

Vertigini

E. Vitte

La vertigine è un'illusione sensitiva di rotazione della scena visiva, mentre il disturbo dell'equilibrio si manifesta con sensazioni di ebbrezza o, ancora, attraverso la sensazione di barcollare. È importante caratterizzare questo disturbo con un'anamnesi precisa e con un esame obiettivo con lo studio dei nervi cranici, al termine dei quali è spesso possibile porre una diagnosi. Le patologie dell'orecchio interno inducono, in generale, vertigini rotatorie e possono essere accompagnate da segni uditivi. Tuttavia, alcuni accidenti vascolari della fossa posteriore possono iniziare con una vertigine, da cui la necessità di ricercare sistematicamente i fattori di rischio vascolari.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Vertigine; Disturbo dell'equilibrio; Nistagmo; Esame cocleovestibolare

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Condotta da tenere	1
Anamnesi	1
Esame obiettivo	1
Esplorazioni funzionali dell'apparato cocleovestibolare	2
■ Diagnosi eziologica	2
Cause periferiche	2
Disturbi dell'equilibrio del soggetto anziano	3
Emicranie	3
Cause metaboliche	3
Cause centrali	3
■ Conclusioni	4

■ Introduzione

La vertigine è uno dei più frequenti motivi di visita presso il medico generalista. Se i pazienti si presentano a visita per delle vertigini, il medico deve distinguere, con un interrogatorio ben condotto, la vertigine dal disturbo dell'equilibrio. La vertigine è un'illusione sensitiva di rotazione della scena visiva ed è, il più delle volte, dovuta a una lesione dell'orecchio interno. Il disturbo dell'equilibrio si manifesta con un'impressione di ubriachezza, di essere instabili e di camminare barcollando o su un terreno dissestato ed evoca un interessamento delle vie centrali dell'equilibrio. Al termine di questa anamnesi lunga e minuziosa si può spesso porre una diagnosi precisa.

L'equilibrio è una funzione che coinvolge tre tipi di informazioni: vestibolari (inviata dai recettori dell'orecchio interno, creste ampollari e macule otolitiche), visuali (con le vie visive e l'oculomotricità) e sensitive (propriocettori articolari ed estero-cettori della suola plantare).

Se le informazioni che arrivano ai centri sono concordanti, il soggetto non ha alcuna coscienza del suo equilibrio, il che corrisponde alla maggior parte delle situazioni della vita quotidiana.

Se le informazioni sono discordanti, il soggetto è in uno stato di «conflitto sensoriale»: è il caso, per esempio, delle cinetosi.

Se una delle informazioni manca, come nel caso di una lesione acuta dell'orecchio interno, il paziente avvertirà una vertigine, quindi il paziente «compenserà» questo deficit. Se il compenso è perfetto, il soggetto non ha più disturbi dell'equilibrio, salvo in caso di situazione estrema.

Questa fisiologia spiega perché una vertigine è, il più delle volte, periferica (orecchio interno) e perché un disturbo dell'equilibrio può essere dovuto a un conflitto sensoriale o a un mancato utilizzo di un rilevatore (invecchiamento) o, ancora, a una lesione centrale.

■ Condotta da tenere

Anamnesi

La raccolta dell'anamnesi è una tappa fondamentale della diagnosi. Essa deve precisare: le caratteristiche del sintomo (questo ruota o meno), le sue circostanze di comparsa (in una determinata posizione, qualunque sia la posizione, dopo un trauma, un'infezione o un intervento chirurgico all'orecchio, dopo l'assunzione di farmaci o di droghe), la sua durata (secondi, minuti oppure ore), la sua evoluzione (vertigine unica o vertigini che insorgono a crisi), così come i segni di accompagnamento (otologici, come sordità e/o acufeni, neurovegetativi, come nausea e vomito, o, ancora, neurologici, come interessamento di un altro nervo cranico, debolezza di un arto e parestesie). Infine, si notano i precedenti del paziente (otologici e traumatici, di cranio o collo), le sue malattie intercorrenti, i suoi fattori di rischio vascolari e, soprattutto, i suoi trattamenti (bisogna richiedere tutte le prescrizioni).

Esame obiettivo

Nervi cranici

Si pratica l'esame di tutti i nervi cranici: nervi III, IV e VI implicati nell'oculomotricità (il paziente ha la testa tenuta ferma dall'esaminatore e deve seguire il suo dito; attenzione, si deve

Tabella 1.

Segni e sintomi di una sindrome vestibolare periferica o centrale.

Segni e sintomi	Sindrome vestibolare periferica	Sindrome vestibolare centrale
Nistagmo	Rotatorio in senso orizzontale, monodirezionale Inibito dalla fissazione	Verticale, orizzontale, multidirezionale Non inibito dalla fissazione
Segni di accompagnamento	Vegetativi Cocleari Sindrome armonica	Vegetativi Neurologici Sindrome disarmonica



sempre vedere l'iride intera del paziente nello sguardo laterale), nervi V e VII (sensibilità e motilità del volto), nervi IX e X (riflesso del vomito e contrazione del velo del palato), nervo XII (protrusione della lingua) e nervo XI (chiedendo al paziente di ruotare la testa e di sollevare le spalle).

Ricerca di segni vestibolari: nistagmo e deviazioni segmentarie

Il nistagmo è un movimento degli occhi composto da una fase lenta (riflesso vestibulo-oculare) e da una fase rapida (saccade di ritorno), che determina la direzione del nistagmo. Se la fase rapida è diretta verso la destra del paziente, si dice che il nistagmo «batte» a destra. Il nistagmo deve dunque essere ricercato con fissazione (durante l'esame dell'oculomotricità) e senza fissazione, utilizzando degli occhiali tipo «Bartels» o «Frenzel» (che inibiscono la fissazione oculare) o, meglio, degli occhiali video (il paziente è completamente al buio).

Il nistagmo è detto «spontaneo» quando compare nello sguardo diretto. Il nistagmo posizionale è ricercato chiedendo al paziente di sedersi di fronte all'esaminatore e, quindi, di coricarsi su un lato, di sollevarsi e, infine, di coricarsi sul lato opposto. In caso di vertigine posizionale parossistica benigna il nistagmo compare solo su un lato (quello della vertigine), batte verso l'orecchio più basso e si inverte in occasione del ritorno all'ortostatismo. Non è utile far pendere la testa del paziente al di fuori del lettino di visita, come nella manovra di Dix e Hallpike.

Le deviazioni segmentarie implicano la deviazione dell'indice, il segno di Romberg positivo o, ancora, la marcia a «stella». In pratica, si chiede al paziente di tenersi in piedi con gli occhi chiusi e le braccia tese in avanti come se volesse afferrare l'esaminatore.

Nel caso di un danno periferico la sindrome vestibolare è detta «armonica», poiché la fase lenta del nistagmo e le deviazioni segmentarie avvengono nella stessa direzione e sul lato della lesione. In caso di una lesione centrale la sindrome vestibolare è detta «disarmonica».

Ricerca di segni cerebellari

Si ricercano una dismetria e una adiadococinesia e, al minimo dubbio, si conduce un esame neurologico.

Pressione arteriosa

La pressione arteriosa è misurata alle due braccia, dopo il riposo in posizione seduta e chiedendo al paziente di alzarsi rapidamente (ricerca di ipotensione ortostatica).

Al termine dell'esame vengono eseguiti diversi esami funzionali dell'apparato cocleovestibolare (Tabella 1).

Esplorazioni funzionali dell'apparato cocleovestibolare

- Esame audiometrico tonale (misurazione della soglia uditiva in conduzione aerea e ossea), vocale (misurazione della comprensione del paziente) e impedenziometria (misurazione della compliance del timpano e del riflesso stapedio).

- Esame vestibolare calorico: dopo aver verificato lo stato dei timpani (non deve esservi perforazione), si introduce dell'acqua calda (44 °C) e fredda (30 °C) nel meato acustico esterno del paziente e si analizzano i nistagmi prodotti. L'acqua calda stimola e l'acqua fredda inibisce il vestibolo. I risultati sono riportati sul diagramma del Prof. Freyss. Un vestibolo «malato» fornisce meno risposte di un vestibolo «sano»: si tratta dell'ipovalenza vestibolare.
- Potenziali evocati uditivi precoci: essi misurano la soglia uditiva obiettiva e confermano il carattere endococleare (lesione dell'orecchio interno) o retrococleare (lesione delle vie centrali) di una sordità di percezione (Fig. 1).

“ Punto importante

Dopo questi diversi esami è possibile classificare i sintomi dei pazienti in «periferici», di competenza dello specialista ORL, e «centrali», di competenza del neurologo. In presenza di un interessamento cocleovestibolare monolaterale, e soprattutto se è retrococleare, è richiesta una risonanza magnetica (RM) cerebrale con iniezione di gadolinio.

■ Diagnosi eziologica

Cause periferiche

Vertigine posizionale parossistica benigna

È una delle prime cause di vertigine che si manifesta, il più delle volte, al mattino al risveglio. Il paziente che si rigira nel letto avverte una violenta vertigine che dura alcuni secondi. Questa vertigine scompare se non muove la testa e ricompare appena riprende la posizione scatenante. Può essere accompagnata da nausea e perfino da vomito. L'anamnesi è caratteristica e l'esame obiettivo è normale, così come sono normali gli esami funzionali. Solo la manovra che consiste nel coricare il paziente sul lato della sua vertigine induce un nistagmo, che si inverte al ritorno all'ortostatismo. Se, e solo se, questi criteri sono rispettati, si può parlare di «vertigine posizionale parossistica benigna» e si può eseguire una manovra terapeutica (Sémont o Epley).

Neurite vestibolare

Si tratta di una perdita improvvisa della funzione vestibolare, il più delle volte di origine virale, che causa una grande vertigine rotatoria che può impedire al paziente di alzarsi. Questa vertigine è isolata, senza segni uditivi né neurologici, ma è accompagnata da segni neurovegetativi come nausea e vomito. All'esame obiettivo, il paziente presenta un violento nistagmo spontaneo che batte sul lato opposto alla sua lesione e che è inibito o fortemente diminuito mediante la fissazione. Si richiede sistematicamente una RM cerebrale, soprattutto in presenza di fattori di rischio vascolari. Occorre fornire sollievo al paziente con antivertiginosi per via venosa e alzarlo il più rapidamente possibile per favorire il compenso. Egli può anche beneficiare di sedute di rieducazione vestibolare.

Malattia di Ménière

La crisi di Ménière è caratterizzata da una triade che comprende sordità con acufeni e/o senso di orecchio pieno associato a vertigini vere. Tra una crisi e l'altra il paziente può essere asintomatico o, a volte, instabile. Nel corso dell'evoluzione della malattia il paziente diviene sempre più sordo e può presentare acufeni. Infine, la malattia può colpire l'altro orecchio; si tratta comunque di una malattia rara, che interessa solo il 10% dei pazienti che si presentano a visita per vertigine. La diagnosi è semplice e caratterizzata da una lesione cocleovestibolare

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465216>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465216>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)