

Problématique

Le vertige est un motif fréquent de consultation dans les services d'accueil des urgences (SAU). Plusieurs difficultés compliquent la conduite diagnostique et donc thérapeutique. Tout d'abord, la **terminologie** puisque le mot vertige est plus souvent utilisé par le patient pour désigner une sensation subjective d'étourdissement qu'un vertige au sens médical du terme. Ainsi seul **30%** des patients se présentant au service d'accueil des urgences Nord avec comme doléance un vertige, qu'il soit isolé ou associé à d'autres symptômes, a un **authentique vertige rotatoire**. D'autre part, la **multiplicité des présentations cliniques** et l'association à des signes d'accompagnements compliquent la prise en charge diagnostique et donc thérapeutique. Alors que la majorité des syndromes vertigineux sont expliqués par des pathologies le plus souvent bénignes, certaines étiologies peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel (labyrinthite) ou vital (AVC...).

Il est donc fondamental de définir une stratégie diagnostique adaptée aux SAU de manière à faciliter l'orientation de ces patients.

Le but de ce travail est de présenter les résultats d'une étude rétrospective effectuée sur un an au SAU NORD. L'objectif a été de réaliser à la fois une étude statistique sur les patients admis en SAU pour un syndrome vertigineux, mais aussi un audit des pratiques diagnostiques et thérapeutiques afin d'optimiser les stratégies diagnostique et thérapeutique. Un arbre décisionnel a été élaboré à la lumière des ces résultats.

Matériels et Méthodes

L'analyse épidémiologique, des stratégies diagnostiques et des orientations thérapeutiques préconisées a été menée sur de 606 dossiers de patients entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2005. Nous avons focalisé notre analyse sur le motif d'entrée, le recueil des données cliniques, la prescription d'examen complémentaires et d'avis spécialisés, les diagnostics posés à la sortie des patients et leur orientation finale. Ont également été analysés de manière statistique le taux d'hospitalisation et l'absence de diagnostic en fonction des critères cliniques.

Résultats

L'analyse des résultats révèle une majorité de femmes (62,2%), un âge moyen de consultation de 48,1 ans, une durée moyenne de passage aux urgences de 3,59 heures et environ 20% d'hospitalisation. Dans 94% des cas, la réalité ou non du vertige au sens médical du terme a pu être définie. 32% des patients présentaient un authentique vertige rotatoire, signe retrouvé dans 51,8% du total des hospitalisations. Dans 4,3% des cas, les patients n'ont pas eu d'examen neurologique.

Les diagnostics de sortie rassemblés par sous-groupes d'étiologie sont les suivant : Cardio-circulatoire 18,6%, vertiges non étiquetés 17,2%, ORL 11,5% dont seulement 4.5% de neuronite, neurologie 8,7%, psychogène 7,9%, iatrogénie médicamenteuse 6,9%, vasculaire 0,3%, gastro-entérologie/infectieux/altération de l'état général/métabolique/Autres.. 22,6%.

A noter que les dossiers sans conclusion représentent 6,5% de la totalité des dossiers étudiés.

Par ailleurs, l'association céphalées/vertige rotatoire (9,7% des consultations) n'a pas été considérée comme un signal d'alerte car seulement 33,9% des patients dans ce cas de figure ont bénéficié d'une imagerie cérébrale. De plus, la recherche de signes cochléaires (non quantifiée) apparaît peu souvent notifiée dans les dossiers.

Conclusion

L'étude révèle une prise en charge aléatoire du symptôme vertige liée d'une part, à la sous-estimation ou une méconnaissance de l'importance de l'interrogatoire et de l'examen clinique, et d'autre part, à l'absence de stratégie diagnostique systématisée. Pour l'améliorer, un arbre décisionnel, basé sur une démarche exclusivement clinique, est proposé.

possibles.