

Les symptômes psychiques associés aux déficits vestibulaires chroniques.

Dr Ch Van Nechel

Unité Troubles de l'Équilibre et Vertiges – CHU Brugmann – Bruxelles

Unité de Neuro-Ophthalmologie – CHU Erasme – Bruxelles

IRON - Paris

Cette association est bidirectionnelle : « symptômes vestibulaires dont l'origine est psychique » d'une part, et « qui interviennent dans la formation du psychisme, des troubles psychiques » d'autre part. Des plaintes de vertiges peuvent en effet être d'origine purement psychique, par exemple dans les attaques de paniques. Inversement, le caractère récurrent et imprévisible, ou chronique des vertiges modifie souvent le psychisme du patient et le tableau devient alors mixte somatique et psychique.

La démarche diagnostique commence donc par établir la part somatique et/ou psychique du symptôme « vertiges », mais cette répartition est elle-même très dépendante de l'évaluateur. Dans une étude qui cherchait à identifier les paramètres cliniques et instrumentaux les mieux corrélés avec l'estimation faite par les patients eux-mêmes de leur équilibre, nous avons montré que cette estimation était le mieux corrélée avec l'item émotionnel du DHI lorsqu'elle était faite par les patients et avec les paramètres de la marche lorsqu'elle était faite par les rééducateurs.

Prendre la mesure de la part somatique et psychique des vertiges

Le vertige est une instabilité de l'imagerie mentale de l'espace, orientée et stabilisée notamment par le système vestibulaire via des voies vestibulo-corticales. Les vertiges ne sont pas la conséquence du glissement de l'image sur une rétine rendue instable par un nystagmus, ils persistent les yeux fermés. Les structures impliquées dans le symptôme « vertiges » et dans la genèse d'un nystagmus sont partiellement différentes, et le seuil de déficience requis pour induire un vertige ou un nystagmus pas obligatoirement équivalent. Certains vertiges positionnels sans nystagmus, précurseurs ou séquellaires de VPPB, et les vertiges migraineux sont les exemples les plus fréquents de cette dissociation.

Quelles sont les conséquences psychiques fréquentes des vertiges ?

Une part psychogène, au sens de « influence le psychisme » est quasi systématique compte tenu de la nature même des vertiges qui touche à la relation corps-espace, vitale et déterminante pour le sentiment de sécurité, et fondée sur des liaisons anatomiques et biochimiques entre le système vestibulaire et le système limbique, gestionnaire des émotions. Les modèles cognitifs de développement de l'enfant, avec le double besoin fondateur d'attachement à la mère et d'augmentation de sa capacité prédictive sur les événements par l'exploration du monde externe, apportent des pistes pour la compréhension du caractère anxiogène des pertes de relations fiables corps-espace. Un vécu conflictuel entre ces deux besoins fondamentaux serait un terrain favorable au développement ultérieur de comportements phobiques, dont l'acrophobie et l'agoraphobie. L'anxiété, qui est une émotion qui anticipe le danger en l'absence d'un objet clairement identifié, est inhérente à la nature humaine, et bénéfique si elle constitue un signal d'alarme qui ne limite pas les capacités de l'individu à réagir. Elle ne devient pathologique si elle empêche le patient de réagir adéquatement, que ce soit dans l'absence de réaction ou dans son excès. Peuvent alors venir se greffer des symptômes de crises de panique avec suffocation, douleurs, sentiment de mort imminente etc. Le vertige aigu est particulièrement générateur d'anxiété, et pas seulement par peur de tomber, elle reste présente en position assise ou couchée. Ce caractère anxiogène résulte des connexions anatomiques directes entre système limbique, gestionnaire de nos émotions, et le système vestibulaire, aussi étroites que celles qui lient nos détecteurs d'hypoxie et responsables du caractère très anxiogène de l'asphyxie. C'est peut être parce que la perception de la position et du mouvement du corps par rapport à l'environnement sont vitaux dès les premiers stades de vie.

Si le patient est confronté à des vertiges récurrents, particulièrement s'ils reviennent lors de certaines activités ou dans certains environnements, la seule perspective de se retrouver dans cette situation pourra induire les symptômes. C'est particulièrement vrai pour les VPPB, souvent récidivant, et l'inconfort reproductibles dans des environnements visuels mobiles, lié à la dépendance visuelle secondaire au déficit vestibulaire. Cette symptomatologie par anticipation va enfermer le patient dans des comportements phobiques d'évitement, dont il ne pourra sortir, faute de vérifier la persistance des symptômes dans ces situations. Des patients restreignent leur activité sociale, familiale ou professionnelle par peur de revivre l'inconfort de la dépendance visuelle dans la rue ou les moyens de transport. Ils développent des comportements phobiques d'évitement.

Les arguments du clinicien pour retenir l'hypothèse de vertiges psychogènes ou, plus souvent, d'une part psychique dans la genèse des plaintes de vertiges.

Dans une consultation orientée « vertiges », la démarche est d'abord établie sur la relation symptômes-système vestibulaire et ses conséquences psychiques éventuelles, et non sur la recherche d'un terrain psychique favorable à l'émergence de vertiges psychogènes. C'est donc au départ de cette relation que devra apparaître la mesure de la part psychique des symptômes. Le clinicien aura donc la difficile tâche d'établir, sans être normatif, dans quelle mesure cette part psychique, entendue et recherchée à l'anamnèse, est « proportionnée » au déficit somatique. Dans cette évaluation, l'examineur doit éviter de projeter ses propres normes de l'acceptable ou l'excessif. Cette proportionnalité est fondée sur les conséquences pour le patient dans son écosystème (système ouvert échangeant avec le milieu extérieur familial, professionnel, social...) en regard des conséquences de déficits équivalents, relatées par d'autres patients.

Le praticien doit cependant resté conscient qu'aucun de nos outils d'exploration ne suffit à exclure avec certitude un déficit somatique. Dans cette recherche de discordances entre signes cliniques et symptômes quelques tests cliniques simples sont utiles. En présence d'un déficit somatique du système d'équilibration, l'instabilité croît avec la difficulté de la tâche. Il est ainsi plus difficile de tenir debout sur un support mou ou instable que sur un sol plan et fixe. Une instabilité équivalente dans ces deux situations est suggestive d'une interférence d'un facteur psychique. Dans cette perspective de quantification, une mesure objective du déséquilibre, par exemple posturographique, est utile. L'amélioration des performances d'équilibration lors de tâches distractives, ou la présence d'amples mouvements actifs du tronc malgré le maintien du centre de gravité dans une position proche du point d'équilibre, sont d'autres exemples courants d'une interférence psychique dans le contrôle postural.

Prise en charge des vertiges psychogènes

Cette constatation implique d'inclure une anamnèse davantage orientée vers l'analyse que fait le patient de ses symptômes, leurs conséquences sur son fonctionnement dans son milieu familial, social, professionnel, et la façon dont furent vécus et gérés des situations difficiles antérieures.

Le mécanisme physiopathologique évoqué ci-dessus permet de comprendre que le traitement doit porter sur les deux aspects : d'une part s'attacher à améliorer la perception spatiale et d'autre part, réduire l'anxiété et corriger l'analyse dramatique faite par le patient. Une telle prise en charge peut améliorer les symptômes des patients même en l'absence d'amélioration de paramètres instrumentaux comme le montre une étude au cours de laquelle nous cherchions à comparer la stimulation optocinétique et la réalité virtuelle dans le traitement de dépendances visuelles invalidantes.

Le rééducateur a une place déterminante pour faire percevoir au patient que cette part psychique des symptômes, lorsqu'elle devient prépondérante et invalidante, n'a rien de dévalorisant et qu'une adhésion à la démarche de thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles pourrait l'aider.