante aux traitements symptomatiques (antihistaminiques et corticothérapie locale) et persistante (symptômes présents plus de 4 jours par semaine ou 4 semaines par an selon l'ARIA, le groupe de consensus sur la rhinite allergique et son impact sur l'asthme). Tous les allergènes ne sont également pas encore suffisamment standardisés pour pouvoir s'inscrire dans une désensibilisation, comme l'explique le Dr Ostorero: «pour les acariens, les pollens de graminées, de bouleau ou de cyprès, aucun problème. Mais certains phanères d'animaux ne sont pas encore parfaitement maîtrisés et l'éviction reste encore la meilleure solution.»

DÉSENSIBILISER QUEL QUE SOIT L'ÂGE

On dit souvent qu'un patient poly-allergique ne peut pas être désensibilisé. «En réalité, à l'interrogatoire, on retrouve toujours un allergène qui prédomine et dont la désensibilisation apporte déjà un grand soulagement, d'autant plus que les allergies se multiplient entre elles», précise la spécialiste. Cet interrogatoire détaillé peut être initié par le médecin généraliste, d'autant plus qu'il doit concerner l'environnement du patient, son mode de vie, son habitat...

L'intérêt de désensibiliser au stade rhinite est d'empêcher «l'évolution globale de la maladie allergique, on évite ainsi le développement de l'asthme et de polyallergies», souligne le Dr Ostorero. L'ARIA recommande de désensibiliser préférentiellement les enfants à partir de 5 ans et les jeunes adultes. «Mais il n'y a pas de limite d'âge supérieure, un patient qui déclare une allergie après 30 ans ne présente pas de contre-indication pour la désensibilisation», indique Martine Ostorero.

LA VOIE ORALE APPRÉCIÉE

La désensibilisation ou immunothérapie spécifique a d'abord fait appel à la voie sous-cutanée puis sublinguale et va désormais pouvoir se présenter sous forme de comprimés. «La voie sublinguale a vraiment été une révolution. Elle présente moins de risques d'effets secondaires majeurs, et peut donc se faire au domicile du patient. La montée des doses est beaucoup plus rapide (en moins de 15 jours) et l'absence d'injection est très appréciée des jeunes patients» note la spécialiste. La forme en comprimés accentue encore le côté pratique puisque le patient pourra désormais se fournir directement chez son pharmacien, ce qui inquiète le Dr Ostorero: «J'ai peur que justement le traitement s'en trouve banalisé, ce qui pourrait augmenter les risques d'oubli et nuire à l'observance.» Le traitement d'entretien nécessite une prise quotidienne pendant 3 à 5 ans, ce qui demande en effet une grande motivation du patient. Un domaine dans lequel le médecin généraliste peut intervenir, en relais du spécialiste.