

Il est important de déterminer ce que le patient entend par ce terme vague. Des sensations très différentes sont décrites comme des malaises:

- la sensation d'être instable à la marche ou à la station debout;
- la sensation que le patient ou son environnement bouge;
- la sensation d'étourdissement à l'effort, à la marche, en se levant ou en se penchant, lors d'une toux ou d'une miction;
- l'angoisse de perdre connaissance;
- un cœur qui bat très vite;
- des étourdissements déclenchés par une odeur ou une vision déplaisantes.

Il vous faudra distinguer entre:

- des vertiges. Votre patient a le sentiment que le monde tourne ou qu'il tourne lui-même dans son environnement; ils peuvent être associés à des nausées et des vomissements;
- des étourdissements;
- une sensation imminente de perte de connaissance.

• LE PATIENT EST-IL MALADE? LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Un malaise n'engage habituellement pas le pronostic vital, bien qu'il puisse affecter notablement la qualité de vie et les activités quotidiennes. Les signes d'alerte d'une atteinte potentiellement grave sont :

- la présence d'une maladie vasculaire, d'une atteinte coronarienne ou d'une arythmie;
- une atteinte du tronc cérébral: vision double et déficit musculaire, en particulier des muscles de la parole (dysarthrie);

- une atteinte de l'appareil cochléaire: surdité et vertige.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Presque chacun d'entre nous a fait l'expérience de la cause la plus fréquente: une station debout prolongée dans un environnement chaud, ou un lever brutal d'une position couchée ou assise. Des sensations d'instabilité sont également fréquentes dans le mal du voyage.

Avec l'âge, l'*arthrose cervicale* exerce des compressions osseuses sur la vascularisation cérébrale. Les vaisseaux peuvent être pincés lors de la rotation de la tête ou de l'extension du cou.

L'atteinte du système autonome d'origine diabétique, dans la maladie de Parkinson ou au cours d'un traitement anti-hypertenseur, empêche l'élévation normale de la pression artérielle lors du changement de position, provoquant une *hypotension orthostatique* (cf. chapitre 14).

Des infections virales peuvent provoquer une *neurite vestibulaire*.

Les malaises peuvent être aggravés par des changements de position de la tête (vertige positionnel bénin).

Un épisode isolé de malaise avec surdité de perception peut être dû à une labyrinthite avec nausées, vomissements, prostration et nystagmus manifeste.

• QUELQUES CAUSES PLUS RARES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

Des malaises peuvent accompagner des atteintes neurologiques, comme l'infarctus du

Causes et symptômes du trouble

tronc cérébral, la sclérose en plaques, les lésions de la fosse postérieure, le neurinome de l'acoustique ou les atteintes cérébelleuses.

Ils sont très handicapants mais relativement rares. Ces sensations de malaise, aggravées par la fermeture des yeux, sont habituellement dues à des lésions des cordons postérieurs de la moelle.

Des épisodes récidivants de vertige intense avec une aggravation de la surdité de perception orientent vers une maladie de Ménière, qui peut être très handicapante.

• GROUPES À RISQUES

En raison du très grand nombre de maladies qui peuvent provoquer des malaises, très peu de personnes peuvent être considérées comme ayant un risque particulier: celles affectées par une maladie vasculaire, traitées par un médicament anti-hypertenseur ou âgées.

• TROUVER LA CAUSE

Un véritable vertige peut provenir de deux types de lésions:

- des lésions centrales dues à une atteinte cérébelleuse ou du tronc cérébral. Vous découvrirez alors des signes spécifiques, par exemple des difficultés à articuler (dysarthrie) ou à déglutir (dysphagie), une vision trouble ou double (diplopie) et une paralysie de nerfs crâniens;

- des lésions périphériques du VIII^e nerf crânien ou du labyrinthe lui-même. Elles sont souvent associées à la perception de bourdonnements ou de tintements dans les oreilles (acouphènes), à un nystagmus et à une perte auditive.

Si les symptômes évoquent une perte imminente de la conscience, recherchez des troubles de la fréquence ou du rythme cardiaques, et une hypotension orthostatique en mesurant la pression artérielle en position assise et debout. Le collapsus d'origine cardiaque est habituellement bref. Un trouble de conscience plus prolongé lors d'une asystolie ou d'une arythmie ventriculaire peut être fatal si les troubles du rythme ne se résolvent pas rapidement. Un collapsus à l'effort peut être dû à une maladie valvulaire cardiaque ou à un trouble du rythme. Une syncope à l'exercice est le plus souvent due à une stase veineuse.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Malgré de nombreux examens complémentaires, aucun diagnostic ne sera posé pour plus de la moitié des patients se plaignant de malaises. Heureusement, alors que la gêne est importante, la mortalité est généralement très basse. Il est utile de savoir que répéter des examens complémentaires précédemment normaux n'aide que rarement à établir un diagnostic.

Quelques causes de malaise

POINT DE RÉVISION 33.1

Atteintes neurologiques	Ataxie cérébelleuse, sclérose en plaques, atteinte cordonale postérieure, infarctus du tronc cérébral, lésion de la fosse postérieure, neurinome de l'acoustique
Associés avec une infection virale présumée	Neuronite vestibulaire
Mal des voyages	
Atteinte dégénérative	Cervicarthrose
Vertige rotatoire véritable	<i>Périphérique</i> : acouphènes, nystagmus, perte auditive par lésion du VIII ^e nerf crânien <i>Central</i> : troubles du langage, de la déglutition et de la vision
Associé à un changement de position de la tête	Vertige positionnel bénin
Maladies cardiovasculaires	Syncope ou présyncope par une fréquence ou un rythme anormaux, une hypotension artérielle ou une chute de la fraction d'éjection ventriculaire