

# Disturbi dell'equilibrio e vertigini nei bambini

S. Wiener-Vacher

*Il recente adattamento al bambino (anche molto giovane) delle nuove tecniche di esplorazione vestibolare ha permesso di determinare le diverse patologie responsabili nei bambini di disturbi dell'equilibrio e la loro frequenza. Quando riconosciuti, le vertigini e i disturbi dell'equilibrio nel bambino preoccupano i medici e le famiglie e conducono ancora troppo spesso a una diagnostica per immagini di prima intenzione, inutile e costosa, prima ancora che a un buon esame clinico oto-neuro-vestibolare. Questo articolo riprende in dettaglio le peculiarità pediatriche del bilancio della funzione vestibolare e i principali segni che suggeriscono un coinvolgimento dell'apparato dell'equilibrio nel bambino. Una migliore conoscenza della prevalenza delle principali eziologie riscontrate in presenza di disturbi dell'equilibrio e vertigini nel bambino condiziona una linea d'azione diagnostica e terapeutica più appropriata e, quindi, più efficace.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Vertigini; Emicrania; Disturbi oculari; Equilibrio; Neurite; Labirintite; Frattura della rocca

## Struttura dell'articolo

|  |   |
|--|---|
| ■ <b>Introduzione</b>  | 1 |
| ■ <b>Esame clinico oto-neuro-vestibolare</b>   | 2 |
| Interrogatorio e definizione del sintomo: sensazione avvertita, durata, recidiva e segni associati | 2 |
| Esame clinico del bambino con vertigini al letto del paziente o in visita non specialistica        | 2 |
| Esame clinico vestibolare oto-neuro-vestibolare dell'oto-rinolaringoiatra                          | 2 |
| Esame neurologico clinico  | 3 |
| ■ <b>Esami complementari</b>   | 4 |
| Test dell'udito  | 4 |
| Esame oftalmologico  | 4 |
| Indagini vestibolari   | 4 |
| ■ <b>Quali sono le cause di vertigini e disturbi dell'equilibrio nel bambino?</b>                  | 5 |
| Sordità e lesione vestibolare  | 5 |
| Vertigini e disturbi dell'equilibrio al di fuori della sordità di percezione del bambino           | 6 |
| ■ <b>Conclusioni</b>   | 9 |

## ■ Introduzione

Ogni anomalia di funzione dei tre principali sistemi sensoriali che forniscono l'informazione su movimento e posizione del corpo nello spazio, vale a dire il sistema visivo, il sistema vestibolare e il sistema propriocettivo e somestesico, può essere all'origine di una sensazione erronea di movimento (di origine periferica o centrale).

La vertigine e i disturbi dell'equilibrio nel bambino conducono ancora troppo spesso a un eccesso di prescrizione di indagini funzionali inutili e costose (risonanza magnetica [RM], TC), derivante dall'ignoranza delle patologie incontrate e dei loro sintomi e dalla mancanza di una condotta diagnostica chiara con una gestione terapeutica adeguata per ogni eziologia.

L'incidenza delle vertigini e dei disturbi dell'equilibrio dovuti a una lesione vestibolare nel bambino è, in effetti, sottostimata per diversi motivi e molti medici pensano che essi siano rari <sup>[1]</sup>:

- i disturbi dell'equilibrio nel bambino piccolo sono spesso attribuiti all'affaticamento e solo quando il bambino cade molto e si ferisce viene richiamata l'attenzione delle persone vicine. Prima della deambulazione autonoma <sup>[2, 3]</sup>, una lesione profonda bilaterale del sistema vestibolare si può manifestare con un'ipotonia assiale, segno scambiato per un problema neurologico. Una lesione vestibolare parziale, soprattutto se progressiva, il più delle volte non dà alcun segnale di allerta;
- la vertigine può passare inosservata nei bambini molto piccoli che non possono descrivere la loro sensazione vertiginosa e in cui sono evidenti solo i segni associati alle vertigini (ataxia, vomiti, pallore, dolori addominali), il che orienta il medico verso patologie digestive (per esempio, gastroenterite) o neurologiche (tumori della fossa posteriore) e non lo porta a realizzare i test adatti;
- l'ignoranza delle varie cause delle vertigini e della loro frequenza in funzione dell'età è legata all'assenza da lungo tempo di una valutazione completa della funzione vestibolare nei

bambini, che lascia ancora un gran numero di vertigini del bambino senza alcuna diagnosi eziologica precisa e senza un trattamento adeguato.

## ■ Esame clinico oto-neuro-vestibolare

### Interrogatorio e definizione del sintomo: sensazione avvertita, durata, recidiva e segni associati

La sensazione di vertigine proviene da una distorsione della sensazione di movimento del corpo nello spazio. Questa distorsione può essere rappresentata da una rotazione (come una giostra) o da una traslazione (sensazione di caduta per una spinta, di oscillazione, di beccheggio) o, semplicemente, da una sensazione di instabilità.

L'espressione del disturbo dell'equilibrio varia con l'età: il bambino molto piccolo non può esprimere ciò che sente, si siede, si aggrappa ai genitori, chiede di essere portato, rifiuta di mettersi piedi e, se vomita, è immediatamente posta una diagnosi di gastroenterite. Quando il bambino piccolo può parlare, può dire "la casa gira" o, semplicemente, vacillare e sedersi. Il bambino un po' più grande non ha sempre spontaneamente un vocabolario sufficiente per definire la sua sensazione e si soddisfa molto rapidamente con la parola vertigine proposta dalle persone vicine. Durante l'interrogatorio, è, quindi, molto importante proporre al bambino diverse definizioni di ciò che può avvertire, mimarle in modo che scelga ciò che meglio corrisponde a ciò che avverte e apprezzare, così, la diagnosi.

I disturbi dell'equilibrio nel bambino possono tradursi in cadute anormalmente frequenti, in un'incapacità di stare in piedi (atassia) o in disturbi della deambulazione. La mancanza di anticipazione delle cadute può essere un segno di deficit vestibolare completo bilaterale e di lesione neurologica. Il bambino può inciampare e urtare negli ostacoli che si trovano sulla sua traiettoria (ciò è suggestivo di disturbi visivi, come un'ipermetropia).

Nei bambini molto piccoli, la sensazione di vertigine è, generalmente, molto ben tollerata. Nei bambini più grandi o in caso di lesione acuta, ci possono essere nausea, inappetenza, vomito, dolori addominali, cefalee e disturbi neurovegetativi (pallore e tachicardia che possono arrivare fino al malessere vagale).

Anche un disturbo visivo può essere responsabile di vertigini, in particolare quando altera la visione binoculare e dinamica (visione asimmetrica, disturbi di convergenza). Queste vertigini compaiono, allora, più spesso nel tardo pomeriggio, legate al superlavoro visivo (lunghe sessioni di videogiochi, computer, televisione e lettura). Non si tratta mai di una grande vertigine rotatoria di diverse ore, ma, piuttosto, di una sensazione di capogiro che compare ai movimenti della testa o solamente dello sguardo.

I disturbi della propriocezione non danno mai delle grandi vertigini ma delle sensazioni di instabilità o delle cadute frequenti.

Le lesioni centrali danno disturbi dell'equilibrio (difficoltà a deambulare o deambulazione "da ubriaco"), generalmente senza nausea o vomito (salvo in caso di ipertensione intracranica). Sono la comparsa più recente e progressiva di disturbi dell'equilibrio e la discrepanza tra l'instabilità minore rispetto all'ampiezza dei disturbi oculari oppure l'instabilità maggiore associata a un'assenza di segni oculari e a un'ottima tolleranza che dovrebbero suggerire questa diagnosi.

### Esame clinico del bambino con vertigini al letto del paziente o in visita non specialistica <sup>[4-6]</sup>

Senza l'attrezzatura specializzata è già possibile eseguire un rapido esame clinico otologico vestibolare e neurologico per orientare la diagnosi.

La sindrome da lesione vestibolare periferica comporta dei segni posturali e dei segni oculari.

È presente una perdita di equilibrio lateralizzata con tendenza a cadere sempre dal lato del vestibolo leso. Questa deviazione laterale è ricercata a occhi chiusi e in piedi su un terreno duro (a piedi allineati) o su un terreno soffice (come il materasso), il che perturba le informazioni propriocettive e sensibilizza il test.

L'osservazione degli occhi può rivelare un nistagmo spontaneo (alternanza di fasi rapide e fasi lente, con la fase rapida che dà il senso del nistagmo e indica il vestibolo più attivo). Questo nistagmo (se è di origine periferica) è opposto alla lesione e inibito molto rapidamente dalla fissazione oculare. Può essere visibile solo grazie a occhiali che rendono offuscata la visione (occhiali di Frenzel) o sopprimendo la fissazione (visione nel nero con occhiali da videoscopia). Si ricercano un nistagmo provocato dalle posizioni reclinate sui lati (nistagmo centrale senza latenza, multidirezionale, non inibito dalla fissazione o aumentato al momento della fissazione) oppure un nistagmo periferico che insorge con una latenza, orizzontorotatorio, unidirezionale, esauribile, riproducibile e inibito dalla fissazione (che può suggerire, davanti a delle vertigini posizionali, una vertigine benigna canalolitiasica, rara nei bambini al di fuori di un contesto traumatico).

È possibile ricercare facilmente l'esistenza di un disturbo dell'oculomotricità (semplice disturbo di convergenza) o di paralisi oculomotoria, inseguimento saccadico e saccadi ipermetriche che indicano una lesione centrale.

Un'otoscopia è necessaria per escludere una causa infettiva o tumorale dell'orecchio medio.

Occorre verificare se il bambino sente bene con entrambe le orecchie, scuotendo vicino all'orecchio un oggetto sonoro (per esempio, delle chiavi) senza che il bambino lo veda o, meglio, sussurrandogli all'orecchio delle parole che egli deve ripetere mentre si tappa l'altro orecchio (per chiudere tale orecchio e impedirgli di rispondere avendo sentito con quello al posto dell'altro). Questa acumetria clinica può essere realizzata chiedendo al bambino di identificare delle immagini o dei disegni che gli sono mostrati su una carta corrispondenti alle parole sussurate a 30 cm dall'orecchio.

Un esame neurologico rapido ma completo (nervi cranici, motricità, tono, precisione dei gesti, riflessi osteotendinei) ricerca segni a favore di una lesione centrale.

I primi esami complementari da richiedere alla minima anomalia osservata sono l'esame audiovestibolare e l'esame oftalmologico, salvo nel caso in cui si riscontri un segno neurologico che indica una lesione centrale o in cui esista una nozione di trauma cranico con segni che suggeriscono una lesione audiovestibolare periferica post-traumatica, perché, in questi ultimi due casi, deve essere prescritta in urgenza una diagnostica per immagini.

### Esame clinico vestibolare oto-neuro-vestibolare dell'oto-rino-laringoiatra

L'esame audiovestibolare è realizzato da un ORL e comprende: un interrogatorio "poliziesco" delle persone vicine e del bambino, se è abbastanza grande da raccontare cosa gli è successo, e una serie di test clinici.

I test clinici, accessibili senza alcun materiale sofisticato al di fuori degli occhiali da videoscopia, a disposizione di ogni ORL sono elencati qui con alcuni dettagli <sup>[4, 6]</sup>.

- Osservazione del comportamento posturale e motorio spontaneo durante il gioco e studio del controllo posturale durante la deambulazione e il salto su un terreno duro e morbido. La manovra di mantenere la posizione con i piedi allineati e gli occhi chiusi evidenzia una caduta lateralizzata in caso di deficit vestibolare unilaterale.
- Studio dell'oculomotricità: comprende lo studio dei movimenti oculari coniugati (che ricerca un inseguimento saccadico, segno di lesione centrale) nell'inseguimento di un piccolo bersaglio nel piano frontale e nel piano sagittale mediano (ricercando una paralisi oculare o un disturbo della convergenza). Esso

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805876>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805876>

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