



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Le vertigini
Data 26 febbraio 2006 alle 20:46:00
Autore R. Rossi

LE VERTIGINI

Ressa:
Cos'è la vertigine?

Rossi:
Per vertigine si intende una sensazione rotatoria associata a difficoltà a mantenere l'equilibrio e a camminare. Può essere oggettiva (il paziente vede girare l'ambiente circostante mentre lui sta fermo) oppure soggettiva (il paziente avverte se stesso in movimento mentre l'ambiente circostante sta fermo).
Si tratta di una situazione di frequente riscontro nella MG, spesso di difficile inquadramento e gestione.

Ressa:
Però in molti casi mi trovo davanti pazienti che non descrivono così chiaramente il loro disturbo ma accusano "senso di testa leggera" "stordimento" o "giramento di testa".

Rossi:
Se si indaga un po' meglio si vede che questi pazienti non soffrono di vera vertigine, ma di "qualcosa d'altro" che per comodità chiamerò "pseudovertigine". Spesso si tratta di giovani donne ansiose che focalizzano la loro attenzione sulla "pressione bassa" (senz'altro un comodo alibi per noi medici) e che, ad una anamnesi attenta, lamentano astenia, stress, insoddisfazione nell'ambito della famiglia o del lavoro. Spesso vi è un' iperventilazione e una neurolabilità. In questi pazienti il nistagmo, il test di Romberg e le prove cerebellari (vedi in seguito) risultano sempre negative.

Ressa:
Non è raro anche riscontrare pazienti ipertesi che lamentano "giramento di testa" oppure "senso di testa confusa" per valori modestamente elevati della pressione(magari automisurati).
Rossi:
E' difficile stabilire se si tratta di un disturbo realmente connesso con la pressione o di semplici malesseri su cui influiscono molto le credenze e i vissuti del paziente.

Ressa:
Prima di addentrarci nell'esaminare le varie cause di vertigini sarebbe utile richiamare alla memoria alcuni elementi basilari sul sistema dell'equilibrio.

Rossi:
Solo il minimo indispensabile.
Il centro dell'equilibrio è costituito dal cervelletto, dai nuclei vestibolari e dalla sostanza reticolare del tronco cerebrale. A questo complesso sistema arrivano informazioni sulle minime variazioni del corpo rispetto all'ambiente da parte del sistema visivo, del sistema propriocettivo (muscoli, articolazioni) e dal sistema vestibolare vero e proprio (labirinto dell'orecchio interno). Tutte queste informazioni vengono successivamente integrate a livello del talamo e delle cortecce cerebrali e danno origine a risposte regolatorie a livello oculare (stabilizzazione del campo visivo) e della postura (mantenimento dell'equilibrio).
Si comprende così come una sensazione vertiginosa possa realizzarsi quando si verifica una alterazione di questo sistema in un suo punto qualsiasi.

Ressa:
Come si distinguono le vertigini?

Rossi:
A scopo didattico è utile distinguere le vertigini in centrali e periferiche.

Ressa:
Iniziamo da quelle periferiche.
Rossi:
Le vertigini periferiche (o labirintiche) sono dovute ad una patologia dell'orecchio interno o del nervo vestibolare e sono caratterizzate da una sensazione rotatoria vera e propria per cui il paziente ha la necessità di tenere la testa immobile (spesso per non provocare la crisi non si alza neppure dal letto); queste vertigini si accompagnano a sintomi di tipo neurovegetativo (nausea, vomito, sudorazione) e sono quasi sempre ad esordio acuto o sub-acuto. Vi possono essere associati disturbi uditivi (ipoacusia, acufeni). Un segno caratteristico delle vertigini periferiche (ma può riscontrarsi anche in quelle centrali) è il nistagmo (vedi in seguito).

Ressa:
Quali sono invece le caratteristiche delle vertigini centrali?

Rossi:



Le vertigini centrali sono dovute ad una patologia del tronco cerebrale, del cervelletto o degli emisferi cerebrali e possono essere continue, di intensità lieve-moderata, ad andamento cronicizzante e spesso non impediscono la deambulazione o la normale attività quotidiana; altre volte però possono avere esordio acuto ed essere intense, come per esempio quando sono espressione di una improvvisa ischemia del tronco cerebrale o del cervelletto.

Ressa:

Cosa fare di fronte ad un paziente vertiginoso? Rossi:

L'anamnesi deve indagare il carattere (oggettivo o soggettivo) della vertigine, la coesistenza di sintomi come disturbi uditivi o sintomi neurovegetativi, l'insorgenza acuta o subdola, l'interferenza delle vertigini con la normale attività quotidiana.

L'anamnesi deve valutare anche l'assunzione di sostanze o farmaci: alcol, cocaina, FANS, tetracicline, gentamicina, anticonvulsivanti, antidepressivi, antipertensivi, antistaminici, chinidina, benzodiazepine, furosemide ad alte dosi, nitroglicerina sono solo alcune delle sostanze in grado di provocare vertigini.

Ressa:

L'esame obiettivo?

Rossi:

L'esame obiettivo deve prevedere:

- un esame obiettivo neurologico completo
- la misurazione della pressione e l'esame dell'apparato cardiovascolare (aritmie, soffi carotidei)
- l'esame della membrana timpanica

In particolare mi pare utile richiamare l'attenzione su due segni semeiologici molto utili nel paziente vertiginoso (il test di Romberg e la prova indice-naso) che indicano, se positivi, una sofferenza vestibolare o cerebellare. Il test di Romberg consiste nel far rimanere in piedi a talloni uniti e a occhi chiusi il paziente. Un soggetto normale mantiene in modo corretto l'equilibrio senza eccessivi aggiustamenti. In caso di patologia cerebellare o vestibolare il paziente tende a barcollare e a cadere.

Nel caso di una lesione di un labirinto il soggetto tende a cadere dal lato opposto al labirinto leso. Bisogna tener conto però dei falsi positivi del test nei soggetti ansiosi; si riesce a scoprirli con le cosiddette manovre distraenti (per esempio si dice al paziente in piedi e a occhi chiusi di star fermo finché gli scriviamo dei numeri sulla fronte con un dito: il paziente ansioso resterà fermo, il cerebellare vero cadrà).

La prova indice-naso mette in evidenza una dismetria. Si invita il paziente a toccarsi la punta del naso con l'indice tenendo gli occhi chiusi: nel caso di sofferenza cerebellare il paziente avrà notevoli difficoltà ad eseguire la manovra e porterà il dito a toccarsi il naso dopo vari tentativi sbagliati.

L'anamnesi e l'esame obiettivo dovrebbero indirizzare il medico verso una vertigine vera (periferica o centrale) o verso una pseudovertigine. Però in alcuni casi di vertigini ad intensità lieve e ad andamento subdolo e/o cronicizzante si può correre il rischio di etichettare il paziente come ansioso e di non diagnosticare una lesione cerebrale.

Nel caso sia molto probabile la diagnosi di pseudovertigine ci si può limitare a prescrivere una terapia sintomatica senza ulteriori indagini, invitando il paziente a ripresentarsi se i disturbi dovessero continuare o ricomparire.

Ressa:

Ci sono degli accertamenti da richiedere? Rossi:

Gli accertamenti da richiedere in prima istanza sono la visita otorinolaringoiatrica con audiometria ed esame otofunzionale, la consulenza neurologica e un ecodoppler dei tronchi sovra-aortici. Ulteriori accertamenti di imaging (TAC o RMN encefalo) vanno richiesti qualora emerga il sospetto di una patologia neurologica. Tuttavia vi è da dire che, come per la cefalea, spesso esami radiologici vengono richiesti sia per tranquillizzare il paziente che il medico e, non di rado, per motivi medico-legali. Un ECG secondo Holter può aiutare a diagnosticare una vertigine secondaria ad episodi aritmici.

Ressa:

In cosa consiste l'esame otovestibolare?

Rossi:

L'esame otovestibolare eseguito dalla specialista otorinolaringoiatra consiste nella stimolazione termica (con acqua calda e fredda) del condotto uditivo esterno. Questa manovra può scatenare la crisi vertiginosa ma soprattutto permette lo studio del nistagmo.

Per nistagmo si intende un movimento bifasico e coniugato degli occhi che si muovono lentamente in una direzione (fase lenta) per poi tornare bruscamente nella posizione primaria (fase rapida).

Questo segno può essere spontaneo oppure provocato appunto tramite la stimolazione termica. Si parla di ipereflessia del labirinto interessato se le scosse nistagmiche sono più frequenti del normale e di iporeflessia o areflessia se sono meno del normale o se sono assenti.

Il nistagmo può essere valutato osservando il paziente a cui sono stati fatti indossare speciali occhiali (occhiali di Bartels o di Franzel) o meglio tramite elettro-nistagmografia che permette di registrare su carta i caratteri, l'ampiezza e il numero delle scosse (per altri particolari sul nistagmo vedi il capitolo dedicato all'esame obiettivo neurologico). Ressa:

Ma è possibile in qualche modo classificare le vertigini?

Rossi:

La lista delle varie cause di vertigine è lunghissima ma le forme che più comunemente si vedono in MG sono le pseudovertigini, le vertigini dell'anziano e la vertigine benigna parossistica posizionale (VBPP).

Le pseudovertigini, di cui ho già parlato, sono spesso riferite da donne con problemi ansioso-depressivi e iperventilazione e sono da sospettare quando il paziente parla piuttosto di senso di testa vuota o di stordimento che di sensazione rotatoria e l'esame obiettivo è negativo (in particolare le prove cerebellari). Tipicamente l'entità del disturbo è



lieve perché il paziente riesce a stare in piedi ed a espletare le normali attività. Di solito il medico di famiglia riesce a inquadrare abbastanza bene questi malati che riferiscono, associati al "giramento di testa", altri sintomi somatoformi, affaticamento, mal di testa, ecc. Tipicamente il paziente entra in studio e subito si lamenta di come gli gira la testa e di non riuscire a stare in piedi mentre in realtà cammina e sta in piedi benissimo.

Ressa:

Anche l'anziano però spesso riferisce una sintomatologia simile...Rossi:

Le vertigini dell'anziano, di solito riferite come instabilità o barcollamento, possono dipendere da cause molteplici: ipotensione posturale provocata da ipotensivi, ischemia cronica nel territorio di distribuzione delle arterie vertebro-basilarie (tronco encefalico), aritmie cardiache, ansia. Gli anziani spesso lamentano sensazione vertiginosa anche durante la deambulazione; in questi casi gioca un ruolo la diminuzione del senso di posizione e il calo dell'acuità visiva che creano un malfunzionamento del sistema vestibolare (si parla di disequilibrio benigno dell'anziano o vertigine da difetti sensoriali multipli). Di solito queste sensazioni vertiginose sono di entità lieve-moderata ed hanno un andamento cronicizzante.

Ressa:

Passiamo alla famosa vertigine parossistica benigna di posizione, di cui tanto si parla.

Rossi:

La vertigine parossistica benigna posizionale (VPBP) è la forma più frequente di vertigine periferica. Il paziente riferisce intensa vertigine di breve durata (30-40 secondi) indotta da movimenti del capo. La vertigine compare quando il paziente passa dalla posizione eretta a quella supina o viceversa o quando si gira nel letto. La VPBP tende ad esaurirsi spontaneamente con il passare dei giorni ma può durare fino a 6 mesi e recidivare nel corso degli anni.

Il momento etiopatogenetico va ricercato nella formazione di masse granulari nella cupola del canale semicircolare posteriore costituite da cristalli di carbonato di calcio (cupololitiasi).

Ressa: Accidenti, anche i calcoli nell'orecchio!

Rossi:

La diagnosi si basa sulla manovra di Dix-Hallpike: si fa sedere il paziente sul lettino da visita e gli si fa assumere rapidamente la posizione supina con il capo che viene fatto sporgere dal bordo del lettino e abbassato di 45° al di sotto della linea orizzontale. Nel caso di VPBP la manovra, entro 30-60 secondi, scatena la vertigine e si può osservare la presenza di nistagmo.

Se il test è positivo lo si ripete posizionando prima un orecchio e poi l'altro verso il basso in modo da individuare il lato interessato (la fase rapida del nistagmo batte verso il lato lesa).

Ressa:

In questi casi si usano le cosiddette manovre liberatorie...

Rossi:

Sì, sono state proposte varie manovre liberatorie: tutte hanno lo scopo di muovere gli otoliti dal canale semicircolare posteriore per farli arrivare all'utricolo (dove non provocano disturbi).

Tra tutte credo che la più semplice sia quella di Brandt-Daroff che può essere insegnata e fatta eseguire a domicilio: il paziente si siede sul letto con gli occhi chiusi, gira il capo di 45° verso il lato destro e si corica velocemente sul lato sinistro appoggiando la testa sul letto, mantiene questa posizione finché cessa la vertigine e riassume la posizione seduta per 30 secondi; poi ripete la manovra dall'altra parte. Si devono ripetere gli esercizi finché la vertigine, per un fenomeno di adattamento, non scompare. Gli esercizi andrebbero ripetuti ogni 3 ore (quindi 4-5 volte al giorno) finché non si hanno almeno due giorni liberi da vertigine.

Comunque tutti gli esercizi di liberazione sono in genere efficaci ma la VPBP può recidivare in circa il 20% dei casi a distanza di alcune settimane. In rari casi intrattabili in cui la VPBP dura da mesi può essere proposto l'intervento chirurgico che consiste nella sezione del nervo del canale semicircolare posteriore interessato e permette di conservare la funzione uditiva.

Ressa:

Una volta si parlava di vertigine da artrosi cervicale, adesso è una diagnosi che viene fatta sempre più di rado.

Rossi:

Merita comunque due parole. La vertigine da artrosi cervicale, detta anche sindrome di Barrè, era una diagnosi probabilmente abusata in passato. Oggi si tende a negarne l'esistenza ma indubbiamente spesso si vedono soggetti, non sempre anziani, che lamentano episodi vertiginosi di modesta entità associati ad algie in sede cervico-dorsale. Si ipotizzava che le alterazioni artrosiche potessero provocare delle ischemie fugaci a livello delle arterie vertebro-basilarie, meccanismo oggi sconsigliato. Probabilmente si tratta di un'entità nosografica che comprende in realtà varie forme di vertigine (dalle pseudovertigini alle VPBP alle vertigini da ischemia vertebro-basilaria cronica); sta di fatto che ci hanno tolto una facile spiegazione ben comprensibile dai pazienti e che, devo essere sincero, io uso ancora (sperando con questo di non attirarmi la scomunica dei puristi).

Ressa:

Sarà bene ricordare altre forme di vertigine che è necessario tenere a mente, in alcuni casi espressione di patologia grave.

Rossi:

L'esordio di una sindrome vertiginosa acuta con vomito, nistagmo e atassia può essere il segno iniziale di un infarto cerebellare o del tronco encefalico; in questi casi la TAC può non essere diagnostica perché il tronco encefalico viene male evidenziato con questa tecnica mentre le lesioni ischemiche sono meglio visibili con la RMN.

Una vertigine ad andamento cronico e di lieve-media entità può essere la spia di un processo espansivo cerebrale, di solito a carico della fossa cranica posteriore, di una sclerosi multipla (la vertigine è il sintomo iniziale nel 10% dei casi),



di un neurinoma del nervo acustico (generalmente la vertigine è associata a ipoacusia e acufeni monolaterali).

Ressa:

E la famosissima sindrome di Menière?

Rossi:

La sindrome di Menière è una patologia periferica molto enfatizzata nei trattati ma per fortuna rara, caratterizzata da intense vertigini ricorrenti associate a ipoacusia progressiva e acufeni. E' causata da una dilatazione del labirinto membranoso (idrope endolinfatica). Gli accessi di vertigine durano da poche ore fino a 24 ore e si esauriscono spontaneamente, associati a nausea e vomito. La terapia può essere medica a scopo sintomatico (scopolamina transdermica, antistaminici come la betaistina, diazepam) oppure chirurgica (neurectomia vestibolare, drenaggio del sacco endolinfatico, labirintectomia se la vertigine è particolarmente invalidante e l'udito molto scaduto). Sono stati proposti anche i diuretici e la dieta iposodica con lo scopo di ridurre l'idrope. Ressa:

Altri tipi di vertigine?

Rossi:

La neuronite vestibolare è una malattia benigna caratterizzata da gravi crisi vertiginose associate a nausea e vomito (ma non ipoacusia e acufeni) della durata di 1-2 settimane che spesso compare dopo un episodio virale (si pensa infatti sia dovuta ad una flogosi virale del ramo vestibolare dell'VIII° nervo cranico). La malattia può esaurirsi con un attacco ma talora gli attacchi possono ripetersi per 1-2 anni anche se col tempo tendono a farsi meno gravi e prolungati. L'attacco acuto viene trattato come la malattia di Menière con farmaci sintomatici. Una forma particolare di neuronite vestibolare è quella causata dall'herpes zoster con comparsa delle caratteristiche vescicole a livello del padiglione auricolare. Ancora le vertigini possono riscontrarsi nell'epilessia, nell'emicrania, nei postumi di traumi cranici e distorsioni cervicali, nelle otiti croniche, nelle anemie e nel semplice tappo di cerume.

Ressa:

Insomma, le vertigini sono una bella rognà... Rossi:

A proposito di anemie mi fai venire in mente un caso occorsomi di recente, quello di un paziente con riferita sintomatologia vertiginosa e instabilità alla prova di Romberg che aveva una anemia acuta da ulcera bulbare sanguinante causata dalla assunzione di un FANS: non lamentava alcuna sintomatologia riferibile all'ulcera. Il fatto che mi ha insospettito (per cui ho inviato il paziente in PS per accertamenti) era la sudorazione e lo stato evidente di sofferenza, non c'era pallore ma trattandosi di un soggetto nordafricano il segno era difficile da rilevare; anche le congiuntive sembravano ben irrorate. E' quindi opportuno indagare anche in questo senso e chiedere sempre sulla assunzione di eventuali FANS e sui caratteri delle feci...

Ressa:

La tua esposizione ha rinforzato l'idea che già avevo: la diagnosi differenziale delle vertigini non è affatto semplice...

Rossi:

La maggior parte delle volte infatti non si riesce a evidenziare una causa. Anche quando sospettiamo una VPPB non bisogna mai abbassare la guardia per non sottovalutare quadri potenzialmente gravi e l'esempio appena riferito lo prova. E' consigliabile, se si è in dubbio, inviare il paziente in PS per una valutazione urgente, specialmente se la vertigine appare fin dall'inizio grave e invalidante oppure se il quadro non convince o "se il paziente non ci piace"...

Ressa:

Però "Il paziente che non piace" non si trova scritto negli algoritmi e nelle flow-chart che ti stanno spesso a cuore...

Rossi:

E' vero, ma siccome questo manuale lo scriviamo noi possiamo costruirci anche delle flow-chart personali... Ressa:

Così mi piace di più.

Cosa puoi dirci sulla terapia?

Rossi:

La terapia dipende ovviamente dalla causa.

A scopo sintomatico vengono usati soppressori periferici (prometazina, tietilperazina) o centrali (diazepam), spesso in associazione con antiemetici. Sono utili anche gli antistaminici (betaistina), la cinnarizina o la flunarizina. La terapia dovrebbe essere di breve durata perché un trattamento prolungato può ritardare il compenso che il sistema vestibolare tende a mettere in atto.

Antidepressivi e ansiolitici possono essere usati nelle vertigini psicogene.

Per la riabilitazione del paziente vertiginoso possono essere di beneficio esercizi di desensibilizzazione consistenti in rotazioni e inclinazioni del capo e del corpo in grado di scatenare la vertigine, da ripetere per 2-3 volte al giorno fino a miglioramento.