

Étourdissements et syncopes comment ne pas tourner en rond ?

1

Jacques Bédard

Est-il possible que le fait de voir et d'évaluer un patient étourdi puisse devenir le plaisir ultime du clinicien ?

LES ÉTOURDISSEMENTS constituent le troisième symptôme (motif de consultation) le plus fréquent en médecine, après la fatigue et les douleurs thoraciques. Très souvent, les médecins se sentent démunis devant le symptôme de par la multiplicité des systèmes, appareils et problèmes spécifiques potentiellement en cause dans sa genèse. Le recours à l'approche globale est d'autant plus difficile que le symptôme est habituellement abordé et enseigné sous l'angle d'une spécialité médicale, sans véritable stratégie d'approche clinique systématique et globale.

Est-il possible d'évaluer un patient étourdi... et de ne pas tourner en rond ?

Nous proposons donc un système de navigation comportant trois étapes successives et amenant le cli-

Le Dr Jacques Bédard, interniste, est professeur titulaire d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Il est consultant en médecine interne au CHUS, au Centre de santé de Memphrémagog et à la Clinique médicale London. Il est également lauréat du « OSLER AWARD 2002 » de la Société canadienne de médecine interne (Collège royal des médecins et chirurgiens).

nicien à restreindre progressivement le champ des systèmes et appareils pathologiques et des maladies potentielles pour arriver ultimement au diagnostic final.

La pierre angulaire de tout le système est définitivement la première étape, qui consiste à repérer le symptôme spécifique qui se cache derrière l'expression « Je suis étourdi » utilisée spontanément par le patient. En déterminant le type de symptôme dont souffre le patient, nous sommes en mesure d'indiquer précisément le système pathologique en cause. Nous pouvons donc éliminer toutes les maladies liées aux autres systèmes, sans évaluation ni examen supplémentaires.

Quels sont les outils utilisés par le clinicien pour l'aider à toujours formuler une opinion claire ?

L'outil clinique utilisé à la première étape est essentiellement l'**anamnèse** à l'aide, plus spécifiquement, de questions ouvertes. Par exemple :

- ☉ « Racontez-moi ça ! »
- ☉ « Quand vous dites que vous êtes étourdi, qu'est-ce que ça fait ? »
- ☉ « Quelle impression avez-vous quand ça se produit ? »
- ☉ « Si vous deviez utiliser un autre mot que "étourdi" »

La pierre angulaire de tout le système est définitivement la première étape, qui consiste à repérer le symptôme spécifique caché derrière l'expression « Je suis étourdi » utilisée spontanément par le patient. En déterminant le type de symptôme dont souffre le patient, nous sommes en mesure d'indiquer précisément le système pathologique en cause (nous pourrions donc éliminer toutes les maladies liées aux autres systèmes, sans évaluation ni examen supplémentaire).

L'outil clinique utilisé à la première étape est essentiellement l'anamnèse à l'aide, plus spécifiquement, de questions ouvertes.

Repères

Tableau

Quatre types d'étourdissements

Type 1 : Vertiges

Sensation de mouvement dans l'espace, habituellement rotatoire, nous orientant vers un problème de l'oreille interne (vestibule) ou de ses connexions avec le système nerveux central (tronc cérébral, cervelet.)

Type 2 : Lipothymie, présyncope, faiblesse subite, « voile noir »

Symptômes de courte durée (secondes) nous orientant essentiellement vers un trouble du système cardiovasculaire bénin (syncope réflexe vagale : miction, etc.) ou grave (syncope cardiaque : arythmie ventriculaire, bloc AV, pause sinusale, etc.)

Type 3 : Perte d'équilibre à la marche

Symptôme nous orientant vers une cause neuromusculaire liée à un trouble du système nerveux central, de la moelle épinière, des nerfs périphériques ou des muscles. On peut obtenir une confirmation par un examen neurologique et musculaire.

Type 4 : Sensation de tête légère, « de flotter dans l'espace » (*lightheadedness*)

Symptômes, durant habituellement plusieurs heures, souvent accompagnés d'une kyrielle d'autres symptômes non spécifiques (céphalées, scotomes, engourdissements, difficulté à se lever) que le patient exprime spontanément et qui nous permettent de déterminer s'il s'agit d'étourdissements de type 1, de type 2 ou de type 3.

Les étourdissements de type 4 sont secondaires de l'hyperventilation.

pour décrire ce que vous ressentez, que diriez-vous ? »

Les patients ont souvent beaucoup de difficultés à décrire de façon précise le symptôme qu'ils éprouvent. L'interrogatoire initial avec des **questions ouvertes** non dirigées est la condition essentielle qui déterminera le passage à la 2^e et à la 3^e étape.

L'erreur la plus fréquente que font les médecins, soit dans le but d'aider le patient ou de gagner du temps, est de poser une **question fermée** (question pouvant entraîner un oui ou un non comme réponse) : « Est-ce que ça vous arrive d'avoir l'impression que ça tourne ? Vous arrive-t-il d'avoir l'impression de perdre connaissance ou d'avoir une faiblesse subite ? »

Cette formulation, contenant un symptôme spécifique, sera perçue par le patient comme une « planche de salut » qui va lui permettre de donner une ré-

ponse satisfaisante au médecin et d'empêcher ce dernier de continuer à le torturer avec ses questions.

L'effet pervers pour le patient et le médecin est de perdre à tout jamais le seul outil qui permet de trouver précisément le système pathologique en cause et qui conditionne l'approche spécifique dans les étapes suivantes.

Sans cette information cruciale qu'est le symptôme spécifique exprimé spontanément par le patient, il est impossible d'utiliser une stratégie d'approche rationnelle. Nous sommes alors condamnés à « tirer tous azimuts » avec de multiples examens et consultations jusqu'à ce qu'un problème « X » soit repéré, sans qu'il soit nécessairement la cause des symptômes décrits par le patient).

Aperçu de l'approche en deuxième et troisième étape (tableau)

Après avoir déterminé que le patient souffrait d'étourdissements de type 1 (vertiges) dans une première étape, le clinicien passera à la deuxième étape afin de savoir si le problème est d'origine centrale (tronc cérébral, cervelet) ou vestibulaire périphérique, en utilisant essentiellement l'anamnèse et l'examen physique (sans avoir recours à des examens de haute technologie).

L'article du Dr François Évoï traitera des vertiges d'origine centrale tandis que celui du Dr Jacques Bédard abordera les vertiges d'origine vestibulaire périphérique.

Après avoir déterminé que le patient souffre d'étourdissements de type 2 (lipothymie, présyncope, faiblesse subite), le clinicien passera à la deuxième étape et réussira à faire un diagnostic étiologique précis chez la majorité des patients. Les outils utilisés dans cette deuxième étape sont essentiellement l'anamnèse, l'examen physique et l'électrocardiographie.

Ces trois outils mèneront au diagnostic final dans 75 % des cas d'étourdissements de type 2. Pour les 25 % restant, le médecin doit établir si son patient a un cœur sain ou un cœur malade afin de déterminer l'urgence de procéder à une évaluation et les outils qu'il utilisera à la troisième étape.

Ainsi, les lipothymies d'origine cardiaque (tachycardie supraventriculaire et ventriculaire, bradycardie, pause, bloc, etc.) se retrouveront le plus

souvent chez les patients plus âgés souffrant de maladies coronariennes et d'un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche (tachycardie ventriculaire chez 70 % des malades). Ces cas nécessiteront plus volontiers une évaluation urgente en milieu hospitalier (enregistrement Holter, échocardiographie, électrocardiographie d'effort, utilisation d'un moniteur ECG implantable ou *loop recorder*, étude électrophysiologique).

À l'opposé, les lipothymies survenant chez les patients plus jeunes sans cardiopathie sont habituellement associées à des problèmes de type réflexe (réaction vagale : miction, toux, défécation, réaction cardiaque réflexe). Les lipothymies de type réflexe ne changent pas le pronostic vital et ne nécessitent souvent pas d'autres évaluations.

Il peut arriver, dans des cas très exceptionnels de présyncope et de syncope (réflexe), que la gravité des symptômes justifie une évaluation en troisième étape incluant le recours à un enregistrement Holter, à un moniteur ECG implantable (*loop recorder*) ou à un test d'inclinaison à l'aide d'une table basculante. Ce sujet sera abordé en détail dans l'article du D^r Serge Lepage.

Après avoir déterminé que le patient souffre d'étourdissements de type 3 (perte d'équilibre à la marche), le clinicien posera habituellement en 2^e étape le diagnostic spécifique d'un problème neurologique, musculaire ou polysensoriel à l'aide de l'anamnèse et de l'examen physique. Ce problème est particulièrement lourd de conséquences chez les personnes âgées et sera couvert en détail dans l'article du D^r Serge Brazeau.

La découverte d'étourdissements de type 4 (sensation de tête légère associée à une hyperventilation et à de l'anxiété) est particulièrement importante.

En effet, les patients présentant ce type d'étourdissements sont le plus souvent orientés vers de multiples spécialités et subiront d'innombrables examens de haute technologie. Cette démarche n'apportera pas le diagnostic qu'espère le patient, car ces examens per-

mettent de conclure que « ce n'est pas ceci, ni cela », mais jamais de dire ce dont souffre le patient.

Cette démarche ne fera qu'enliser de plus en plus le patient dans la conviction qu'il souffre d'une maladie grave, puisque les médecins ne trouvent pas la cause de ses symptômes. Cette croyance créera un cercle vicieux, l'anxiété accrue augmentant l'hyperventilation... qui augmente les symptômes... qui augmentent l'anxiété et ainsi de suite.

Le diagnostic d'étourdissements de type 4 n'est pas un fourre-tout et peut être confirmé par un test d'hyperventilation provoquée. De cette façon, le patient trouve lui-même la cause de ses symptômes. Il coupe ainsi le cercle vicieux de l'anxiété, ce qui constitue la première étape du traitement.

De plus, nous pouvons modifier considérablement l'évolution de l'état des patients en leur montrant qu'ils peuvent atténuer les symptômes invalidants (en maîtrisant leur respiration) afin de ne pas les laisser régir leur vie.

Par la suite, pour diminuer la fréquence des étourdissements, il faut traiter les syndromes anxieux et la panique, sujets couverts dans l'article de la D^{re} Diane Clavet.

AU COURS de la première étape, le défi du médecin consiste à déterminer le **type** d'étourdissements en posant des questions ouvertes au patient, sans jamais lui suggérer un symptôme spécifique. La formulation d'une opinion claire sur le type d'étourdissements est la clé du succès pour découvrir l'origine des symptômes :

- ☉ Type 1 : Vertiges – Vestibule – SNC (tronc cérébral – cervelet) ;
- ☉ Type 2 : Lipothymie – Système cardiovasculaire ;
- ☉ Type 3 : Perte d'équilibre à la marche – Problème neuromusculaire ;
- ☉ Type 4 : Sensation de tête légère – Anxiété et hyperventilation.

Le diagnostic d'étourdissements de type 4 n'est pas un fourre-tout et peut être confirmé par un test d'hyperventilation provoquée. De cette façon, le patient trouve lui-même la cause de ses symptômes. Il coupe ainsi le cercle vicieux de l'anxiété, ce qui constitue la première étape du traitement.

Repère

Encadré

La stratégie de navigation dans les symptômes « étourdissements et syncopes » est disponible dans Internet au www.lemieuxbedard.com/emc et peut être téléchargée dans un ordinateur de poche ou un Palm Pilot (programme *Documents to Go*). Les trois étapes de l'approche pour chaque type d'étourdissements y sont présentées, ainsi que l'approche détaillée pour les vertiges périphériques et la manœuvre de repositionnement des otolithes (manœuvre d'Epley).

Pour transférer le document dans votre ordinateur ou Palm Pilot, allez sur le site, cliquez sur « Étourdissements et syncopes », puis importez le dossier (en format PowerPoint) sur le bureau de votre ordinateur. Par la suite, trouvez l'icône *Documents to Go* sur le bureau et ouvrez-la en cliquant deux fois dessus. Enfin, faites glisser le dossier importé dans *Documents to Go*. Le dossier s'installera automatiquement dans l'ordinateur de poche ou le Palm Pilot lors de la prochaine manœuvre *Hot Sync*.

En général, il est possible d'y arriver en moins de cinq minutes.

À elle seule, cette étape permet déjà d'augmenter considérablement la performance du clinicien dans l'approche du symptôme. En effet, le médecin évitera au patient une multitude de tests et de consultations dans la mauvaise spécialité, puisqu'il aura d'abord trouvé le système pathologique.

Après avoir ouvert la bonne porte, le clinicien entre dans le système pathologique en deuxième et troisième étape pour chaque type d'étourdissements, de façon à restreindre progressivement le diagnostic différentiel au diagnostic final. Cette démarche utilise les outils redoutables que sont l'anamnèse et l'examen physique.

La répétition rigoureuse de cette démarche séquentielle (Étapes 1 – 2 – 3) débouchera rapidement sur l'installation d'un nouveau « réflexe de pratique » qui permettra au clinicien d'accéder à un niveau de performance et conséquemment de confiance jusqu'à maintenant insoupçonné. 🦋

Date de réception : 22 octobre 2004

Date d'acceptation : 12 janvier 2005

Mots-clés : vertige, syncope, hyperventilation, anxiété

Lectures suggérées

1. Furman JM, Cass SP. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 1999; 341 : 1590-6.

Summary

Dizziness and Syncope: how to stop turning around and around...! This article suggests a three-step approach to the “Dizzy” patient, relying essentially on clinical informations. The first step will target identification of the “specific symptom” hiding behind this general non specific term “dizziness”. The identification of the specific symptom will then lead to recognition of the specific pathological system involved in this patient. There are four types of dizziness:

- Dizziness Type 1: Vertigo
(Vestibular versus Central Nervous System problem)
- Dizziness Type 2: Fainting, pre-syncope, black-out
(Cardiovascular system problem)
- Dizziness Type 3: Walking disequilibrium
(Neuromuscular, polysensorial problem)
- Dizziness type 4: Lightheadedness
(Hyperventilation, Anxiety)

It is critical, in the first step, to use open questions like “What do you feel when you're dizzy...? What kind of feeling is it...?” and avoid suggesting a possible specific symptom like: “Do you feel your head is spinning around...?” This last example will deprive the clinician from the only information that will lead him to the specific system involved.

In this collection of articles, we will then address each system specifically with a clinical strategy to narrow progressively the differential diagnosis up to the final diagnosis and its management, in step 2 and 3.

Keywords: vertigo, syncope, hyperventilation, anxiety

2. Parnes LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo. *CMAJ* 2003; 169 (7) : 681-93.
3. Barber. Analysis of dizziness. *Med North Am* 1989; 6179-85.
4. Froehling DA, Bowen JM, Silverstein MD et coll. A controlled trial of canalith repositioning procedure for the treatment of benign positional vertigo in general internal medicine outpatient practice (résumé). *J Gen Intern Med* 1999; 14 (Suppl 2) : 31.
5. Lanska DJ, Remler B. Benign paroxysmal positioning vertigo: classic descriptions, origins of the provocative positioning techniques and conceptual developments. *Neurology* 1997; 48 : 1167-77.
6. Brignole M. Task Force Report: Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001; 22 (15) : 1256-1301.
7. Drachman D. Dizziness and vertigo. Dans : Goldman L, Ausiello D. *Cecil Textbook of medicine*. 22^e éd. Philadelphie : Saunders ; 2004.

La rédaction de la revue tient à préciser que la stratégie d'évaluation des étourdissements en trois étapes et des vertiges périphériques est un concept de l'auteur. Le tableau de l'article est reproduit avec la permission de ce dernier.