

IL TRATTAMENTO DELLA VERTIGINE

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

A cura di Antonio Gussio

I disturbi dell'equilibrio interessano il 5 – 10 % dei soggetti che si rivolgono al proprio medico di fiducia, di cui il 40% riguarda soggetti oltre i 40 anni e nei pazienti con più di 65 anni sono la causa più frequente. A causa della complessità del sistema vestibolare le vertigini possono avere differenti cause e, di conseguenza, molteplici sono le terapie che possono essere messe in atto.

L'apparato vestibolare è situato in profondità nell'osso temporale (rocca petrosa) dietro l'orecchio interno.

Il canale cocleare della chiocciola (coclea) è in collegamento con un rigonfiamento (2-3 mm) colmo di endolinfa, il sacculo.

Al suo interno sono presenti dei microcristalli (otoliti) che consentono ai recettori sensoriali posti nella parete del sacculo di percepire l'accelerazione verticale.

Il sacculo è a sua volta in comunicazione con l'utricolo che fornisce informazioni sull'accelerazione orizzontale.

L'utricolo inoltre rappresenta lo sbocco comune dei tre canali semicircolari del labirinto. I recettori sensoriali dei canali semicircolari percepiscono i movimenti rotatori della testa e del capo.

Questi sistemi, tutti insieme, forniscono al cervello informazioni sulla posizione della testa e del corpo nello spazio.

Le informazioni arrivano ai nuclei vestibolari e vengono quindi elaborate (assieme alla sostanza reticolare e sotto il controllo del cervelletto e della corteccia cerebrale) garantendo il corretto assetto posturale statico e dinamico.

Quando a causa di una patologia un labirinto diviene asimmetrico, in termini funzionali, rispetto all'altro, si creano delle disfunzioni di equilibrio e di postura.

Di primaria importanza è l'anamnesi che dovrà essere mirata agli aspetti maggiormente indicativi per distinguere l'origine "centrale o periferica" e per effettuare una corretta diagnosi.

In relazione alle caratteristiche con cui si presenta, la vertigine può essere classificata come:

- oggettiva se caratterizzata da una sensazione di rotazione dell'ambiente circostante
- soggettiva se caratterizzata da una sensazione di movimento del corpo rispetto all'ambiente (instabilità)
- posizionale se legata ad una particolare posizione o movimento.

La modalità di insorgenza della vertigine rappresenta un elemento fondamentale della diagnosi in quanto alcune forme di vertigine sono precedute da una particolare sintomatologia o insorgono in seguito al verificarsi di alcune condizioni scatenanti.

La durata delle crisi permette di distinguere:

- forme parossistiche: della durata di pochi secondi o minuti
- forme acute: della durata di alcune ore o di pochi giorni
- forme subcontinue: se durano più di alcuni giorni anche non continuativamente
- forme croniche: se perdurano per periodi prolungati.

La sintomatologia è caratterizzata principalmente da: sintomi neurovegetativi, nistagmo, ipoacusia, fullness (pienezza auricolare).

Una corretta diagnosi prosegue con la diagnostica vestibolare strumentale che comprende:

- Lo studio dell'oculomotilità e quindi della presenza di nistagmo attraverso l'ausilio di un video – oculoscopio che permette una più precisa visualizzazione dei movimenti oculari;
- L'Esame Otoscopico ricerca una eventuale patologia dell'orecchio medio.
- Lo studio del Nistagmo con Elettro o video – nistagmografia con prove caloriche (test ormai quasi standardizzato è quello di Hallpike, che consiste nella stimolazione con acqua fredda e calda a temperatura rispettivamente di 7°C al di sotto ed al di sopra di quella corporea (30°C e 44°C).
- La variazione termica è infatti in grado di eccitare (calda) o inibire (fredda) il labirinto stimolato. Permette di studiare la funzionalità di ciascun labirinto, e comparare le risposte ottenute dai due lati. La risposta normale è caratterizzata da una breve vertigine accompagnata da una tipica serie di scosse di nistagmo.
- La Stabilometria statica che valuta l'equilibrio attraverso la misura della posizione media del centro di gravità del corpo umano (circa 1 cm²) e dei suoi piccoli movimenti attorno a tale punto. Permette di stabilire se un determinato tipo di stazione eretta rientri nei limiti della normalità, di ottenere informazioni sulle caratteristiche dell'instabilità o della vertigine riferita dal paziente e di valutare l'influenza della colonna cervicale o lombare, dell'articolazione temporo – mandibolare (con il test di svincolo occlusale). Contribuisce inoltre al monitoraggio delle terapie riabilitativa e farmacologica.

- I potenziali vestibolari miogeni (VEMPs) che valutano l'integrità selettiva del nervo vestibolare.

Se è presente una sintomatologia uditiva (ipoacusia, acufeni) associata agli episodi vertiginosi, sarà necessario effettuare ulteriori accertamenti: esame audiometrico, esame impedenzometrico, esame vocale, potenziali evocati uditivi (ABR), per studiare le caratteristiche dei disturbi dell'udito e la loro relazione con la vertigine ed eventuale RMN dell'angolo ponto – cerebellare per escludere un Neurinoma dell'VIII nervo.

Quando, dall'analisi della sintomatologia o sulla base degli accertamenti eseguiti, si ipotizza una causa "centrale" a livello del sistema nervoso, sarà necessaria oltre ad una attenta indagine radiologica e quindi una RMN dell'encefalo con m.d.c., una valutazione neurologica ed un esame ecocolor – doppler dei tronchi sovra – aortici e trans – cranico.

Una volta determinata la causa scatenante sarà possibile impostare una terapia adeguata che, a seconda dei casi, potrà consistere in cicli di esercizi di rieducazione su pedana stabilometrica, sedute di riposizionamento canalicolare, o terapia farmacologica attraverso medicinali cosiddetti vestiboloplegici, che hanno cioè un effetto inibitorio sull'apparato vestibolare.