

Vertigini

Quando un paziente lamenta un “giramento di testa” il primo dovere di un medico è quello di differenziare due macrocategorie di disturbi:

1. Vertigini, in cui l’ambiente o il proprio corpo hanno un movimento di tipo rotatorio (dovute ad una malattia oto-vestibolare)
2. Altri disordini: Capogiro, Stordimento, Pre-sincope, Debolezza, Instabilità, Perdita dell’equilibrio. Queste alterazioni potrebbero essere dovute a condizioni come Neuropatie, Sepsi, malattie cardiovascolari, patologie con coinvolgimento sistemico, Ipotensione (dovuta ad esempio ad un’embolia polmonare, una stenosi aortica, una CM ipertrofica che può causare una sincope di tipo meccanico, oppure aritmie), Anemia, Ipotglicemia, Iperventilazione (soprattutto in pazienti psichiatrici).

Vertigine → Sensazione errata/illusione di movimento rotatorio. Può essere:

- Oggettiva: gira l’ambiente
- Soggettiva: gira il proprio corpo

Ma questa suddivisione non fa alcuna differenza dal punto di vista diagnostico e/o prognostico, mentre è estremamente importante differenziarla in:

- Periferica: Dovuta a patologie dell’orecchio, associata a disturbi uditivi.
- Centrale: Dovuta a patologie del SNC, si associa ad altri sintomi neurologici ed ha una prognosi potenzialmente severa, è la prima cosa che dobbiamo escludere.

Vertigine periferica: il 20% di tutte le vertigini viene classificata come vertigine periferica NAS. Può essere causata da:

- Vertigine posizionale parossistica benigna ⁷ Scatenata da un movimento brusco della testa, dovuta ad uno spostamento degli otoliti nell’orecchio interno. Di solito durante l’esame clinico è possibile evocarla con la manovra di Dix-Hallpike (se scatena nistagmo e vertigine, propendiamo per una patologia vestibolare).
- Labirintite o neurite oto-vestibolare ⁷ Patologie infiammatorie, associate ad uno stato di virus (da HSV, HZV oppure con un’irritazione delle vie aeree superiori)
- Sindrome di Meniere ⁷ Dovuta ad un’alterazione del flusso dell’endolinfa nei canali semicircolari e nel vestibolo. Si associa ad altri problemi uditivi, di solito monolaterali, come tinniti, acufeni, ipoacusia
- Trauma cranico
- Neurinoma dell’acustico ⁷ Patologia comune, causa vertigini ricorrenti e si accompagna ad ipoacusia monolaterale. Per confermare la diagnosi è necessario ricorrere all’imaging
- Farmaci ototossici ⁷ Aminoglicosidi, dosi elevate di furosemide. Spesso l’ADR non richiede necessariamente la presenza di vertigini, può manifestarsi anche esclusivamente con il vomito
- Otite sierosa o purulenta
- Altre disfunzioni vestibolari

Importantissimo è valutare preliminarmente i fattori di rischio cardiovascolari (come si fa anche per il dolore toracico)!! Infatti potrebbero deporre per una vertigine centrale.

Caratteristiche della vertigine periferica:

- Esordio improvviso
- Memoria dell'evento
- Ipoacusia ed acufeni
- Senso di chiusura dell'orecchio

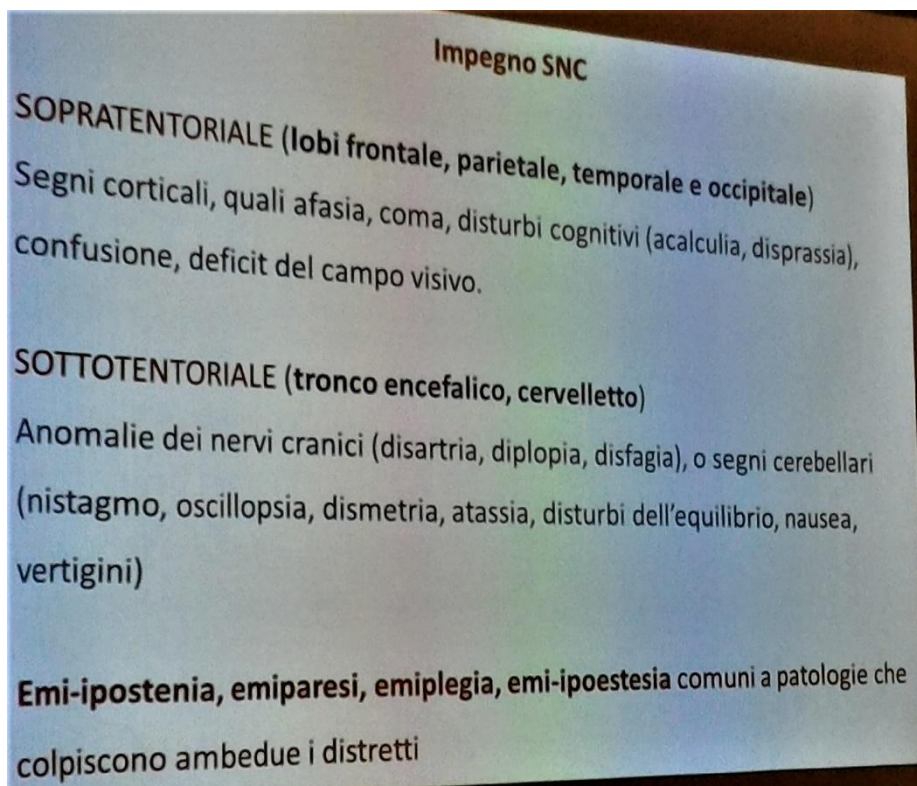
Vertigine centrale: Le cause principali sono:

- Lesioni ischemiche, traumatiche, neoplastiche o compressivo di tronco-encefalo e/o cervelletto (E' la prima cosa FONDAMENTALE da escludere)
- Eemicrania vestibolare
- Sclerosi Multipla
- Epilessia (soprattutto l'epilessia temporale)

Caratteristiche della vertigine centrale sono l'esordio subdolo e l'associazione ad altri sintomi neurologici, come: Disturbi dell'andatura, disturbi della parola, diplopia (indice di coinvolgimento troncoencefalico), emipostenia o emiparesi. Dura dai 30 minuti alle 24 ore e si associa a:

- Diplopia, Disartria, Disfagia, Disautonomia
- Nausea
- Ipostenia
- Atassia cerebellare, Turbe della deambulazione
- Perdita di coscienza

A seconda del punto coinvolto avremo:



NB per individuare una eventuale emorragia cerebrale con tecniche di imaging, dobbiamo utilizzare la RMN perchè la TC è poco sensibile!

Elementi che orientano verso la diagnosi:

- Età ⁷ Se avanzata depone per patologie del SNC, se media depone per patologie dell'orecchio
- Fattori di rischio cv ⁷ Iperensione, Iperlipidemia, Precedente infarto. Depongono per lo stroke, quindi una vertigine centrale da causa ischemica
- Uso di antiaggreganti ⁷ Sembra paradossale ma in realtà denota solo che il paziente è un paziente a rischio cv

Per fare una buona DD bisogna valutare la durata, i sintomi associati, i fattori aggravanti o precipitanti ed i fattori allevianti.

| Diagnosis ^b | Patients, No. (%) |
|--|-------------------|
| Serious neurologic diseases | 49 (5) |
| Ischemic stroke | 24 (3) |
| Transient ischemic attack | 8 (1) |
| Brain neoplasm | 6 (1) |
| Intracerebral hemorrhage | 5 (1) |
| Seizure | 4 (<1) |
| Demyelinating disease | 2 (<1) |
| Subarachnoid hemorrhage | 0 |
| Subdural hemorrhage | 0 |
| Epidural hemorrhage | 0 |
| Brain abscess/meningitis | 0 |
| Peripheral neurologic diseases | 294 (32) |
| Peripheral vertigo NOS | 185 (20) |
| BPPV | 78 (9) |
| Vestibular neuronitis | 27 (3) |
| Meniere disease | 4 (<1) |
| Other neurologic diseases | 388 (43) |
| Dizziness NOS | 199 (22) |
| Orthostasis/ear syncope | 121 (13) |
| Migraine | 37 (4) |
| Syncope | 20 (2) |
| Concussion | 11 (1) |
| Gait disorder NOS | 0 |
| Psychiatric conditions | 22 (2) |
| Psychiatric disorder NOS | 22 (2) |
| Serious cardiac diseases | 35 (4) |
| Arrhythmia | 22 (2) |
| Hypertensive emergency | 10 (1) |
| Acute coronary syndrome | 2 (<1) |
| Heart failure exacerbation | 1 (<1) |
| Stable angina | 0 |
| Other medical conditions | 119 (13) |
| Drug or substance ingestion/withdrawal | 46 (5) |
| Systemic infection | 34 (4) |
| Electrolyte disorder | 14 (2) |
| Other | 11 (1) |
| Anemia or gastrointestinal bleeding | 10 (1) |
| Hypoglycemia | 4 (0.4) |

NOTE sulla slide:

- la probabilità che un paziente con vertigine abbia problemi neurologici seri è del 5%.
- le cause di sincope funzionale sono stenosi aortica e embolia polmonare.

Durata ed evoluzione:

- Vertigine episodica che dura alcuni giorni associata a nausea/vomito in assenza di altri segni neurologici o acustici è in genere da neurite vestibolare o labirintite, soprattutto dopo un'infezione virale
- Vertigine episodica che dura pochi secondi o minuti e segue a modifiche della posizione della testa è in genere una vertigine posizionale parossistica benigna
- Vertigine ricorrente che dura ore ed è associata a sintomi di idrope auricolare, ipoacusia ed acufeni è da Sd. di Meniere
- Vertigine isolata improvvisa che dura alcuni minuti può essere associata ad emicrania p a

malattia cerebrovascolare (emicrania ed emorragia intracranica condividono molte manifestazioni cliniche)

Sintomi e condizioni associate:

- Disestesia cervicale/trigeminali, indica un coinvolgimento dei nuclei dei nervi cranici a livello del tronco encefalico
- Cefalea, attenzione alla DD tra emicrania e disturbo cerebrovascolare
- Disturbi dell'andatura, atassia o incoordinazione indicano un coinvolgimento del cervelletto
- Ipostenia – Paresi – Paralisi indicano una vertigine centrale
- Anamnesi positiva per traumi, chirurgia o interventi ORL depongono per una vertigine periferica
- Episodi precedenti di virus depongono per una neurite vestibolare o una labirintite
- Ansia/Depressione
- Consumo di alcool, fumo, farmaci, stupefacenti.

Esame clinico: Misuro i parametri vitali, la PA in clino ed ortostatismo, faccio un esame neurologico, cardiovascolare ed un esame di orecchio e collo.

Trattamento:

- Soppressori vestibolari (anti-istaminici, anti-Ach, BZD)
Anti-H1: Prometazina in infusione lenta per evitare un eccesso di sedazione
BDZ: Diazepam in infusione lenta sempre per evitare la sedazione
[Ricordiamoci che non dobbiamo escludere l'evento cerebrovascolare, quindi il paziente non può stare sedato poichè potrebbe nascondere/mimare una manifestazione più grave]
- Agonisti H1 che causano vasodilatazione arteriolare pre-capillare, migliorando il microcircolo (utili soprattutto negli anziani che già hanno una condizione di ateromatosi) ⁷
Betaistina x os
- Antivirali ⁷ Aciclovir x os o ev
- Antiemetici ⁷ Tioetilperazina x os o rettale
- Corticosteroidi ⁷ Desametasone ev [Se c'è infiammazione o edema a livello del SNC, il Desametasone è la molecola di scelta in quanto è la più lipofila, supera bene la BEE ed anche la guaina mielinica. Si utilizza anche nell'ictus e nel trattamento delle meningiti batteriche acute poichè diminuisce il tasso di sequele neurologiche → infatti in questi casi si danno 8 mg prima dell'antibiotico per evitare che quest'ultimo dia lisi delle cellule nervose] ⁷
- Diuretici ⁷ Furosemide o Idroclorotiazide indicati nella Sd. di Meniere
- Manovre vestibolari

Nel caso in cui siate interessati ad i dosaggi:

Farmaci

- Anti-istaminici H1: prometazina (FARGANESSE) fl 50 mg - ½ - 1 fl i.m. o e.v. lento
- Benzodiazepine: diazepam (VALIUM) fl 10 mg - 1 fl i.m. o ½ - 1 fl e.v. in infusione lenta
- Agonisti-H1: betaistina (MICROSER) cp 8 - 16 - 24 mg: dose da 16 mg a 48 mg die
- Antiemetici: tioetilperazina (TORECAN) cpr o supp 6.5 mg 1 dose da 1 a 3 volte die
- Antivirali HV: aciclovir 800 mg cp - 250 mg fl
- Corticosteroidi: desametasone fl 4 - 8 mg 1-2 fl i.m. o e.v.
- Diuretici: furosemide - idroclorotiazide