



La diagnosi differenziale dei più comuni tipi di vertigine periferica

Tiziano Guadagnin

**A.S.L. 9 TREVISO - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
SERVIZIO DI AUDIOLOGIA E FONIATRIA**

ANAMNESI OTONEUROLOGICA

- la vertigine è di origine vestibolare o non vestibolare
- se la vertigine è di origine vestibolare: a probabile sede periferica o centrale
- necessità di neuroimaging

- Vertigine (vertigo) è un'illusione di movimento, rotatorio o traslatorio, di se stessi o dell'ambiente circostante
- Disorientamento spaziale (dizziness)
- Perdita dell'equilibrio (imbalance)

Parametri anamnestici

- cronologia
- modalità insorgenza
- situazioni scatenanti
- modalità estinzione
- sintomi associati
- durata

Situazioni scatenanti

- Deambulazione
- Posizione della testa
- Tosse, ascolto suoni bassi
- Situazioni sociali
- Nessuna

Durata

- **Secondi / minuti** (es. VPP)
- **Ore** (es. Menière, vestibular migrane)
- **Giorni / settimane** (es. neurite vestibolare)

Sintomi associati

Sintomi cocleari

Ipoacusia

Ovattamento

Acufeni

Sintomi neurologici

Cefalea

Parestesie

Disturbi della vista

Diminuzione della forza

Sintomi vagali

- vertigine ad insorgenza improvvisa
- assenza di sintomi audiologici
- assenza di segni e sintomi neurologici
- assenza di fattori di rischio cardio vascolari

Il supposto diagnostico più probabile è di:

Neurite vestibolare

Segni e sintomi

- Vertigine rotatoria (con sensazione di girare lato sano)
- Romberg: tendenza a cadere dal lato della lesione
- Nausea e vomito
- Ny spontaneo orizzontale con componente torsionale, persistente, monodirezionale, pluriposizionale, con rinforzo apogeotropo e inibizione geotropa.

Neurite vestibolare sinistra



16 NOVEMBRE 2013

La vertigine in Pronto Soccorso

Segni e sintomi

Non c'è un segno patognomonico ne clinico

Assenza di disturbi uditivi

Assenza di segni e sintomi neurologici

Nella valutazione dell'oculomotricità:

Incompleta OTR

Gaze evoked ny dal lato della fase rapida
del ny

OKN presenta una preponderanza
direzionale da lato opposto della lesione

Aggiustamento patologico della percezione
della *Verticale Visiva Soggettiva*

Ocular Tilt Reaction



PAUL KLEE – SENECIO 1922

16 - 11 - 2013

La vertigine in Pronto Soccorso



Head impulse test

test di Halmagji



16 - 11 - 2013

La vertigine in Pronto Soccorso

Altri segni

- HST orizzontale
- HST verticale
- Test dinamico acuità visiva
- Ice test

ETIOPATOGENESI - EVOLUZIONE CLINICA

Origine virale – vascolare.

Interessamento della branca superiore del nervo vestibolare.

In genere episodio isolato (molto rare ma possibili le forme recidivanti)

Nel 70% dei casi i sintomi ed il nistagmo scompaiono spontaneamente in 7–10 giorni per l'instaurarsi del "compenso centrale"

In genere dopo 1 – 2 mesi risposta normale alle prove caloriche

HST resta positivo nel 50 % dei casi anche dopo 6 mesi;

Lesioni **periferiche** che simulano N.V.

- Vertigine Parossistica Posizionale
- Malattia di Menière monosintomatica
- Sind. Ramsay - Hunt
- Labirintite suppurativa
- Neurinomi
- Neurite vestibolare inferiore

- vertigine ad insorgenza improvvisa facendo particolari movimenti della testa
- assenza di sintomi audiologici
- assenza di segni e sintomi neurologici
- assenza di fattori di rischio cardio vascolari

Il supposto diagnostico più probabile è di:

Vertigine Parossistica Posizionale

La vertigine parossistica (VPP)

è una malattia labirintica ad elevata prevalenza, caratterizzata da brevi e parossistiche crisi vertiginose causate dai movimenti della testa sul piano orizzontale verticale. Le crisi sono ripetitive e si raggruppano generalmente in periodo limitato di tempo (fase attiva) con tendenza a recidivare dopo intervalli silenti.

(Prof. P.Pagnini)

epidemiologia

- la più comune forma di vertigine
- causata dalla presenza di materiale otoconiale di derivazione utricolare che si muove all'interno dell'endolinfa dei canali semicircolari o della cupola
- incidenza 35 – 50 anni
- fase attiva nei pazienti non trattati 15 giorni
- ricorrenza 15 % anno
- sesso femminile 2:1

epidemiologia

- canale semicircolare posteriore 70%
- destro 1,5:1
- CSP bilaterale 7,5 % e il 90% è post traumatico
- CS laterale 17 % di cui 80 % geotropo
- non definibile 10 %

sintomatologia

- Stereotipati
- Diagnosi possibile in base all'anamnesi
- Fase attiva, inattiva
- Non associata a sintomi uditivi
- Non associata a segni e sintomi neurologici
- Ansia – atteggiamento fobico.

Portare il paziente, con la testa girata verso destra, velocemente dalla posizione seduta a quella supina con la testa fuori dal bordo del lettino piegata di 30°. Osservare gli occhi per vedere se compare il nistagmo

Manovra Dix Hallpike

Ripetere il test con la testa girata verso sinistra

Canalolitiasi del CS Posteriore



Canalolitiasi CSP

geotropia

- Latenza 2 – 15 sec.
- Ny dissociato torsionale e verticale
- Incremento rapido dell'intensità con decremento lento
- Durata 30 – 45 sec
- Ripetibile – faticabile – ridotto dalla fissazione
- Inversione nel ritorno posizione seduta

apogeotropia

- Il ny è scatenato da qualunque movimento della testa sul piano verticale;
- Praticamente senza latenza
- Simil parossistico quasi stazionario
- Sintomatologia meno intensa con disequilibrio

manovre

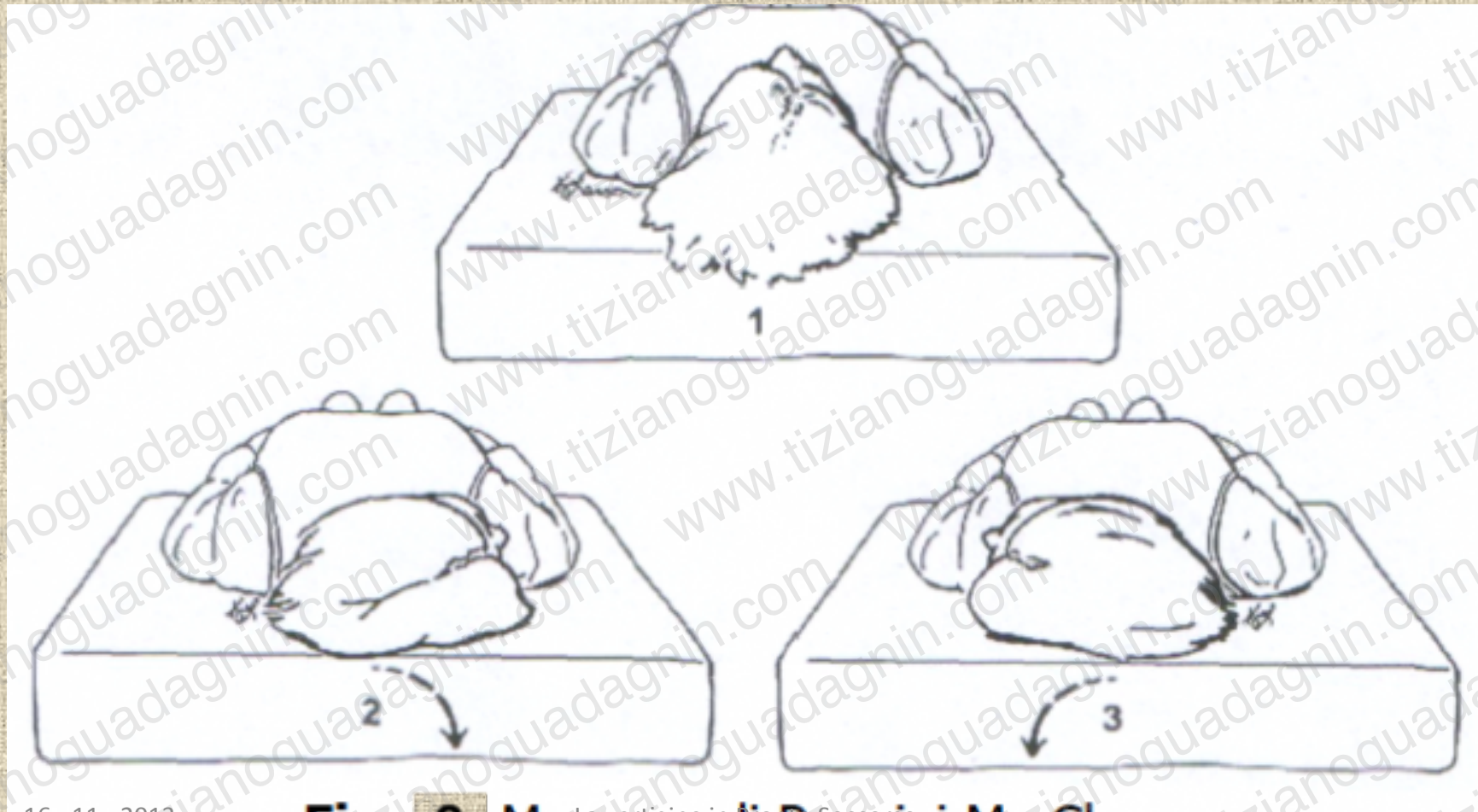
L'effettuazione delle manovre

- Riposizionamento (Epley)
- Liberatorie (Semont)

hanno significato diagnostico in quanto dovrebbero modificare il nistagmo cosa che non si verifica nel ny centrale.

Canalolitiassi CSL

Manovra Pagnini McClure



Canalolitiasi CSL

Nistagmo orizzontale puro, parossistico, bidirezionale, bipozionale, evocato a paziente supino (con capo sollevato di 30°) con rotazione di 180° del capo verso ciascun lato

Canalolitiasi CSL

- Latenza 0 – 10 sec
- Aumento rapido dell'intensità con declino molto lento
- Circa 1 minuto
- Inversione ny quando viene ruotato lato opposto
- Ny orizzontale geo –apogeotropo

Canalolitiasi CSL

Forma geotropa:

- Gli otoliti sono nel braccio non ampollare del canale
- Scarsa latenza
- Maggiore intensità lato affetto
- Scarsa affaticabilità.

Forma apogeotropa:

- Gli otoliti sono nel braccio ampollare del canale, in prossimità della cupola ampollare.
- Scarsa latenza
- Maggiore intensità lato sano
- Scarsa affaticabilità
- Lunga durata

Diagnosi di lato affetto

- Nella forma geotropa il lato affetto è il lato nel quale si evoca il ny più intenso;
- Nella forma apogeotropa il lato affetto è il lato nel quale si evoca il ny meno intenso.

Diagnosi di lato affetto

- Nistagmo pseudo spontaneo
- Nistagmo nel passaggio da seduto a supino
 - Battono entrambi verso l'orecchio sano nelle VPP del CSL GEOTROPA
 - Battono entrambi verso l'orecchio affetto nelle VPP del CSL APOGEOTROPA

manovre

L'effettuazione delle manovre

- Riposizionamento (Epley, Lampert, Baloh)
- Liberatorie (Gufoni, Posizione liberatoria coatta “accorciata”, etc.)

hanno significato diagnostico in quanto dovrebbero modificare il nistagmo cosa che non si verifica nel ny centrale.

GUIDELINES

Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo

The costs to the health care system and the indirect costs of BPPV are also significant. It is estimated that it costs approximately \$2000 to arrive at the diagnosis of BPPV, and that 86 percent of patients suffer some interrupted daily activities and lost days at work because of BPPV.^{11,14}

- vertigine ad insorgenza improvvisa
- presenza di sintomi audiologici associati
- assenza di segni e sintomi neurologici
- assenza di fattori di rischio cardio vascolare

Il supposto diagnostico più probabile è di
Malattia di Menière

La malattia di Menière

è un disordine dell'orecchio interno che si manifesta con:

- attacco spontaneo di vertigine
- ipoacusia neurosensoriale fluttuante
- acufeni
- gli attacchi sono spesso preceduti da sensazione di ovattamento

La malattia di Menière

Nelle fasi iniziali i sintomi possono NON presentarsi simultaneamente:

- 50 % vertigini con ipoacusia
- 26 % ipoacusia
- 19 % vertigini.

La malattia di Menière

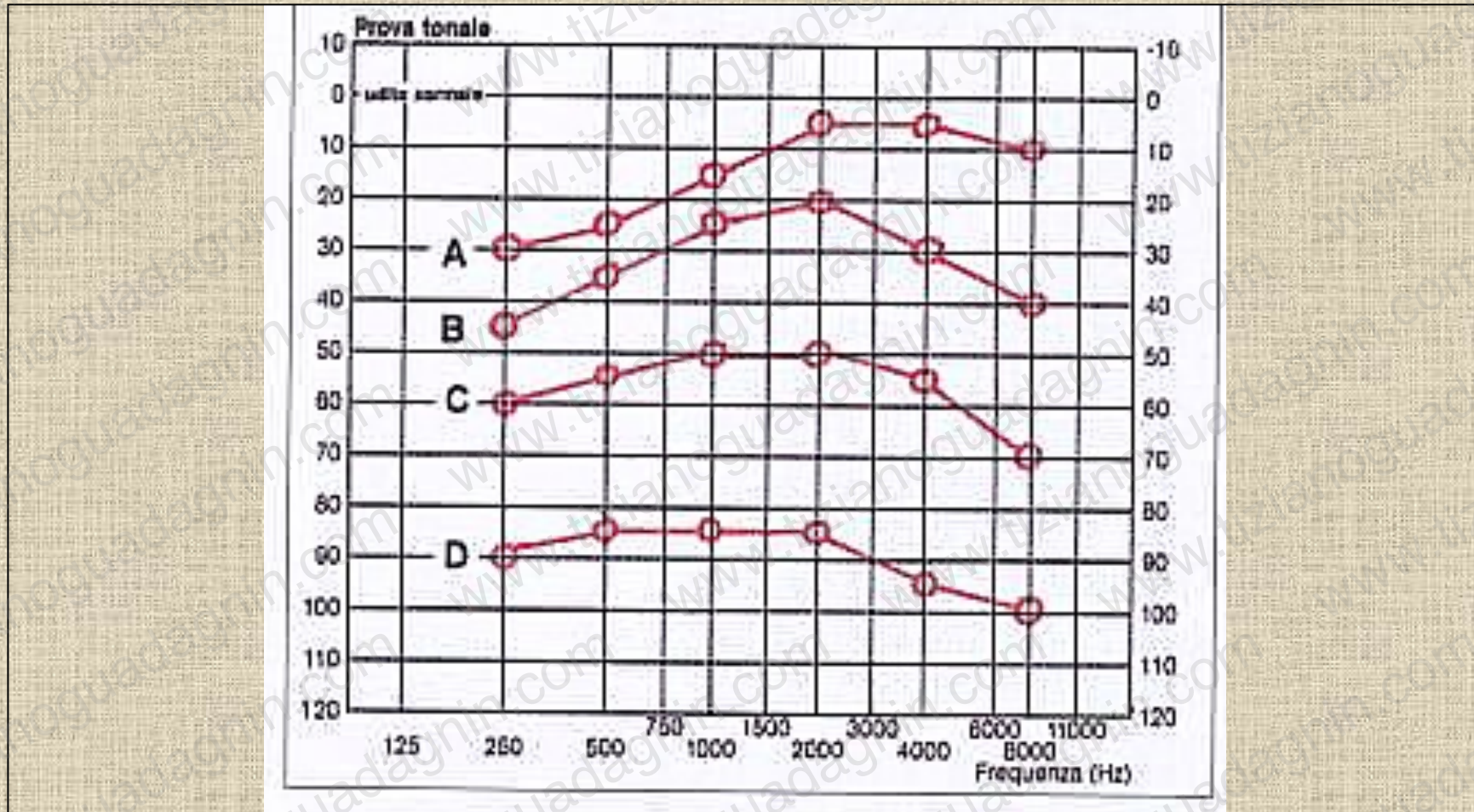
- il nistagmo è sempre presente durante gli attacchi
 - fase iniziale irritativa: ny stesso lato (difficile da osservare per la brevissima durata)
 - fase paralitica: ny verso lato sano
- vertigine intensa della durata $> 20'$ (in genere alcune ore ma $< 24 h$)
- sintomi vegetativi (nausea, vomito) ma mai perdita di coscienza !
- durante la crisi il paziente giace lato malato
- dopo la crisi, instabilità per molti giorni.

La malattia di Menière

- acufene : dal lato affetto, può persistere anche dopo la crisi;
- ipoacusia : percettiva, con recruitment, inizialmente fluttuante e solo sui toni gravi, con il tempo tende a divenire pantonale, permanente ed ingravescente ma mai totale (anacusia)

Malattia di Menière

caratteristiche audiologiche



Criteria diagnostici della malattia di Menière

(AA00-HNS 1995)

- **POSSIBILE** : 1 solo attacco con uno solo dei sintomi (ipoacusia fluttuante o vertigine menieriforme)
- **PROBABILE** : 1 solo attacco di vertigine (> 20 minuti) associato ad ipoacusia fluttuante documentata
- **DEFINITA** : 2 o più attacchi di vertigine (> 20 minuti) associata ad ipoacusia documentata, fullness ed acufeni
- **CERTA** : rilievo autoptico caratteristico in un paziente che in vita presentava una forma “definita”.

La malattia di Meniere

- Incidenza 15-150/ 100.000
- Sesso femminile 1,3 : 1
- Picco d'incidenza 40 - 60 anni
- L'inizio della malattia è monolaterale, successivamente bilaterale.

Malattia di Menière

Idrope endolinfatica



16 - 11 - 2013

La vertigine in Pronto Soccorso

Sindromi vestibolari correlate alla m. di Menière

Sindrome di Tumarkin

Detta anche “crisi otolitica acuta di T.” è una rara forma di “drop attack” della fase avanzata della m. di Meniere, quando il deficit canalare è ormai quasi totale. Improvvise crisi caratterizzate da sensazione di “sprofondamento” con cedimento acuto del tono antigravitario e caduta a terra senza perdita di coscienza. La crisi dura circa 1 minuto e si ritiene sia causata da idrope transitorio del sacculo (da qui il termine di “crisi otolitica”). Per il manifestarsi improvviso senza alcun sintomo premonitore le crisi sono assai pericolose.

Vertigine premenstruale

Molto spesso le pz. menieriche riferiscono un peggioramento del disequilibrio nel periodo premenstruale probabilmente a causa della ritenzione idrica. La gravidanza e l'uso dei contraccettivi orali hanno un effetto imprevedibile sul Menière (a volte migliora, a volte peggiora)

Delayed endolymphatic Hydrops

Insorgenza di disturbo vestibolare (tipo Menière cioè crisi di vertigine, ipoacusia ed acufeni) a distanza di alcuni anni (3 – 4) da un precedente episodio di ipoacusia improvvisa. Può essere ipsi o controlaterale alla precedente ipoacusia. Presentando analogie con l'oftalmite simpatica, si ritiene sia una s. su base autoimmune ma a parte un aumento dei linfociti attivati non è stato trovato alcun marker specifico.

In conclusione

- La diagnosi di vertigine periferica si “costruisce”:
 - con l’anamnesi
 - nel rilevare sintomi e segni di perifericità
 - con l’esclusione di sintomi e segni di centralità.

THE BIG FIVE

1. Skew deviation
2. Gaze evoked ny
3. Saccadic smooth pursuit
4. HIT normale in paziente con ny
5. Ny non soppresso dalla fissazione

Indicazioni alla neuroimaging

- Pazienti anziani
- Paz con fattori di rischio vascolare e HIT normale
- Gaze evoked ny
- Grave atassia con impossibilità alla stazione eretta
- Cefalea occipitale
- Fattori rischio vascolare ed ipoacusia senza storia di Menière.