

VERTIGES ET RÉPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES *VERSUS* PATHOLOGIES PSYCHOLOGIQUES ET VERTIGES

R. BONIVER (1)

RÉSUMÉ : Toute pathologie de l'équilibre peut déclencher des troubles psychologiques et, à l'inverse, les sensations vertigineuses peuvent également résulter d'un trouble psychologique ou psychiatrique. Les spécialistes intéressés par ces pathologies doivent être au courant de ces possibilités pour apporter au patient les soins adéquats.

MOTS-CLÉS : *Vertiges - Troubles psychologiques - Vertige postural phobique*

VERTIGO AND PSYCHOLOGICAL REPERCUSSIONS :

PSYCHOLOGICAL DISORDERS AND VERTIGO

SUMMARY : Vestibular dysfunction and other causes of dizziness may trigger psychiatric disorders, but vertigo may be a symptom of psychiatric illness. Specialists dealing with vertigo must keep these interrelationships in mind to provide their patients with the best possible care.

KEYWORDS : *Vertigo - Dizziness - Psychological disorders - Phobic postural vertigo*

INTRODUCTION

Le vertige est défini comme étant une sensation illusoire de déplacement des objets. Dans cette définition, le mot «illusoire» est important, car il signifie que le vertige implique une interprétation propre à l'individu du phénomène qu'il vit et qui est, dès lors, fort dépendant de son circuit émotionnel.

Comme on le sait, le comportement psychologique d'un sujet, c'est-à-dire le contrôle de ses émotions, dépend d'une partie de notre système nerveux central, à savoir le système limbique situé dans la partie haute du tronc cérébral, à l'entour du thalamus et des noyaux de l'hippocampe.

On ne s'étonnera donc pas de distinguer :

- les vertiges dus à une pathologie labyrinthique ou neurologique démontrée, pouvant entraîner une perturbation de l'état psychologique du sujet;
- des troubles de l'état psychologique du sujet, lui donnant des sensations vertigineuses.

LES VERTIGES VRAIS ENTRAÎNANT UNE PERTURBATION DE L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

Les vertiges vrais («vertigo» des auteurs anglosaxons) ou les sensations profondes d'instabilité («dizziness» chez ces mêmes auteurs) sont dus à une pathologie labyrinthique ou neurologique; ils peuvent induire des sensations très désagréables voire, lorsque le phénomène est paroxystique, des sensations de panique, qui peuvent pertur-

ber le comportement et, par là même, entraîner la persistance d'une symptomatologie subjective alors que la lésion initiale a régressé ou s'est parfaitement compensée.

Il est essentiel, face à un patient vertigineux, de lui expliquer son problème et de l'aider à comprendre sa maladie afin d'en faciliter la guérison.

Combien ne voit-on pas de patients, qui, ne fût-ce que pour des vertiges paroxystiques bénins, vivent dans la crainte d'un déplacement brusque de la tête ou de se coucher et développent d'autres manifestations qui leur rendent la vie très difficile.

Dans certains cas de syndrome post-commotionnel, la symptomatologie non explorée et mal expliquée au patient entraîne, chez celui-ci, une sinistrose qui perturbe sa vie pendant de nombreuses années, sinistrose qui peut être aggravée par une série d'examen successifs non expliqués au patient.

Les sujets dont l'équilibre psychologique est fragile, peuvent passer d'une maladie organique à une maladie psychiatrique, notamment chez les personnes obsessionnelles.

De nombreuses études ont démontré que les patients présentant des maladies de Ménière avaient une plus haute fréquence d'anomalies aux tests psychométriques.

Les répercussions psychologiques de la symptomatologie vertigineuse sur l'individu ont récemment été réévaluées par des questionnaires appropriés, comme notamment le DHI (Dizziness Handicap Inventory) (1) traduit récemment en français (2).

(1) Professeur invité Honoraire, Service d'Otho-Rhino-Laryngologie, CHU de Liège.

PATHOLOGIES PSYCHOLOGIQUES ET VERTIGES

L'état névrotique du sujet peut être mis en évidence par l'utilisation de tests spécifiques d'anxiété (3). Brandt (4), dès 1996, établit un classement des vertiges psychogéniques.

Citons quelques exemples particuliers de vertiges qui peuvent être observés chez des patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques tels qu'énumérés dans le tableau I

- Quelques formes de vertige «otolithique» existent sans signe neurologique reconnaissable. Il est difficile, dans ce cas, de savoir s'il s'agit d'un vertige paroxystique bénin typique, ou d'une manifestation psychogénique pure (cf. infra les vertiges «phobiques»).

- L'hyperventilation entraîne souvent des sensations d'instabilité.

- Dans la névrose d'anxiété avec vertige, le patient se plaint typiquement de sensations d'instabilité mal définie avec perturbation de la posture ou sensations rotatoires.

- Les vertiges associés à un état dépressif se présentent souvent comme une maladie à laquelle sont associés des troubles de concentration et de ralentissement de l'expression. Les symptômes apparaissent comme un mauvais sommeil, une perte de l'appétit ou de la libido, une diminution de l'activité ou, au contraire, une agitation avec augmentation de l'irritabilité.

- Les vertiges d'origine hystérique, parfois bizarres et combinés avec des manifestations d'astésie-abasie d'origine psychogène, sont facilement reconnus, car les patients suivent une forme d'exhibitionnisme important.

Dans de telles situations cliniques, la question qui se pose est de savoir si les «vertiges» sont uniquement psychogéniques ou s'il existe une réelle pathologie de l'équilibre sous-jacente.

L'origine purement psychogène doit être suspectée :

- si certains stimuli ou événements sociaux en sont la cause principale;

- s'il existe une nette dissociation entre les signes objectifs et subjectifs de déséquilibre;

- si les patients se sont plaints de sensations rotatoires importantes sans la présence d'un nystagmus spontané derrière les lunettes de Frenzel;

- si le patient présente des symptomatologies manifestes de crainte, d'anxiété excessive, de peur ou de mort imminente.

TABLEAU I. CLASSEMENT DES VERTIGES PSYCHOGÉNIQUES D'APRÈS BRANDT

Affections psychologiques dont le vertige peut être un symptôme associé :

- Schizophrénie
- Désillusion paranoïde de type somatique
- Dépression majeure
- Névrose dépressive ou désordre dysrythmique
- Anxiété généralisée
- Désordre de conversion ou névrose hystérique de type conversion
- Hypochondriase ou névrose hypochondriale
- Désordre somatoforme
- Désordre de dépersonnalisation ou névrose de dépersonnalisation
- Désordre factice avec des symptômes physiques
- Désordre de positionnement non spécifié avec des plaintes symptomatiques

«Aggravation» psychologique de vertiges organiques :

- Personnalité prédisposée
- Vertiges accompagnant un désordre psychiatrique évident
- Exagération volontaire des symptômes existants
- Simulation

Par ailleurs, de nombreuses anomalies de l'examen vestibulaire ont été démontrées chez des patients présentant une pathologie psychiatrique bien précise. Dans de tels cas, il est cependant difficile d'établir une relation directe entre l'affection psychiatrique pure et la lésion labyrinthique. Il pourrait s'agir également de coïncidences. Cependant, toute lésion du système vestibulaire, chez un patient présentant un profil psychiatrique particulier, entraîne une aggravation subjective de ses manifestations.

A titre d'exemple, Fitzgerald et Stengel (5), dès 1945, ont montré que des patients schizophréniques avaient des réponses souvent anormales aux tests vestibulaires. Yardley et collaborateurs (6), en 1994, mirent en évidence des anomalies des explorations vestibulaires chez des patients présentant des névroses d'anxiété. Mirabile et Glueck (7), en 1980, révélèrent chez les patients schizophréniques une plus grande sensibilité au mal de mouvement.

Citons quelques cas particuliers

- Le vertige d'origine post-traumatique ou post-commotionnel, s'il est souvent dû initialement à une lésion organique, peut s'installer dans une symptomatologie de sinistrose ou de dépression, soit chez un tempérament préalablement névrotique, soit chez une personne dont l'état psychologique instable s'est aggravé, par exemple à la suite de mauvaises explications de son état pathologique.

- Rappelons aussi que les sensations d'instabilité ou de vertige peuvent également être d'origine iatrogène suite à de nombreux médicaments interférant avec le système nerveux central.

Quatre tableaux psychologiques importants sont cependant à distinguer :

- les désordres de panique;
- l'agoraphobie;
- l'acrophobie;
- le vertige phobique postural.

SYNDROMES DE PANIQUE

Suivant les recommandations du DSM-IV de l'Association des Psychiatres américains (8), le syndrome de panique se révèle par la présence d'attaques de panique récurrentes survenant de façon inattendue après des intervalles de quelques semaines. Il est difficile de dire si les attaques de panique constituent un syndrome psychologique pur ou sont rattachées à une autre détérioration de l'état mental du sujet.

Les critères définissant une panique pathologique reprise dans le DSM-IV sont : périodes d'inconfort intense ou de crainte qui se développent et atteignent un pic maximum endéans les 10 minutes et sont caractérisées par au moins 4 des symptômes suivants :

- palpitations, accélération de la fréquence cardiaque, cœur bruyant;
- transpiration;
- tremblements ou agitation;
- sensations de refroidissement;
- sensations de choc;
- douleurs thoraciques ou sensations d'inconfort dans la poitrine;
- sensations de nausées ou de douleurs abdominales;
- sensations d'instabilité importante augmentée par la lumière, décrite comme «vertiges»;
- perte du sens de la réalité ou sensations de dépersonnalisation;
- crainte de perte du contrôle de soi-même;
- impression de plongée;
- paresthésies;
- sensations de rougeurs brutales sur une partie du corps.

Ces sensations de panique peuvent être accompagnées ou pas d'agoraphobie.

AGORAPHOBIE

Les critères retenus pour définir l'agoraphobie sont :

- sensations d'anxiété intense chez un individu dès qu'il se trouve en dehors de son milieu habituel à son domicile, survenant soit à l'exté-

rieur, dans un magasin, sur un pont, dans un bus, dans un train, dans une automobile. Le patient déclare souvent qu'il a des «vertiges» dans ces situations ;

- ces sensations sont évitées par l'individu jusqu'au point où il refuse de voyager et requiert toujours, pour se trouver à l'extérieur, la présence d'un compagnon;

- cette sensation d'anxiété n'est pas accompagnée d'un désordre mental comme la phobie sociale, phobie spécifique, par exemple, limitée simplement au fait de prendre un ascenseur, ou des désordres obsessionnels compulsifs.

Il semblerait que l'agoraphobie ait un caractère familial.

ACROPHOBIE

L'acrophobie est une phobie spécifique caractérisée par une anxiété très importante provoquée par l'exposition à une hauteur qui, souvent, entraîne un comportement extrême de crainte de se trouver dans cette situation. Le patient décrit, outre sa panique, un déséquilibre important. L'étiologie exacte de l'acrophobie n'est pas connue. Elle n'est pas nécessairement d'origine névrotique.

LE VERTIGE POSTURAL PHOBIQUE (V.P.P.)

Ce vertige est un syndrome différent des désordres de panique, de l'agoraphobie et de l'acrophobie. Il a été décrit pour la première fois en 1986 par Brandt et Dieterich (9) et son diagnostic a été précisé par Brandt (10).

Selon cet auteur, le V.P.P. survient principalement chez des patients présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive ou narcissique. Son diagnostic se base sur la présence de 6 caractères :

1) sensation d'instabilité, à la station debout ou à la marche, sans anomalie démontrable par les tests cliniques d'équilibre (Romberg, etc) et en posturographie statique;

2) instabilité continue, fluctuante, ou épisodes de quelques minutes à quelques secondes, ou sensation de rotation transitoire sans facteur déclenchant;

3) épisodes, pouvant survenir spontanément, souvent déclenchés par une stimulation physique (un pont, une pièce vide, une rue, ...) ou une situation sociale particulière (concert, magasin,...), situation que le patient peut difficilement éviter et connaît comme facteur favorisant;

4) épisodes pas toujours accompagnés d'anxiété (57% des cas), mais souvent de troubles végétatifs (nausées, ...);

5) patients montrant une personnalité de type obsessionnelle-compulsive, de dépression moyenne et d'émotivité importante;

6) affection débutant fréquemment suite à un stress émotionnel important, une maladie grave ou une lésion vestibulaire.

Brandt (qui est neurologue) considère cette pathologie comme très fréquente, représentant environ 15% de ses cas de vertiges.

Le traitement est essentiellement une prise en charge psychologique, accompagnée d'exercices de rééducation et de relaxation comme le training autogène de Schultz (11).

CONCLUSION

Il est important, lors de l'interrogatoire d'un patient vertigineux, de tenir compte de son état psychologique et de prendre un soin particulier à sa prise en charge. La collaboration entre les différentes disciplines médicales concernées par les patients vertigineux est indispensable pour leur fournir un traitement adéquat.

BIBLIOGRAPHIE

- Jacobson GP, Newman CW.— The development of the dizziness handicap inventory. *Arch Otol Head Neck Surg*, 1990, **116**, 424-247.
- Nyabenda A, Briart C, Deggouj N, Gersdorff M.— Etude normative et de la reproductibilité d'une échelle de handicap lié aux troubles de l'équilibre et aux vertiges. «Dizziness Handicap Inventory» version française. *Ann Réadaptation Méd Phys*, 2004, **47**, 105-113.
- Gilain C, Englebert A.— Vertigo and psychological disorders. *B-ENT*, 2008, **4**, 49-58.
- Brandt Th.— Phobic postural vertigo. *Neurology*, 1996, **46**, 1515-1519.
- Fitzgerald G, Stengel E.— Vestibular reactivity to caloric stimulation in schizophrenics. *J Ment Sci*, 1945, **91**, 93-100.
- Yardley L, Luxon L, Bird J, et al.— Vestibular and posturographic test results in people with symptoms of panic and agoraphobia. *J Audiol Med*, 1994, **3**, 48-65.
- Mirabile CS, Glueck BC.— Motion sickness susceptibility and patterns of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry*, 1980, **37**, 42-50.
- American Psychiatric Association.— Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 1994, 4th edn (DSM-IV). *American Psychiatric Association*, Washington DC.
- Brandt Th, Dieterich M.— Phobischer Attaken-Schwankschwindel. Ein neues Syndrom. *Münch med Wochenschr*, 1986, **128**, 247-250.
- Brandt Th.— *Phobic postural vertigo in Vertigo, its multisensory syndromes*. Springer Verlag. London Limited 2000. ISBN 3-540-19934-9, 464-479.
- Schultz JH.— *Le training autogène*. Paris. P.U.F. 1958.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr R. Boniver, rue de Bruxelles 21, 4800 Verviers,
Belgique
E-mail : r.boniver@skynet.be