

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

ENTE D RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE D.P.C.M.23-4-1993

Via M. Coppino, 26 – 12100 Cuneo

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA-COLLO

S.C. DI OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE

Responsabile S.C.: dr. Raffaele Vitiello

e-mail: otorinolaringoiatria@ospedale.cuneo.it

sito web: www.levertigini.it

LE VERTIGINI

L' **Otoneurologia** si occupa della diagnosi e del trattamento dei disturbi dell'equilibrio e della postura (*stazione eretta*) conseguenti a **problematiche inerenti l'orecchio e le vie nervose cocleo-vestibolari centrali** (*deputate all'invio di tutte le informazioni inerenti la capacità uditiva e dell'equilibrio alla corteccia cerebrale*).

Viene sempre più considerato, nell'ambito di un corretto mantenimento del proprio equilibrio posturale, anche l'apporto dato dalle afferenze propriocettive muscolo-articolari e delle varie articolazioni, ivi compresa anche l'articolazione temporo-mandibolare.

I progressi nella ricerca sui fenomeni d'adattamento e compenso del sistema dell'equilibrio sono alla base del sempre più frequente utilizzo delle metodiche di riabilitazione vestibolare, rispetto alle tradizionali terapie farmacologiche.

La **riabilitazione vestibolare**, o l'utilizzo di trattamenti alternativi alle terapie farmacologiche, permette oggi la guarigione o in ogni modo il netto miglioramento nella maggior parte dei casi di sindrome vertiginosa.

Indispensabile è una fattiva collaborazione tra esperti di diverse specialità per questo complesso settore della medicina che, più degli altri, necessita di interdisciplinarietà (Otorinolaringoiatra, Fisiatra e Neurologo).

Fondamentale un'accurata e paziente **"anamnesi"**: storia personale, familiare e clinica del soggetto analizzando le caratteristiche cliniche (*vertigine e/o instabilità*), epoca e durata del primo episodio, modalità di insorgenza, decorso temporale e sintomatologico, eventuali fenomeni neurovegetativi associati (*nausea, vomito, sudorazione fredda*) e la presenza di fenomeni uditivi associati (*senso di ovattamento, ipoacusia, acufeni*).

La notevole evoluzione tecnica dell'informatica e dell'elettronica ha reso di uso corrente sofisticate attrezzature diagnostiche, quali la **videonistagmografia** (ORL: *metodica di osservazione e registrazione dei movimenti oculari involontari = nistagmo, correlati al sistema dell'equilibrio*) e la **stabilometria statica e dinamica** (FISIATRA: *analizza non solo l'effettivo movimento ma anche le variazioni del baricentro dell'individuo*).

I **sintomi principali** dei disturbi dell'apparato vestibolare e del sistema dell'equilibrio derivano dall'alterata risposta dell'unità centrale (*vie nervose e cervello*) o per errata informazione ricevuta dalla periferia (*vestibolo e coclea*) o per errata elaborazione di un messaggio inviato peraltro in modo corretto.

- La **vertigine**, definita come *"un'errata sensazione di movimento dell'ambiente attorno al corpo (vertigine oggettiva) o del proprio corpo nell'ambiente (vertigine soggettiva)"* è l'espressione del messaggio errato che perviene in modo cosciente al cervello.

Il termine "vertigine" indica quindi un sintomo, non una malattia.

- **Le alterazioni dell'equilibrio e della postura**, sono legate all'errata coordinazione del tono muscolare del nostro corpo che riceve informazioni sbagliate, determinando instabilità.
- Un terzo sintomo accessorio, meno evidente al paziente ma fondamentale per lo studio di tutte le sindromi vertiginose, è il **nistagmo**, ovvero un anomalo involontario movimento degli occhi.

A questi disturbi possono essere associati altri sintomi che orientano la diagnosi verso patologie del labirinto e quindi dell'orecchio:

- **Sintomi uditivi** (*ipoacusia - sordità, acufeni -ronzio nell'orecchio, senso di orecchio chiuso*)
- **Sintomi neurovegetativi** (*nausea e vomito, pallore, sudorazione, variazioni della frequenza cardiaca, episodi pseudolipotimici*) legati agli stretti rapporti tra il sistema neurovegetativo, responsabile della regolazione delle funzioni del corpo e l'orecchio interno.

Tutte le alterazioni del sistema dell'equilibrio siano esse di origine centrale o periferica possono manifestarsi con questi sintomi, ma con caratteristiche differenti in base alla sede della disfunzione.

Una prima **classificazione delle sindromi vertiginose** sarà quindi **in base alla sede**:

- **Centrale**, per disfunzione della parte del sistema appartenente al sistema nervoso centrale.
- **Periferica**, per alterazione dei canali d'informazione cocleovestibolari.

Se la funzione dell'apparato vestibolare è quella di stabilizzare l'angolo di sguardo e di garantire il mantenimento della stazione eretta, un danno a carico di tale sistema provocherà un deficit dei riflessi che esso governa con conseguenze immaginabili:

1. **il danno a carico del riflesso vestibolo-oculomotore:** determinerà un'instabilità dello sguardo definita nistagmo (un movimento involontario e veloce degli occhi), con conseguente vertigine, ossia la sensazione di rotazione dell'ambiente e/o del soggetto stesso;
2. **il danno a carico del sistema vestibolo-spinale:** determinerà l'incapacità totale o parziale di mantenere la stazione eretta, con conseguente disequilibrio e sensazione di instabilità.

Tali sintomi nascono dal fatto che gli effetti delle risposte di stabilizzazione (erronea, perché nata da una sofferenza in qualche punto del sistema) non possono confrontarsi con la previsione dell'effetto di un programma motorio, poiché inesistente. Un esempio chiarirà meglio il concetto.

Un disturbo molto diffuso è la **cinetosi**, ossia una sensazione di disagio associata a nausea che si verifica, ad esempio, in auto, provocata da una stimolazione delle strutture vestibolari. Ciò che è davvero interessante è che la cinetosi colpisce il passeggero e generalmente mai chi guida: perché? Chi guida ed affronta, ad esempio, una curva, ha progettato un atto motorio ed una previsione degli effetti dello stesso: in tal modo, l'"effetto" delle risposte di stabilizzazione combaccerà perfettamente con la "previsione" dell'effetto dell'atto motorio in questione, ed il soggetto non proverà alcun fastidio. Viceversa, il passeggero non attua nessun programma motorio e quindi nessuna previsione degli effetti: pertanto l'effetto di stabilizzazione delle risposte non avrà nulla con cui confrontarsi ed il soggetto sperimenterà la fastidiosa sintomatologia.

Vertigine, disequilibrio ed instabilità si accompagnano spesso a fenomeni quali nausea e/o vomito.

Considerato il ruolo fondamentale del sistema nervoso centrale nel controllare tali riflessi, anche un danno a carico di tali strutture darà luogo ad una sintomatologia caratterizzata da vertigine, disequilibrio ed instabilità, sintomi che si assoceranno evidentemente a quelli della patologia neurologica di base.

Contrariamente a quanto comunemente si crede, dunque, soltanto un danno vestibolare può determinare una "vera" vertigine. Disturbi a carico della vista possono contribuire indirettamente alla sensazione di disequilibrio per la concomitante riduzione della capacità visiva ma mai potrebbero determinare vertigine. Raro è anche il ruolo della **sofferenza cervicale** quale causa di vertigine poiché l'effetto del riflesso cervico-oculomotore quale stabilizzatore dei movimenti oculari è molto limitato nell'uomo.

Un'attenzione particolare va riservata infine ad alcuni disturbi che possiamo definire come

"pseudovertigine" o disturbi somatoformi, quale quella da spazi aperti e molto ampi (una forma di *agorafobia*), nella quale l'eccessiva distanza dei punti di riferimento crea una sensazione di instabilità, o la **vertigine posturale fobica**, caratterizzata da vere e proprie crisi di panico e provocata da una sorta di dissociazione tra la previsione dell'effetto del movimento che il soggetto sta per compiere ed il reale effetto del movimento stesso: in presenza di tale dissociazione il soggetto interpreterà qualsiasi movimento non come la conseguenza di una scelta di cui ha già previsto gli effetti ma come un evento

che subisce passivamente ed al quale è del tutto estraneo; l'assenza di previsione renderà il movimento come qualcosa di "subìto" e non di "scelto" e verrà interpretato come disequilibrio ed instabilità.

Va segnalata pertanto la necessità di trattamenti psicoterapeutici di tipo cognitivo-comportamentale per alcune conseguenze psicologiche delle vertigini e per alcune forme di pseudovertigine.

L'approccio terapeutico è radicalmente cambiato negli ultimi anni, grazie alle conoscenze sempre più approfondite della neurofisiologia del compenso vestibolare, ossia di un fenomeno che tende spontaneamente a ripristinare la funzione del sistema.

Il trattamento proposto fino a qualche anno fa si basava essenzialmente sul *concetto di vestibolo-soppressione*: al paziente, costretto a rimanere a letto per giorni fino alla scomparsa della sintomatologia acuta, erano somministrati ***farmaci sintomatici*** che miravano a ridurre ulteriormente la funzione di un sistema anatomicamente danneggiato e fisiologicamente già poco funzionante. Alla luce delle recenti acquisizioni neurofisiologiche, è stato dimostrato che la soppressione del sintomo priva le strutture centrali di quel "conflitto di informazioni" (la vertigine, appunto) assolutamente indispensabile per favorire l'instaurarsi del compenso vestibolare ed il recupero funzionale delle strutture lese.

Grazie a tali nuove conoscenze si è passati dunque dalla vestibolo-soppressione farmacologica alla stimolazione fisica precoce delle strutture ipofunzionanti, nel contesto di una vera e propria riabilitazione vestibolare, nella quale la *terapia farmacologica (cortisonici, diuretici, osmotici, vascolari, istaminergici, ecc)* gioca un ruolo di integrazione limitatamente ad alcune patologie (in particolare in presenza di idrope labirintica).

I pazienti colpiti da ***Vertigine Parossistica Posizionale Benigna*** sono sottoposti a manovre liberatorie in grado sovente di risolvere la sintomatologia in una sola seduta.

Concettualmente lo Specialista ORL individuerà se sussistono patologie otologiche passibili di trattamento farmacologico e/o chirurgico (ad esempio l'otosclerosi) oppure patologie sistemiche responsabili d'effetti transitori o permanenti sull'apparato uditivo.

L'iter diagnostico e terapeutico, nello specifico ritenuto ottimale, potrà effettuarsi:

- ☺ ambulatorialmente, con percorsi programmati.
- ☺ con l'attivazione del Day Hospital diagnostico.
- ☺ in regime di ricovero ospedaliero.

Per approfondimenti: www.levertigini.it

SI PREGA, IN CASO DI RICOVERO, VOLER CONSEGNARE QUESTO FOGLIO, FIRMATO PER PRESA VISIONE, AL PRIMO ACCESSO AL PERSONALE INFERMIERISTICO PER ESSERE INSERITO NELLA CARTELLA CLINICA.

Aggiornato al 1 luglio 2008