

ANAMNESI DEL PAZIENTE VERTIGINOSO

**ANAMNESI
RAGIONATA E
VIDEOGUIDATA**

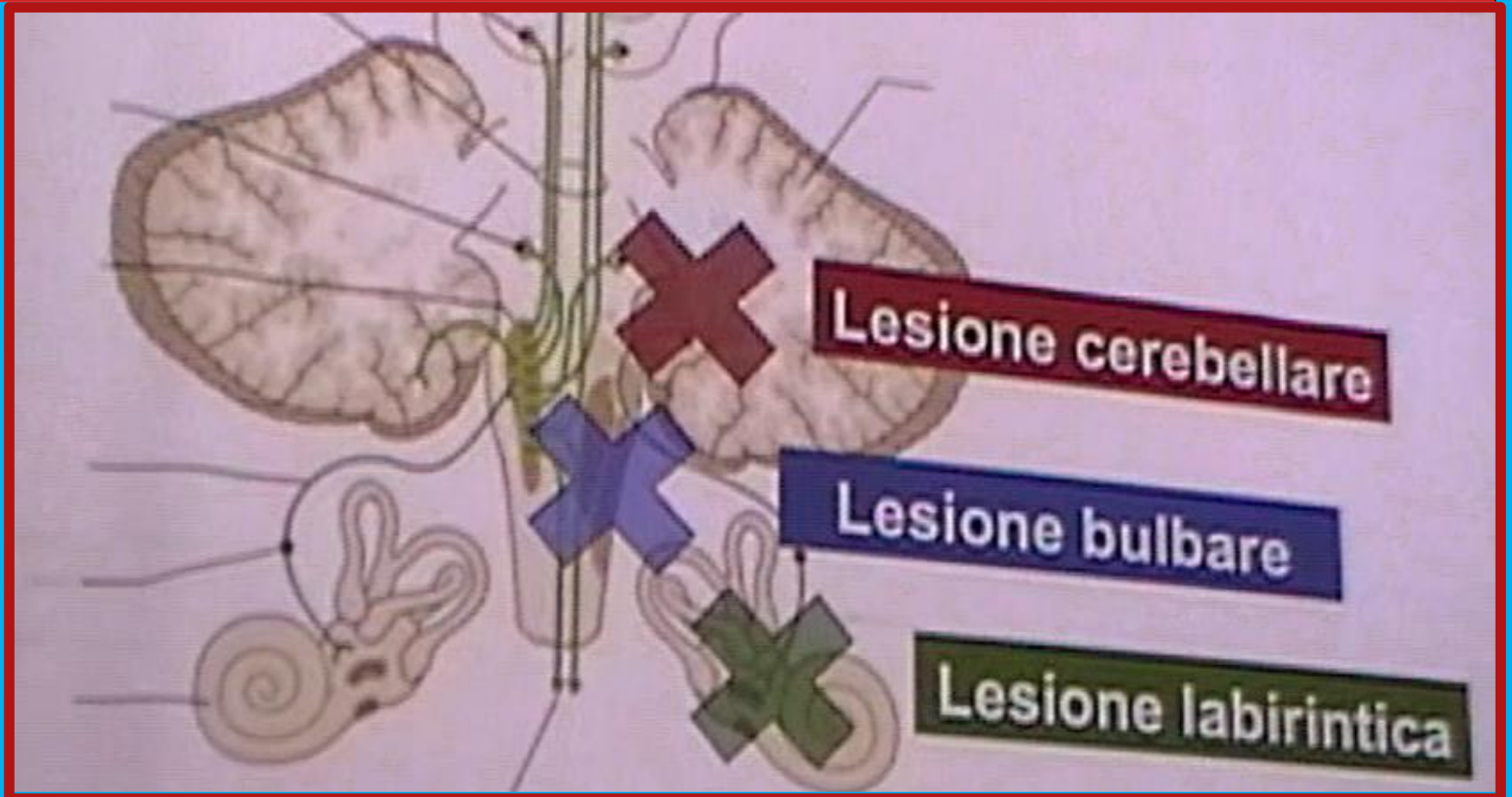
**1° CORSO BASE DI
VESTIBOLOGIA 2017
SCIACCA**

**PORTA S.SALVATORE
XVI sec**

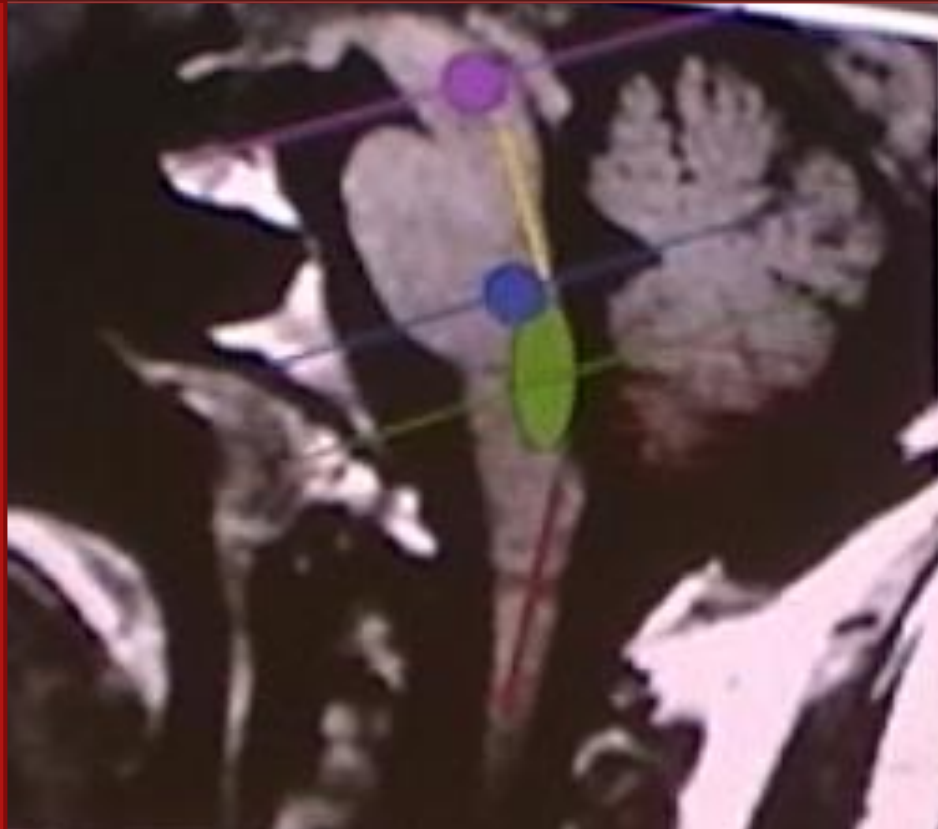
INQUADRAMENTO DELLA VERTIGINE ACUTA

- ▶ VERTIGINE POSIZIONALE DI POCHI SECONDI: PROBABILE VPP.
- ▶ CRISI VERTIGINOSE IMPROVVISE DELLA DURATA DI MINUTI O ORE:
- ▶ PROBABILE MENIERE O VERTIGINE EMICRANICA
- ▶ CRISI ACUTE DI GIORNI:
- ▶ NEURITE VESTIBOLARE DA PORRE IN D.D CON INFARTO CEREBELLARE

LA VERTIGINE ACUTA ROTATORIA ORIGINA



STRUTTURE TRONCO ENCEFALICHE



**MESENCEFALO:MOVIMENTI
RAPIDI VERTICALI E
TORSIONALI**

**PONTE :
MOVIMENTI RAPIDI
ORIZZONTALI**

BULBO:NUCLEI VESTIBOLARI

**VESTIBOLO-
CEREBELLUM(FLOCCULO-
NODULUS)**

ANAMNESI VESTIBOLARE

Cosa racconta il paziente



- **Poca chiarezza**
 - ◆ **Mi gira sempre la testa**
 - ◆ **Si muove l'ambiente**
 - ◆ **Mi manca l'equilibrio**
 - ◆ **Mi sembra di cadere**
 - ◆ **Mi sento la testa vuota**
 - ◆ **Mi sento "svenire"**

La perdita di coscienza esclude generalmente una vestibolopatia!

ANAMNESI VESTIBOLARE

- ▶ ***NONOSTANTE IL PROGREDIRE DELLE TECNICHE OTONEUROLOGICHE,***

L'ANAMNESI ACCURATA E' FONDAMENTALE .IL TEMPO CHE SI PERDE AL'INIZIO SI RECUPERA DOPO

- ▶ ***QUANTO PIU' L'OBIETTIVITA' E' ASPECIFICA TANTO PIU' ACQUISTA IMPORTANZA LA STORIA CLINICA***

ASSOCIARE AD UN DISTURBO UN PERCORSO DIAGNOSTICO

ANAMNESI VESTIBOLARE

▶ L'indagine deve essere poliziesca

▶ Sapere ascoltare i sintomi permetterà
di guadagnarne la fiducia

▶ La vertigine è un sintomo
complesso, scomodo da riferire oltre
che da capire e da interpretare

ATTEGIAMENTO SBAGLIATO ,DISTACCATO SBRIGATIVO



VADEMECUM PER IL VESTIBOLOGO

- ▶ 1)EVITARE UN LINGUAGGIO PRETTAMENTE MEDICO
- ▶ 2)USARE PAROLE FACILMENTE COMPRENSIBILI
- ▶ 3)VERIFICARE CHE IL PAZIENTE ABBIA CAPITO
- ▶ 4)EVITARE UNA TERMINOLOGIA IMPROPRIA GIA'PRECOSTITUITA

ANAMNESI VESTIBOLARE

L'anamnesi deve essere guidata dallo specialista

- ▶ TRALASCIARE IL SUO ITER SANITARIO.
- ▶ DEVE ESSERE INVITATO A DESCRIVERE I SINTOMI.

I DIECI COMANDAMENTI

PROF. PAGNINI

- ▶ **Eventi precursori**
- ▶ **Rapporti causali**
 - ▶ FATTORI FAVORENTI
 - ▶ FATTORI SCATENANTI
 - ▶ FATTORI AGGRAVANTI
- ▶ **Modalita' di esordio**
- ▶ **Tipologia dei sintomi**
 - ▶ LE VERTIGINI
 - ▶ LE TURBE DELL'EQUILIBRIO
- ▶ **Durata dei sintomi**

- Modalita' di esaurimento**
- ▶ **Andamento nel tempo**
- ▶ **Sintomi audiogeni**
 - ▶ ASSOCIATI
 - ▶ DISSOCIATI
- ▶ **Sintomi neurogeni**
 - ▶ ASSOCIATI
 - ▶ DISSOCIATI
 - ▶ Habitus e familiarita'

EVENTI PRECURSORI

EPIODI VIRALI NEI GIORNI PRECEDENTI

EVENTI TRAUMATICI IMPORTANTI O TRAUMI MODESTI

IN SOGGETTI CON ANTICOAGULANTI O CON SINDROME DELL'ACQUEDOTTO LARGO

FARMACI OTOTOSSICI

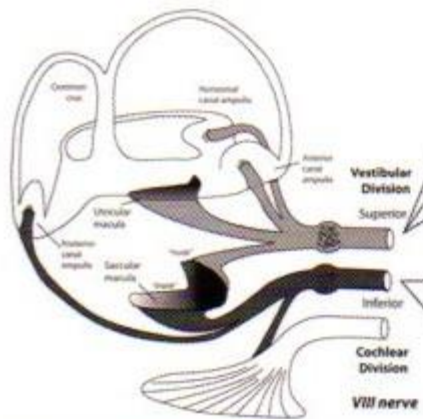
CHEMIOTERAPICI (CISPLATINUM, VINCRISTINA, ETC)

RADIOTERAPIA DEI CENTRI NERVOSI VESTIBOLARI

INTOSSICAZIONE DA INALANTI TOSSICI

(ANTIGRITTOGAMICI MONOSSIDO DI CARBONIO, ZOLFO ETC)

COME STUDIAMO TUTTI E 5 RECETTORI VESTIBOLARI?



Risposta Normale ✓

Risposta Patologica a destra [Icona]

Risposta Patologica a sinistra [Icona]

Test clinici	Soggetto Sano	Neurite Vestibolare Superiore	Neurite Vestibolare Inferiore	Perdita Vestibolare Unilaterale
vHIT—CSL Verso il lato lesio		★		
vHIT—CSA Verso il lato lesio		★		
oVEMP's to Fz BCV Macula Utricolare n10 su occhio controlaterale		★		
cVEMP's to Fz BCV Macula Sacculare P13 su SCM ipsilaterale				
vHIT—CSP Verso il lato lesio				
Esame Audiometrico ECoGh				

**Schema modificato da
dr.la gumina –dr pellitteri**

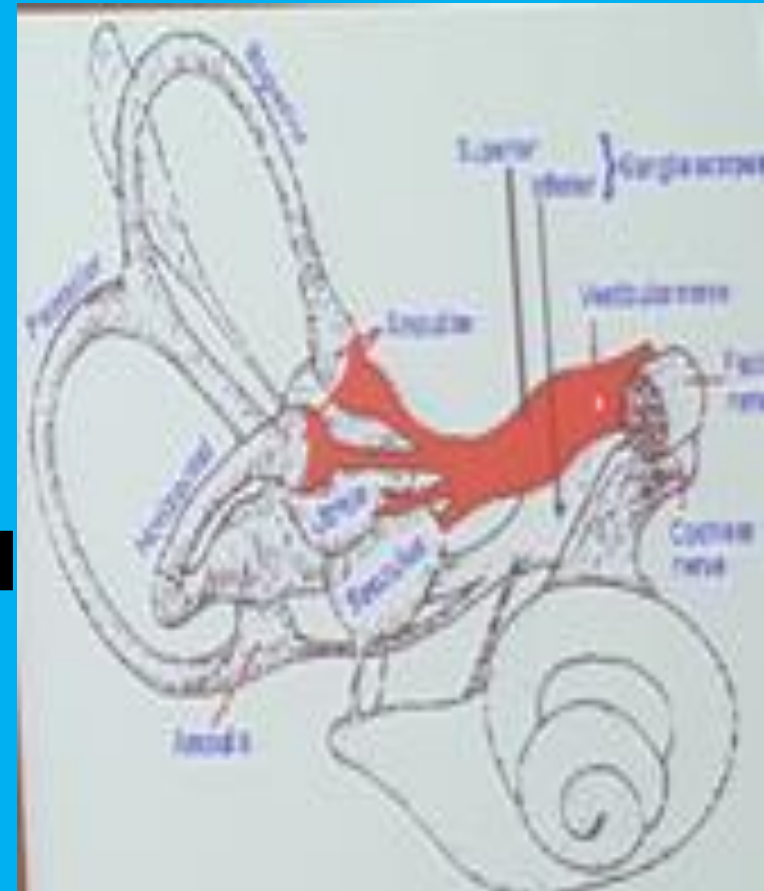
NEURITE DEL NERVO VIII

(branca superiore)

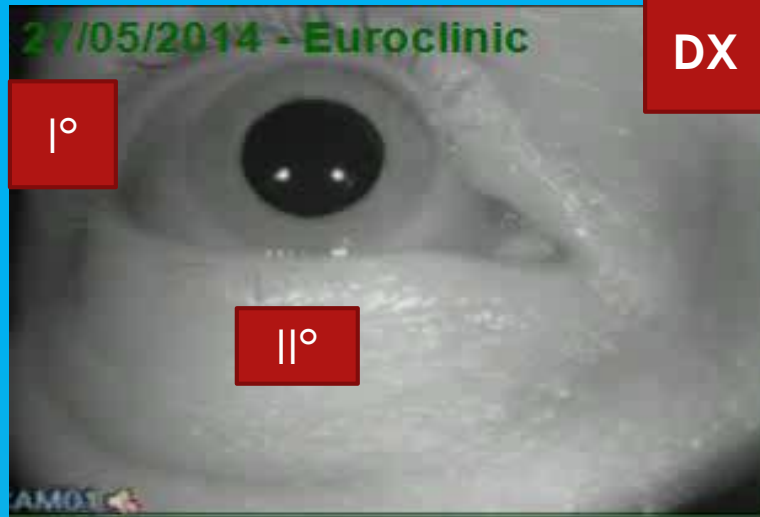
vHIT: riduzione del
gain csl+csa
o VEMP: alterato
cVEMP: nella norma
nyll^o.

Test vibratorio >

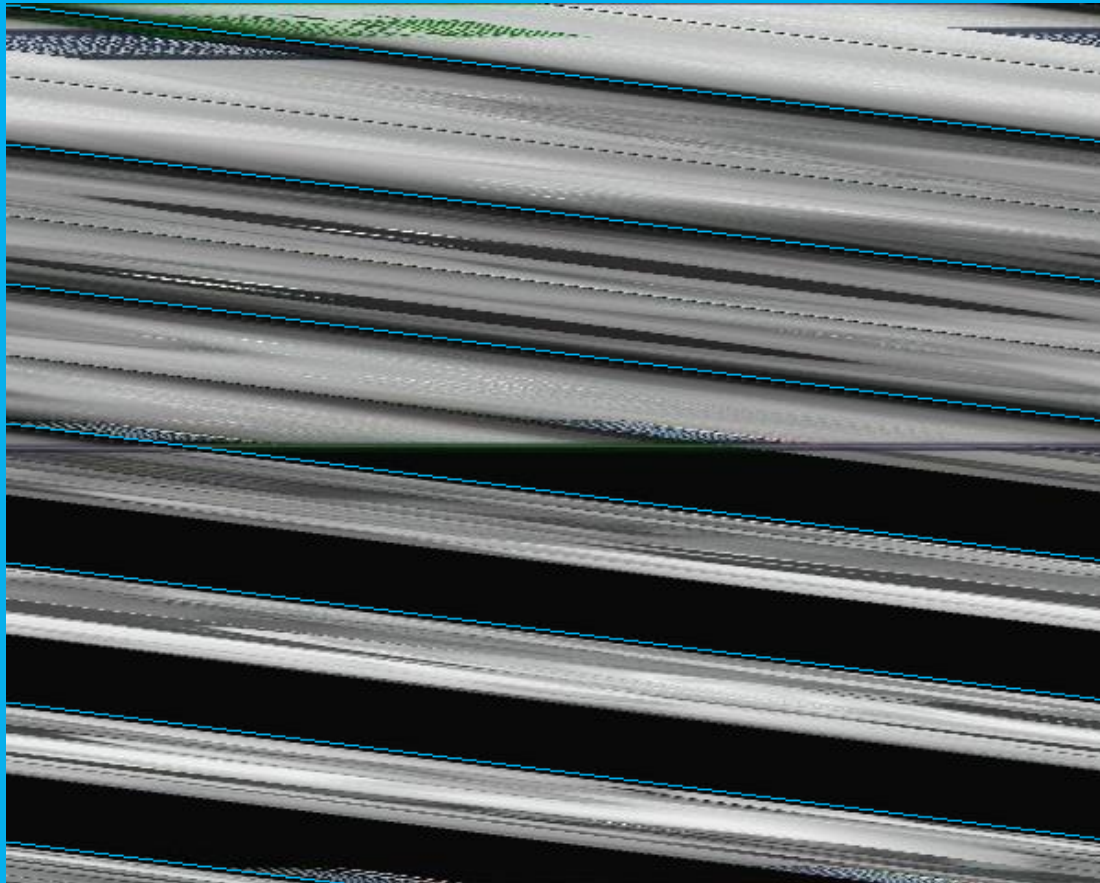
VAFL sulla mastoide opposta



Neurite dell'VIII SN



NY di lateralita' (gaze-evoked NY) e Rebound Ny

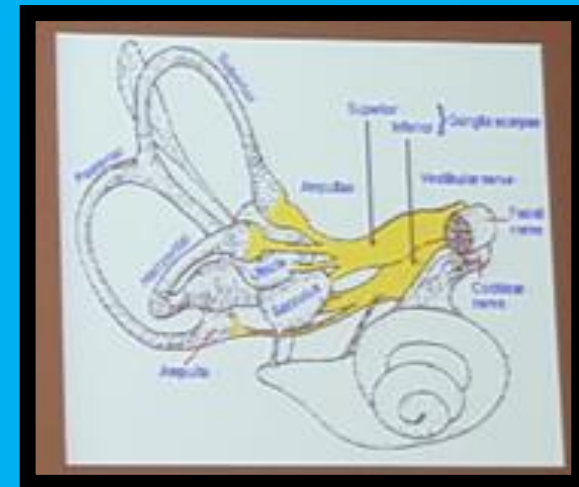


NEURITE DELL'VIII (branca superiore ed inferiore)

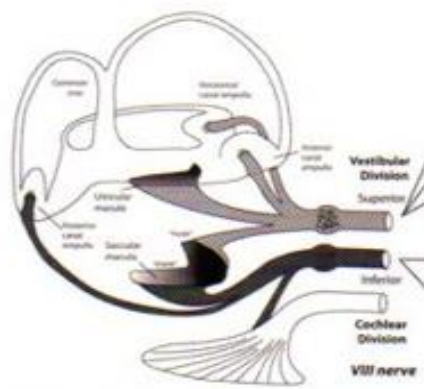
Vhit :riduzione del gain csl+csa+csp

Ovemp+Cvemp:alterati

Ny III°-OTR



COME STUDIAMO TUTTI E 5 RECETTORI VESTIBOLARI?



Risposta Normale ✓

Risposta Patologica a destra [Icona]

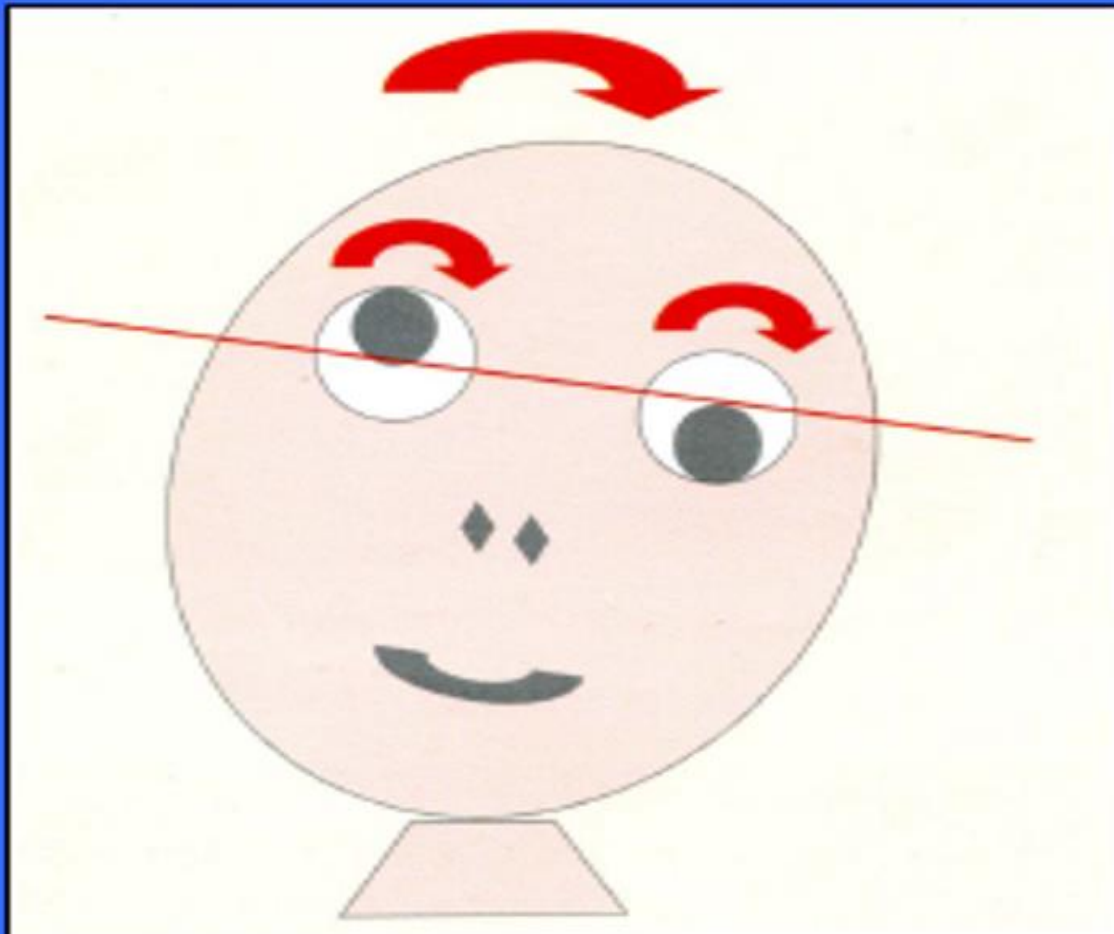
Risposta Patologica a sinistra [Icona]

Test clinici	Soggetto Sano	Neurite Vestibolare Superiore	Neurite Vestibolare Inferiore	Perdita Vestibolare Unilaterale
vHIT—CSL Verso il lato lesa		★		
vHIT—CSA Verso il lato lesa		★		
oVEMP's to Fz BCV Macula Utricolare n10 su occhio controlaterale		★		
cVEMP's to Fz BCV Macula Sacculare P13 su SCM ipsilaterale			★	
vHIT—CSP Verso il lato lesa			★	
Esame Audiometrico ECeGh				

Schema modificato da dr.la guma -dr pellitteri

CONDIZIONE PATOLOGICA

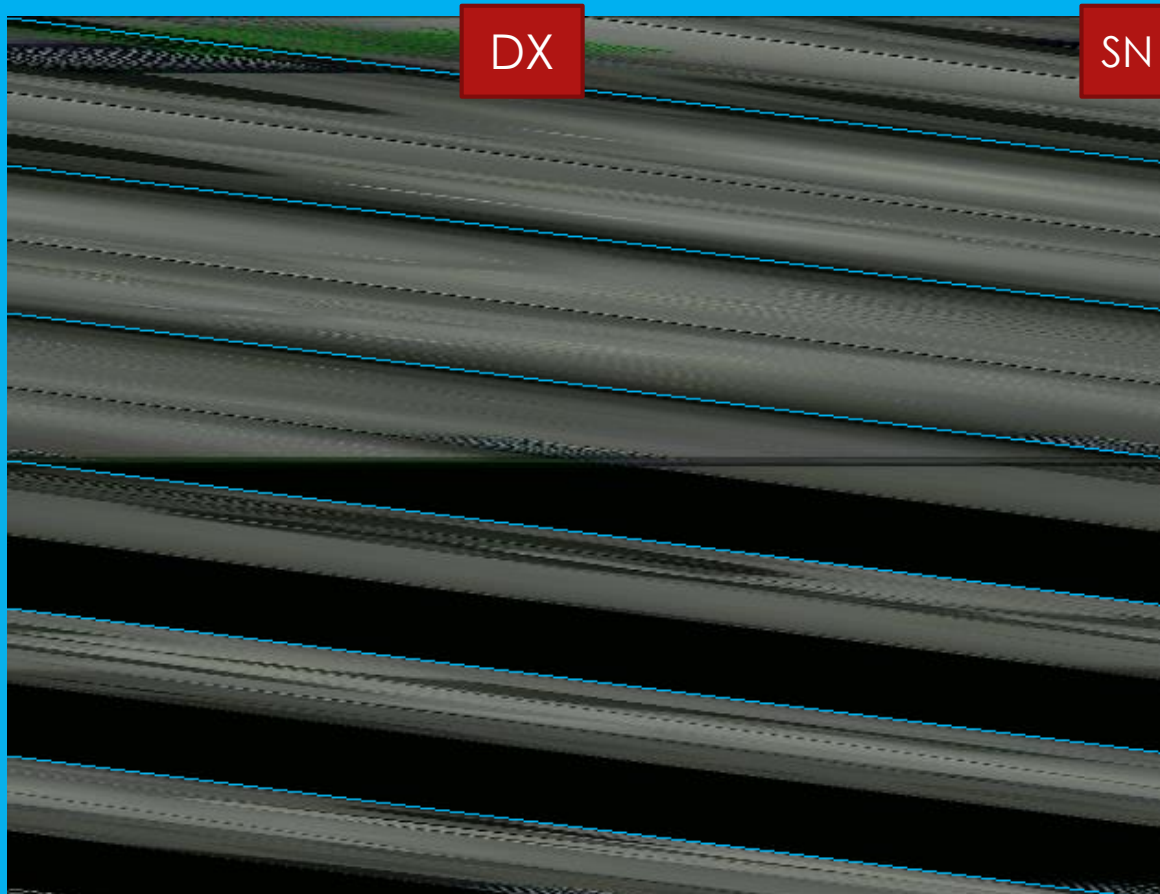
Condizione patologica: deficit Sn



SINDROME VESTIBOLO CEREBELLARE POST RADIAZIONI ENCEFALO



VERTIGINE IATROGENA



RAPPORTI CAUSALI

- ▶ FATTORI IN RAPPORTO CON IL SINGOLO EPISODIO VERTIGINOSO
- ▶ Alcuni **prevedibili**, (fattori favorenti)
- ▶ altri che lo **determinano** (fattori scatenanti),
- ▶ altri ancora che lo **peggiorano** (fattori aggravanti)

FATTORI FAVORENTI

- ▶ LA VESTIBOLOPATIA EMICRANICA:
- ▶ VERTIGINE EMICRANICA CONCOMITANTE, la cefalea può accompagnare, seguire o precedere la turba vertiginosa
- ▶ VERTIGINE EMICRANICA «EQUIVALENTE» la cefalea può essere anche assente.
- ▶ LA VERTIGINE SU BASE EMICRANICA PRESENTA GLI STESSI FATTORI SCATENANTI DELL'EMICRANIA.
- ▶ Nelle donne in età fertile **periodo perimestruale.**

FATTORI FAVORENTI

NELLA VERTIGINE PAROSSISTICA DA POSIZIONAMENTO

VERTIGINE CHE SVEGLIA(CSL)

CON ESORDIO NOTTURNO NEL GIRARSI NEL LETTO

VERTIGINE DEL RISVEGLIO(CSP)

AL MATTINO AL MOMENTO D'ALZARSI

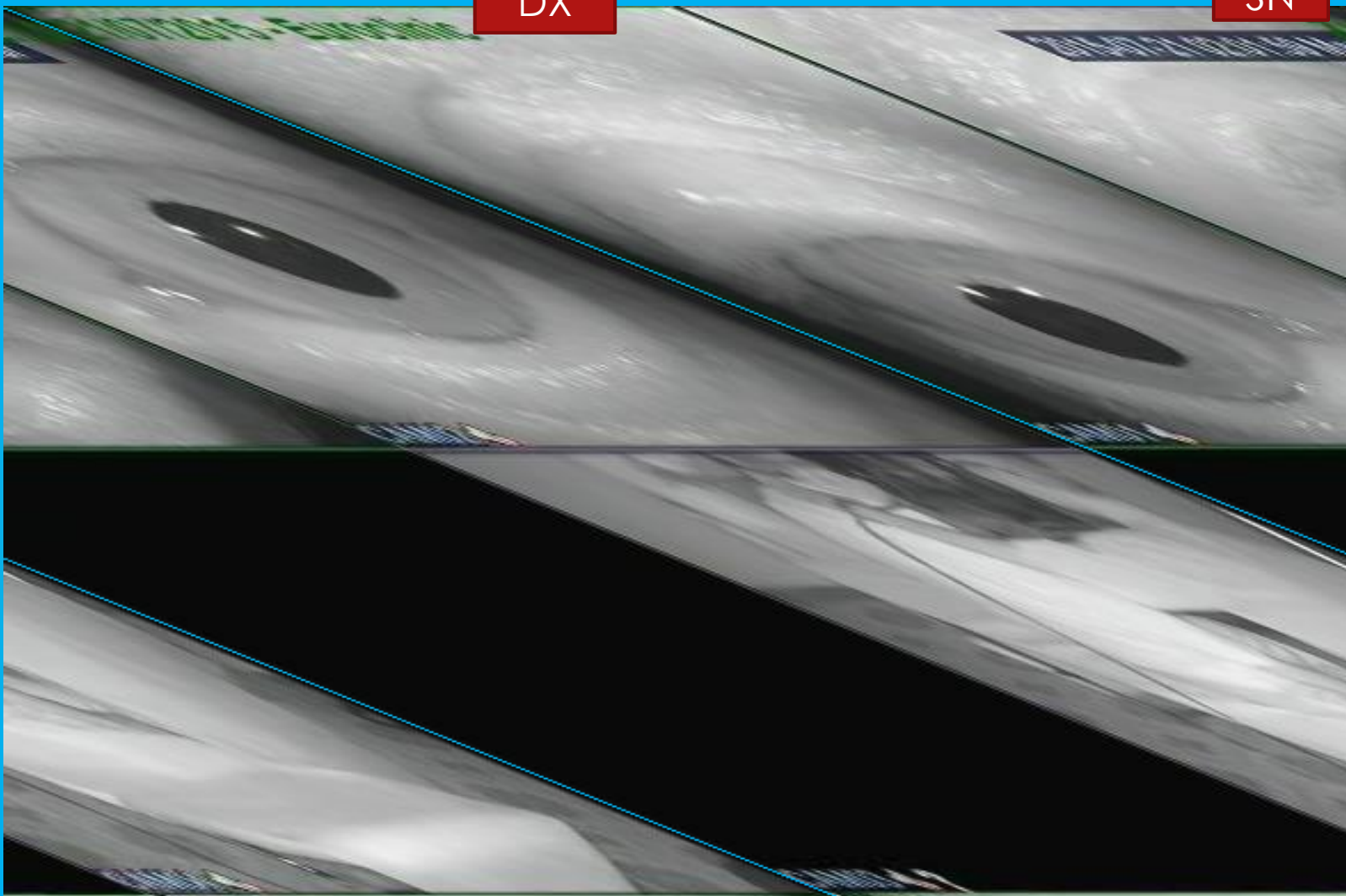


VERTIGINE DA LETTO
dr La Gumina

VPP DEL CSP DX CON INVERSIONE DEL NY

DX

SN



VPP DEL CSL DX VARIANTE GEOTROPA

07/10/2016 - Euroclinic

DX

2016-10-07 01:41:31 Ven

SN



DX

SN

FATTORI SCATENANTI

▶ Nella VPPB LA CRISI È DETERMINATA DALLO SPOSTAMENTO DELL'AMMASSO OTOCONIALE NEI CCS.

▶ I POSIZIONAMENTI PIÙ SCATENANTI, LA DURATA DELLA SINGOLA CRISI E LA LATENZA.

▶ LA PRESSIONE SUL TRAGO PER UNA FISTOLA DEL CSL O L'ASCOLTO DI UN FORTE RUMORE, PER UNA DEISCENZA DEL CSS FENOMENO DI TULLIO..

FATTORI SCATENANTI

ANOMALIA OSSEA DELL'ORECCHIO MEDIO

(canalare o fenestrato) per cui uno sforzo, tosse, starnuti, defecazione, determinano la crisi

Nel soffiarsi il naso per eccesso di pressione endotimpanica se frequente, per una

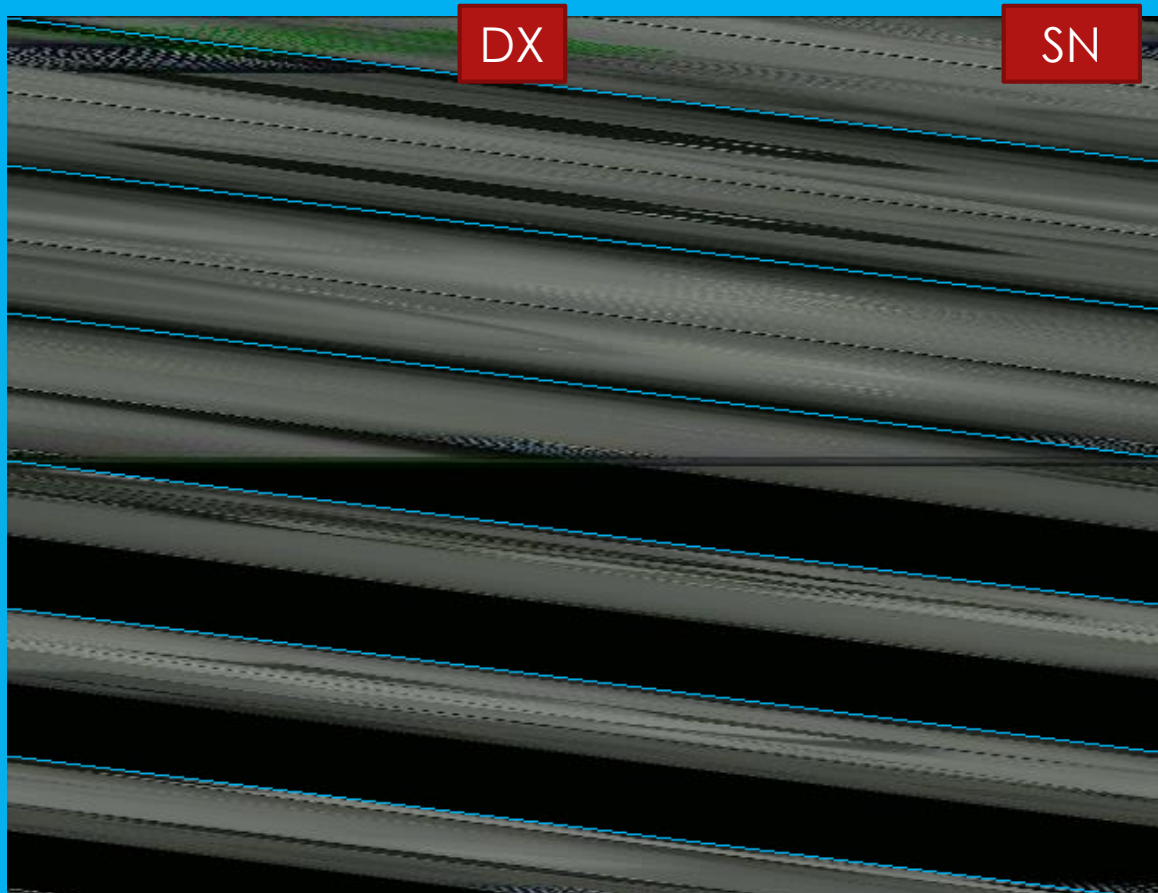
IPERMOTILITA' STAPEDIALE

Fattori aggravanti

FATTORE AGGRAVANTE STATICO

- ▶ Disturbo che viene accentuato da certe situazioni statiche.
- ▶ IN CASO DI VERTIGINE PERSISTENTE, DA DEFICIT LABIRINTICO ACUTO, il paziente si **posiziona sul fianco sano (INIBIZIONE GEOTROPA)**, cioè dal lato dove batte il ny, evitando il decubito sul lato deficitario (**RINFORZO APOGEOTROPO**).
- ▶ QUESTO DATO CI PERMETTE DI VALIDARE UNA IPOTESI DIAGNOSTICA.

M. DI MENIERE DX INIBIZIONE GEOTROPA E RINFORZO APOGEOTROPO



Fattore Aggravante dinamico

▶ MOVIMENTI CEFALICI ACCENTUANO
LA SINTOMATOLOGIA IN PRESENZA DI
OSCILLOPSIA E DI VESTIBOLOPATIA
EMICRANICA.

FATTORE AGGRAVANTE DINAMICO

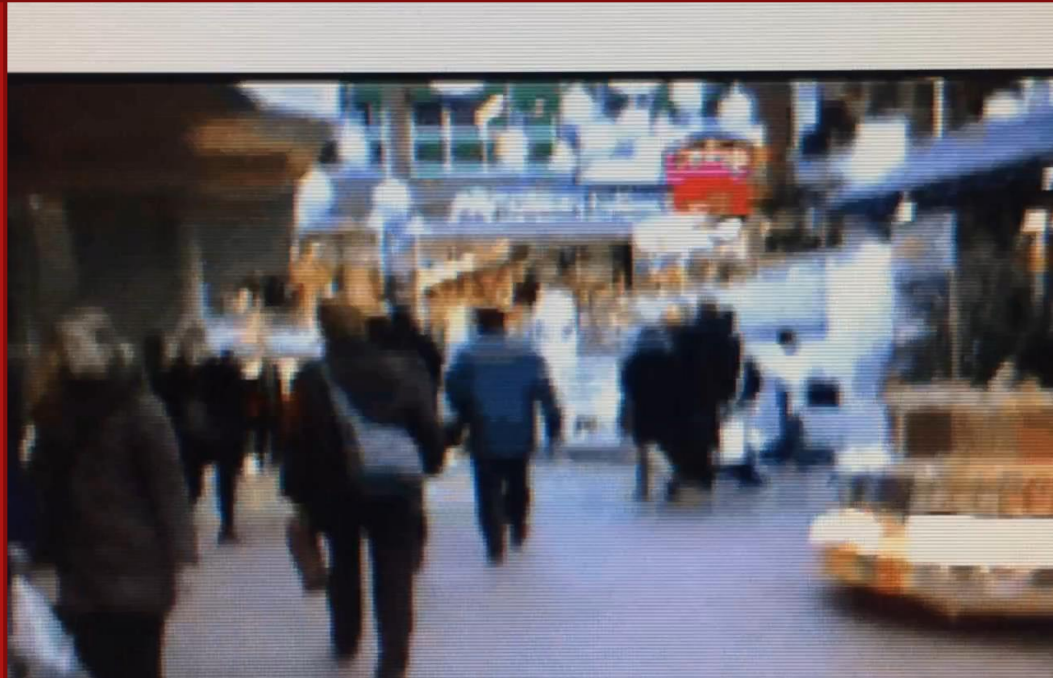
- ▶ **OSCILLOPSIA** (instabilità delle immagini visive)
- ▶ **PER DEFICIT LABIRINTICO BILATERALE**
- ▶ **PERIFERICO MONOLATERALE**
- ▶ **PER PATOLOGIA TRONCOCEREBELLARE.**
- ▶ **VESTIBOLOPATIA-EMICRANICA RICORRENTE,**
- ▶ **D.D con la VPPB; dirimente il ny spontaneo.**

OSCILLOPSIA

**ILLUSIONE DI MOVIMENTO DELL'AMBIENTE
DETERMINATO DALLO SCIVOLAMENTO DELLE
IMMAGINI SULLA RETINA, SECONDARIO AL
MANCATO CONTROLLO DELLA STATICA
OCULARE.**

**PER DEFICIT LABIRINTICO BILATERALE
PERIFERICO MONOLATERALE
PER PATOLOGIA TRONCOCEREBELLARE.**

OSCILLOPSIA VERTICALE



MODALITA'D'ESORDIO

- ▶ **ESORDIO ACUTO**
- ▶ **ESORDIO SUBACUTO**
- ▶ **ESORDIO GRADUALE**

MODALITA' D'ESORDIO

▶ ESORDIO ACUTO :

▶ PARTICOLARMENTE BRUSCO RICHAMA UNA ETIOLOGIA VASCOLARE DA MICROCIRCOLO LABIRINTICO O DA IVB

DA BENESSERE A VERTIGINE IN POCHI SECONDI

▶ NELLE TURBE DEL MICROCIRCOLO COCLEO LABIRINTICO:

▶ VERTIGINE ASSOCIATA O MENO A SINTOMI COCLEARI.

MODALITA' D'ESORDIO

IVB

▶ Forma transitoria (con restitutio ad integrum) o grave come STROKE

▶ **ESORDIO SUBACUTO** :

▶ DA MINUTI A MEZZ'ORA NELLA M.MENIERE.(Ad eccezione della forma brusca nella fase otolitica di TUMARKIN).

▶ **ESORDIO GRADUALE**

▶ CON PEGGIORAMENTO NELL'ARCO DI GIORNI O MESI O ANNI, DA PATOLOGIA PERIFERICA O CENTRALE NEOPLASIE TRONCO.CEREBELLARI.

MICROCIRCOLO COCLEO-VESTIBOLARE

AICA

A. VESTIBOLARE
ANTERIORE

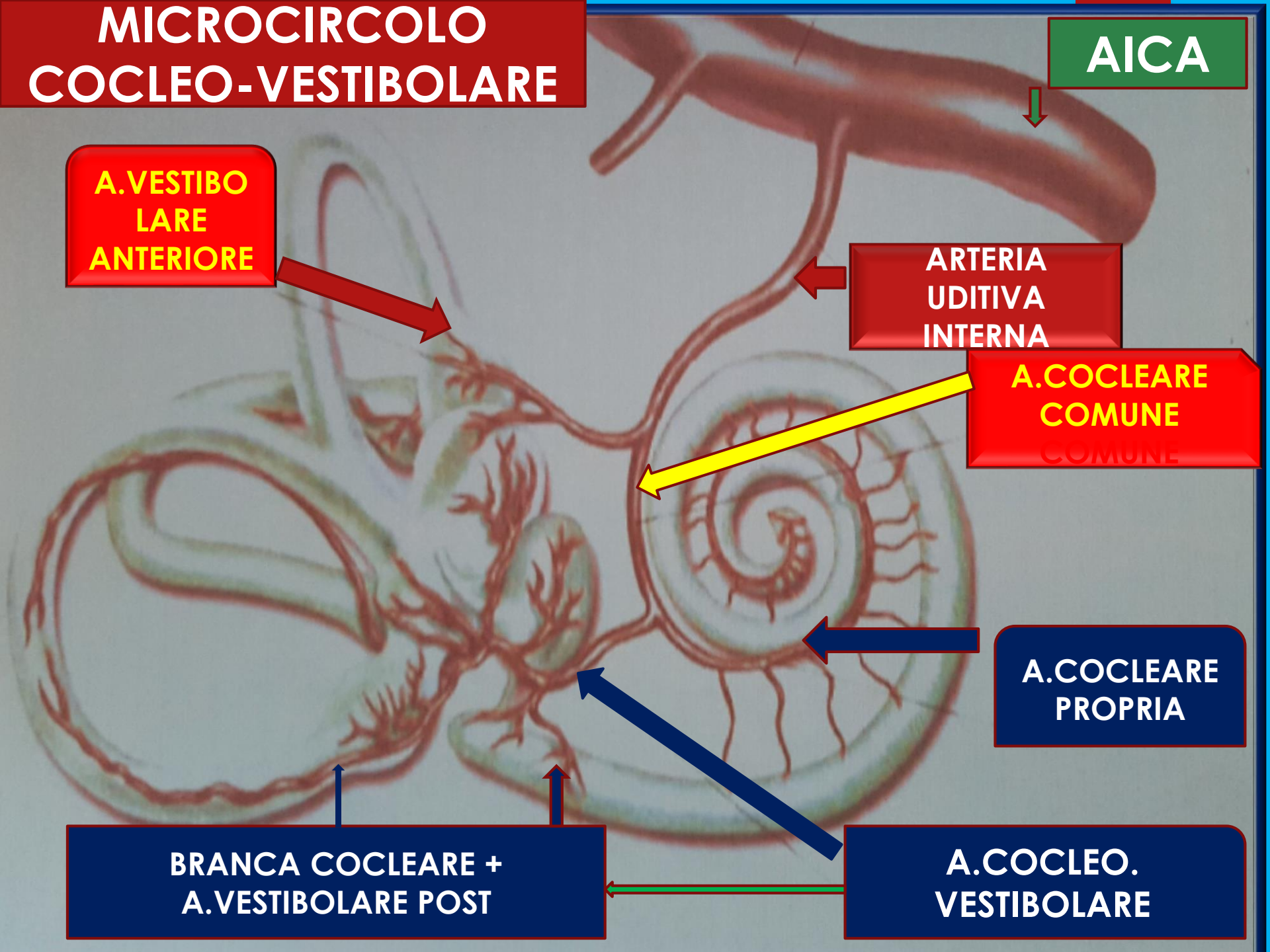
ARTERIA
UDITIVA
INTERNA

A. COCLEARE
COMUNE
COMUNE

A. COCLEARE
PROPRIA

BRANCA COCLEARE +
A. VESTIBOLARE POST

A. COCLEO.
VESTIBOLARE



SE L'ISCHEMIA AVVIENE NELL'AICA?

- **L'infarto cerebellare determina una sintomatologia indistinguibile da una neurite vestibolare!**
 - ◆ **Visita neurologia negativa (?)**
 - ◆ **Visita ORL: Neurite vestibolare**
 - ★ **Prometazina cloridrato (Farganesse)**
 - ★ **Clordemetildiazepam (En)**

INFARTO CEREBELLARE CON SOLA VERTIGINE



Cerebellar infarction presenting isolated vertigo

Frequency and vascular topographical patterns

H. Lee, MD; S.-I. Sohn, MD; Y.-W. Cho, MD; S.-R. Lee, MD; B.-H. Ahn, MD; B.-R. Park, MD;
and R.W. Baloh, MD

Conclusions: Cerebellar infarction simulating vestibular neuritis is more common than previously thought. Early recognition of the pseudo-vestibular neuritis of vascular cause may allow specific

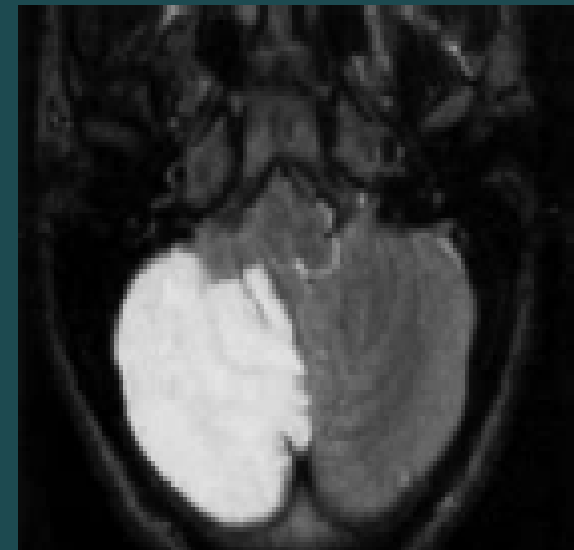
■ Vertigine, FNV

◆ Dopo 4 ore, nessun miglioramento

◆ Insorgenza di cefalea

★ La paziente muore 8 ore dopo
l'insorgenza dei sintomi

★ Infarto cerebellare



Embolia dell'AICA, E DELLA BASILARE



Embolic occlusion
AICA infarction



Basilar artery occlusive disease
AICA plus infarction



Basilar artery branch occlusive disease
Isolated AICA infarction

TIPOLOGIA DE SINTOMI

Due tipologie: vertigini e turbe posturali

- ▶ Vertigine dal latino vertere, illusoria sensazione di rotazione dell'ambiente esterno (v.ogg.) o della propria testa (v.sogg.);
- ▶ VERTIGINE ROTATORIA:
- ▶ PER DEFICIT ASIMMETRICO DEL SISTEMA VESTIBOLO CANALARE, DEFICIT DEL VOR QUINDI NY, CON ROTAZIONE NELLA DIREZIONE DELLA FASE LENTA DEL NY.
- ▶ VERTIGINE NON ROTATORIA : PIU' FREQUENTE è l'oscillopsia distinta in statica e dinamica

VERTIGINE ACUTA

- Non è più accettabile l'assioma

**Oggettiva:
lesione periferica**

**Soggettiva:
lesione centrale**

VERTIGINE

SVC

- **Vertigine (latino: vertere)**

Indice inequivocabile di una sofferenza dell'AV

**Periferica: deficit
acuto VOR**

**Centrale:
dismodulazione VOR**

Mista

LA VERTIGINE ORIGINA

**Lesione
periferica**

**Lesione
centrale**

**Asimmetria dei
labirinti posteriori**

**Dismodulazione
centrale da
input periferici**

IMPLICAZIONI CLINICHE

**UNA LESIONE PERIFERICA ACUTA
DETERMINA**



**DEFICIT –AREFLESSIA LABIRINTICA
VERTIGINE,NY,OTR,DISEQUILIBRIO**

IMPLICAZIONI CLINICHE

**UNA LESIONE PERIFERICA BILATERALE
DETERMINA**

**DEFICIT-AREFLESSIA BILATERALE:
ASSENZA DI NY, OSCILLOPSIA,
DISEQUILIBRIO**

IMPLICAZIONI CLINICHE

UNA LESIONE CENTRALE DETERMINA

DISMODULAZIONE:

VERTIGINE, NY, OTR, DISEQUILIBRIO

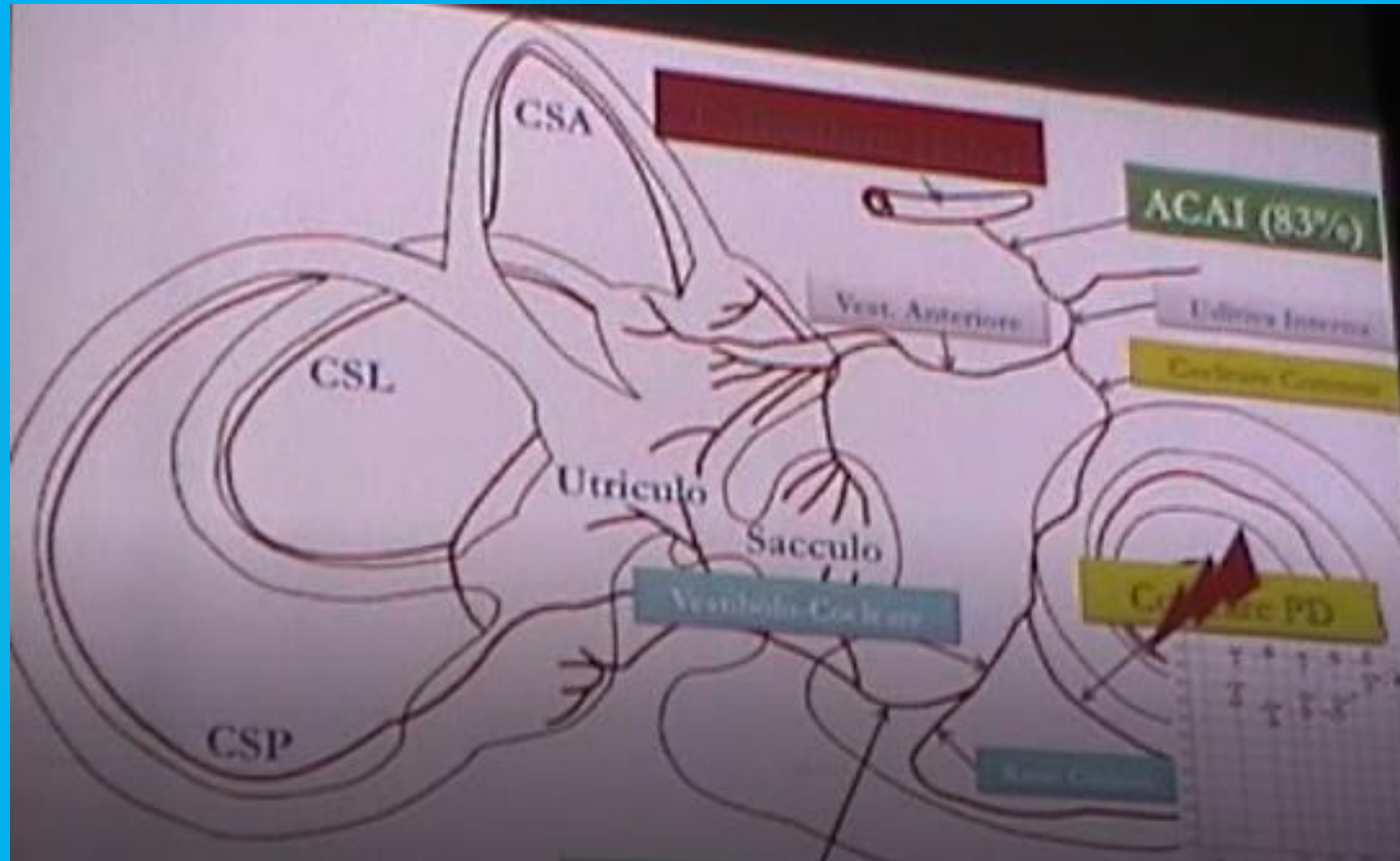
**SSEGNI E SINTOMI
DELLA PATOLOGIA**

DISEQUILIBRIO

**SINTOMO ASPECIFICO E NON TOPODIAGNOSTICO
GENERATO NON NECESSARIAMENTE DAL
MOVIMENTO DEL SOGGETTO**

**PUO' INDICARE LA PRESENZA DI UNA
SOFFERENZA DELL'APPARATO
VESTIBOLARE(DEFICIT DEL VSR)**

IPOACUSIA COCLEARE



SEMEIOTICA RELATIVA AL DEFICIT VESTIBOLARE ACUTO SU BASE VASCOLARE (MODIFICATO DA LA GUMINA -PELLITTERI)

A.UDITIVA INTERNA)

(A.VESTIBOLARE ANT.
(utricolo, csl, csa)

VESTIBOLO
COCLEARE.

SACCULO, CSP, GIRO
BASALE COCLEA.

A.COCLEARE
PROPRIA.(GIRO
INTERMEDIO E APICALE)

Semeiotica
canalare

**NY SPONTANEO
ORIZZONTALE
ROTATORIO, PERSISTENTE**

**STAZIONARIO
MONODIREZIONALE,
PLURIPOSIZIONALE,
DIRETTO VERSO IL LATO
SANO.**

IDEM.

SCARSA.

ASSENTE

SEMEIOTICA OTOLITICA

OTR VERSO IL LATO LESO, VVS INCLINATA
VERSO IL LATO LESO, cVEMP E oVEMP
ASSENTI. Vhit GAIN RIDOTTO PER IL CSL.
CSP

ANACUSIA ACUFENI

OTR SFUMATA, VVS PATOLOGICA Ovemp ass
Cvemp PRESENT Vhit GAIN RIDOTTO NEL CSA
CSL. NORMOACUSIA

.OTR SFUMATA, VVS PATOLOGICA cVEMP, ass
Ovemp presenti, Vhit GAIN DEL VOR RIDOTTO
NEL LARP O RALP (ipacusia neurosens. in disce
sugli acuti, acufeni.

NORMALE .IPOACUSIA IN SALITA SUI GRA
SUI MEDI .ACUFENI.

TURBE DELL'EQUILIBRIO (DIZZINESS)

COMPROMISSIONE DELLA POSTURA

EPISODI DI PULSIONE

NELLA M.MENIERE : FASE OTOLITICA DI TUMARKIN.

E NELLA IVB

IL LABIRINTO LESO DETERMINA LATEROPULSIONE, (DA NON CONFONDERE CON GLI ATTACCHI -GOCCIA DROP-ATTACK

E RETROPULSIONI SONO CEREBELLARI (ACCENTUATE DALLA CHIUSURA DEGLI OCCHI)

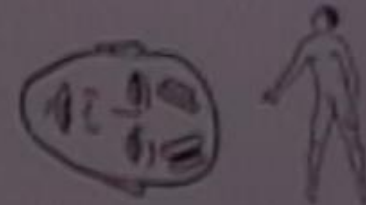
FUNZIONE MACULARE

TUMARKIN 1936

UTRICOLO



SACCULO



DURATA DEI SINTOMI

- ▶ Stabilire la durata del sintomo può aiutare a formulare una ipotesi diagnostica.
- ▶ LA M.M IN FASE INIZIALE E FLORIDA CANALIZZATA COMPORTA VERTIGINI ROTATORIE OGGETTIVE CHE DURANO 10'-15' A 6-8 ORE.
- ▶ NELLO STADIO AVANZATO, VERTIGINE MENO INTENSIVA, SOGGETTIVA, PIÙ BREVE ANCHE SE TALVOLTA FREQUENTE.

DURATA DEI SINTOMI

- ▶ Nella VPPB durata da pochi secondi a 2'-3' con > durata nelle forme del CSL rispetto al CSP.
- ▶ Nella IVB transitoria, gli episodi acuti, possono durare da secondi a ore,

DURATA DEI SINTOMI

- ▶ **NEL DEFICIT LABIRINTICO ACUTO (VASCOLARE, VIRALE, TRAUMATICO)**
 - ▶ **VERTIGINE OGG.:**
 - ▶ **CON IMPORTANTE CORREDO VAGALE PER 2-3 GG E SUCCESSIVA VERTIGINE SOGG. PER QUALCHE GG. I SINTOMI POSTURALI RESIDUI SARANNO DI SETTIMANE O MESI.**
- ▶ **NELLA VESTIBOLOPATIA EMICRANICA,**
- ▶ **I SINTOMI VESTIBOLARI DA 20'-A 30' FINO A ORE O GIORNI SETTIMANE O MESI.**

MODALITA' DI ESAURIMENTO DEI SINTOMI

- ▶ **IN OTONEUROLOGIA DUE POSSIBILITA':**
- ▶ **DEFICIT FUNZIONALE O**
- ▶ **DANNO ANATOMICO .**

- ▶ **NEL PRIMO CASO**, se la vertigine si è risolta in tempi brevi con **RESTITUTIO AD INTEGRUM**, SI PARLA DI «**STUPORE**» **DELLE STRUTTURE, CON RECUPERO D'ORGANO.**

MODALITA' DI ESAURIMENTO DEI SINTOMI

- ▶ **NEL SECONDO CASO,**
- ▶ LA RISOLUZIONE DEI SINTOMI È LENTA E GRADUALE, AFFIDATA A MECCANISMI DI COMPENSO.
- ▶ NEL I° GRUPPO RIENTRANO LA MALATTIA DI MENIERE NEGLI STADI INIZIALI, la IVB a carattere transitorio la VPPB, e la vestibolopatia emicranica.
- ▶ NEL II° GRUPPO, LA LABIRINTOPATIA ACUTA DEFICITARIA (VIRALE, VASCOLARE, TRAUMATICA), DEFICIT LABIRINTICI IATROGENI, GLI STROKE E LESIONI ESPANSIVE IN FOSSA.

▶ ANDAMENTO NEL TEMPO

- ▶ NELLA Malattia di Meniere IN FASE INIZIALE CANALARE, le crisi sono diverse fra loro, per durata ed intensità.
- ▶ Nella VPPB le recidive sono molto frequenti con andamento imprevedibile.

ANDAMENTO NEL TEMPO

NELLA IVB CRONICA

- ▶ il disturbo vascolare può presentarsi a livello dei due labirinti, del tronco cerebrale e dell'archicerebello. Queste forme vanno sempre attenzionate.

NELLA VESTIBOLOPATIA EMICRANICA

- ▶ possono entrare in sofferenza sia la periferia che le strutture tronco cerebellari, le vertigini possono presentarsi in modo ricorrente a volte a grappolo che in modo recidivante.

SINTOMI AUDIOGENI ASSOCIATI

L'IPOACUSIA CON TIPOLOGIA ED ANDAMENTO DIVERSO

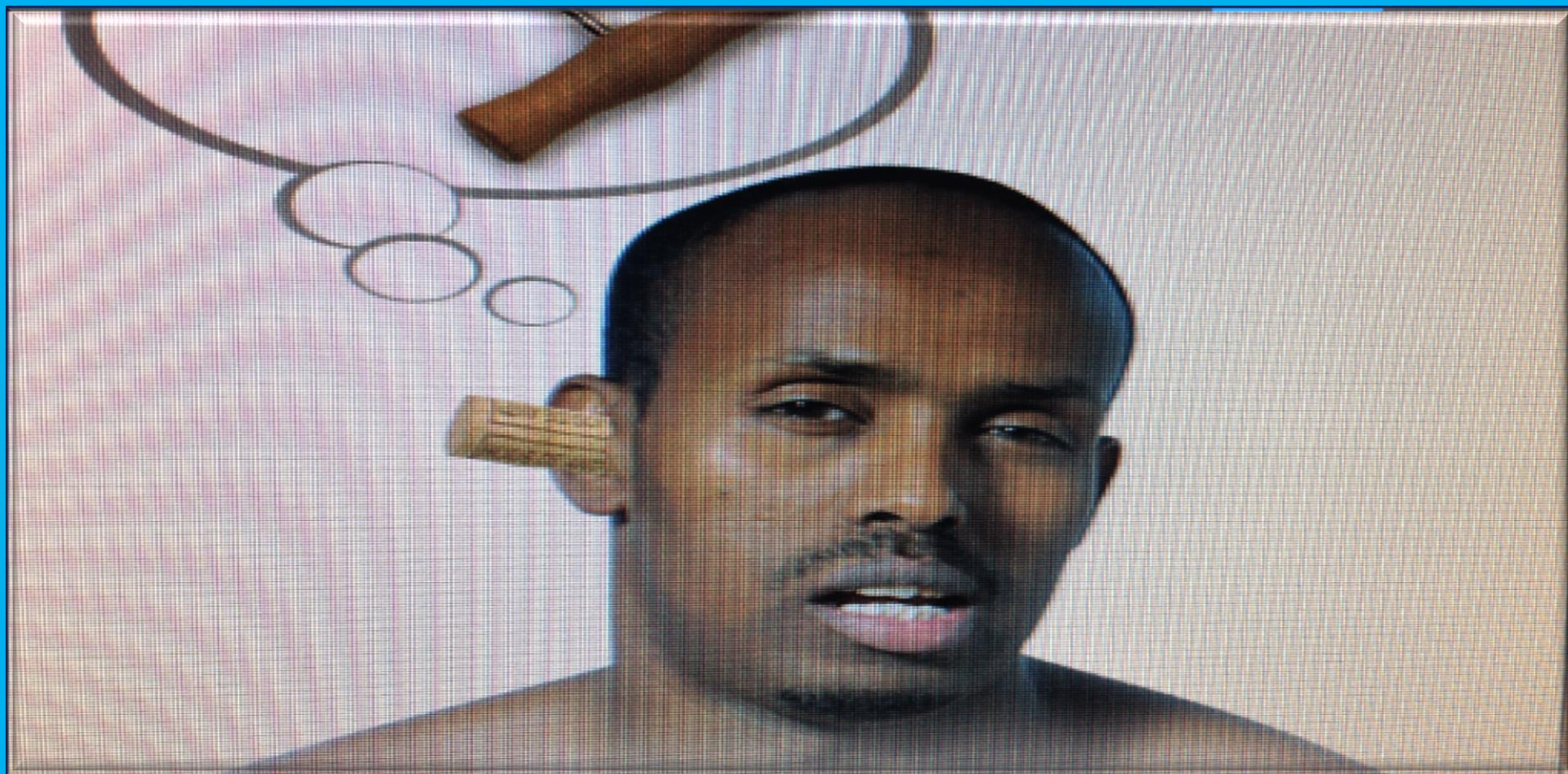
NELLA MALATTIA DI MENIERE

PRESENZA DI ACUFENI, DISTORSIONE SONORA (DIPLOACUSIA) FONOFobia E FLUTTUAZIONE DELL'UDITO, SPECIE PER LA **FASE CANALARE**

IN ASSENZA DI DATI AUDIOMETRICI PROBANTI, LA STORIA CLINICA E L'ECOGH SONO DIRIMENTI

L'IPOACUSIA INGRAVESCENTE DEVE FARE PENSARE AD UN PROCESSO ESPANSIVO DELL'APC

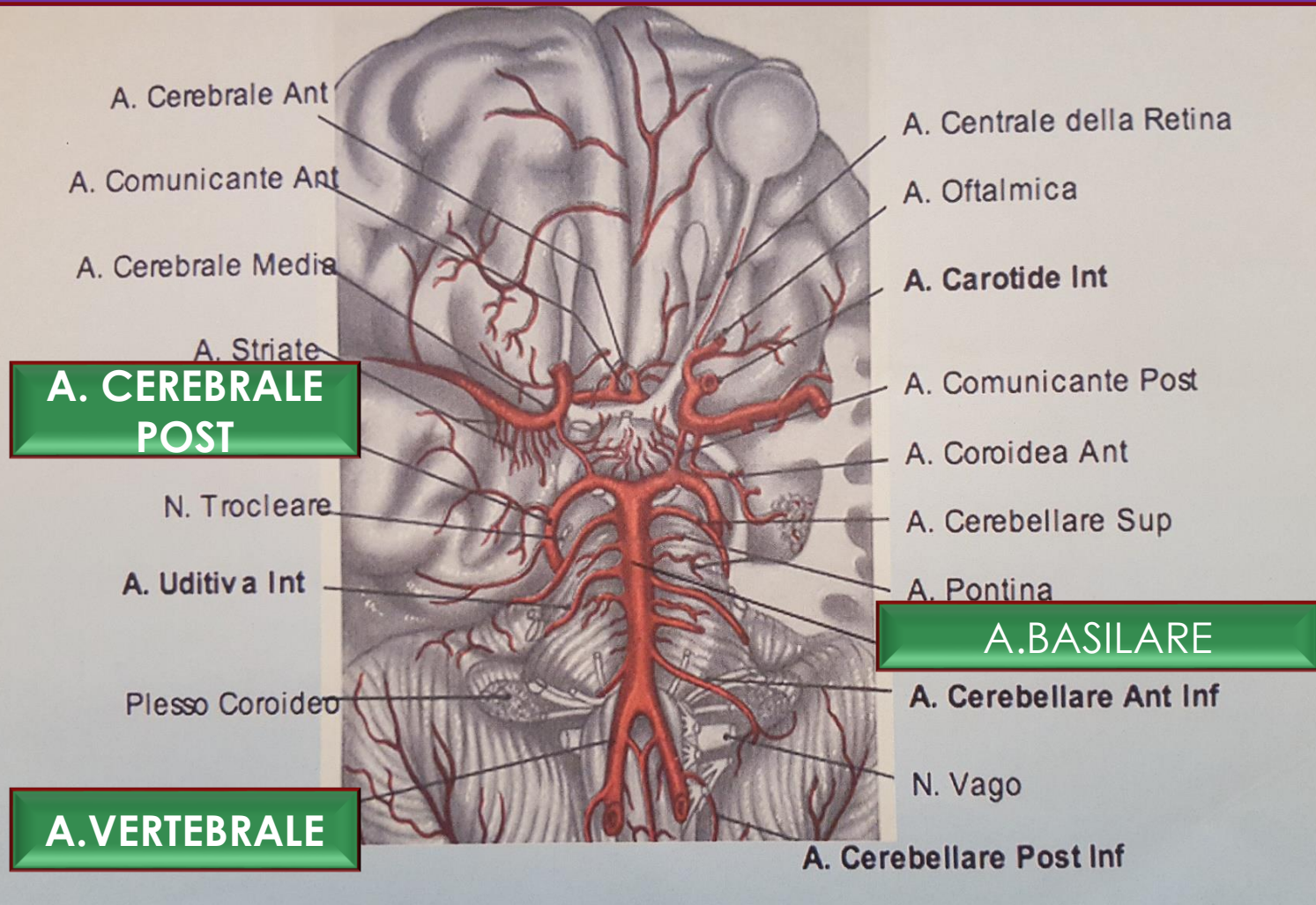
SENSO DI FULLNESS



SINTOMI Uditivi Dissociati

- ▶ L'esempio più tipico è rappresentato dall'idrope endolinfatica ritardata (DELAYED ENDOLYMPHATIC HYDROPS **NELL' ORECCHIO SANO**).
- ▶ Il DEH ipsilaterale è di identificazione più problematica.
- ▶ Un altro esempio è una PREGRESSA SORDITÀ IMPROVVISA da IVB transitoria: in questi pazienti l'ipoacusia, rappresenta il primo segno di un'insufficienza del circolo cerebrale posteriore.

CIRCOLAZIONE CEREBRALE



SINTOMI DA IVB

Sintomi audiovestibolari

- ▶ Vertigine rotatoria (ogg. e sogg.)
- ▶ Turbe dell'equilibrio (ogg. e sogg.)
- ▶ Ipoacusia (monolaterale o bilaterale asimmetrica)
- ▶ Acufeni
- ▶ Distorsione acustica (recruitment, diploacusia)

Sintomi neurologici

- ▶ Disturbi visivi (amaurosi, allucinaz.)
- ▶ Disturbi oculomotori (diplopia)
- ▶ **Drop-attacks**
- ▶ Disestesie facciali (V.n.c ipoestesesia corporea)
- ▶ Ipostenia
- ▶ Cefalea nucale
- ▶ **Dismetria cerebellare**
- ▶ Atassia
- ▶ Disartria
- ▶ **Deficit nervi cranici (VII, IX, X, XI, XII)**
- ▶ **Sindrome di Bernard –Horner**
- ▶ **AMNESIA globale**

SINTOMI NEUROGENI

- ▶ La patologia con i sintomi neurogeni più frequente è
- ▶
- ▶ **I' IVB:FORMA TRANSITORIA E APLOPETTICA.**
- ▶ **QUESTA DIAGNOSI È SPESSO SOVRASTIMATA**
- ▶
- ▶ **SINTOMI ASSOCIATI A UN DEFICIT DEL CIRCOLO POSTERIORE SONO SPESSO ASPECIFICI, PER LA MANCANZA DI INDAGINI STRUMENTALI.**

SINTOMI NEUROGENI ASSOCIATI

STROKE DEL CIRCOLO POSTERIORE

▶ VERTIGINE ROTATORIA CON TURBE VAGALI
etc.) A VOLTE MASCHERATI (e segni neurologici
importanti: DIPLOPIA, DISMETRIA, DISARTRIA,
DISESTESIA)

LA MANCATA DIAGNOSI DIFFERENZIALE E'
CLINICAMENTE INTOLLERABILE

EMICRANIA BASILARE

▶ ATTACCHI D'EMICRANIA VIOLENTI, TALORA ASSOCIATI A
VERTIGINE, SINTOMI AUDIOGENI E VARI NEUROLOGICI;

SINTOMI NEUROGENI DISSOCIATI

- ▶ **SI VERIFICANO IN TEMPI DIVERSI RISPETTO ALLE TURBE VESTIBOLARI.**
- ▶ **NELLA IVB I SINTOMI NEUROGENI POSSONO ESSERE ISOLATI.**

TIA A CARATTERE SUBENTRANTE IL RISCHIO DI STROKE AUMENTA

- ▶ Infine nella sclerosi multipla, una diplopia progressiva o una neurite ottica sono da attenzionare.

HABITUS E FAMILIARITA'

- ▶ Valutare se esiste un **habitus clinico**, acquisito congenito o familiare.
 - ▶ **PREDISPOSIZIONE VERSO UNA PATOLOGIA VASCOLARE.**
- ▶ **PREDISPOSIZIONE PATOLOGIA EMICRANICA:**
- ▶ **PRESENZA NELL'INFANZIA DI CINETOSI, SINDROME PERIODICA, LA FAMILIARITÀ EMICRANICA CERTA.**
- ▶ **VESTIBOLOPATIE SU BASE AUTOIMMUNE.**

CONSIDERAZIONI

- ▶ DA TUTTO CIO' SI EVINCE QUANTO UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE CON VERTIGINE ACUTA E /O CON DIZZINESS, SIA FONDAMENTALMENTE SUPERFLUO.

STRATEGIA DIAGNOSTICA

- ▶ L'APPLICAZIONE RIGOROSA DI UN APPROCCIO DIAGNOSTICO, BASATO SU CRITERI ANAMNESTICO- CLINICI E SULLA (BEDSIDE EXAMINATION)
- ▶ PERMETTE DI PORRE DIAGNOSI IN UNA PERCENTUALE MOLTO ALTA DI CASI, EVITANDO L'ESECUZIONE DI COSTOSE INDAGINI STRUMENTALI, (TAC, RM, DOPPLER ETC..) A VOLTE PERFETTAMENTE INUTILI

STRATEGIA DIAGNOSTICA

- ▶ PURTROPPO IL PAZIENTE GIUNGE ALLA NOSTRA OSSERVAZIONE DOPO AVERE FATTO UN ITER SANITARIO NON ADEGUATO.
- ▶ AUSPICHIAMO CON QUESTA CHIACCHIERATA ODIERNA DI AVERVI DATO DELLE COGNIZIONI PER SEGUIRE UN PERCORSO DIAGNOSTICO PIU'MIRATO.

CONSIDERAZIONI FISIOPATOLOGICHE

**LA SOFFERENZA
PROPRIOCETTIVA NON
PUO' MAI DETERMINARE
VERTIGINI ROTATORIE MA
SOLO CONTRIBUIRE AL
DISEQUILIBRIO**

CONSIDERAZIONI

▶ INFINE UNA PREGHIERA:



▶ NON RICHIEDETE RX CERVICALE PER LA
DIAGNOSI DI VERTIGINE.

▶ L'ARTROSI CERVICALE E ALTRE PATOLOGIE
CERVICALI NON DANNO VERTIGINI
ROTATORIE!!!!

GRAZIE



A. Tumarkin, The BMJ, 1936

THE OTOLITHIC CATASTROPHE

A NEW SYNDROME

BY

A. TUMARKIN, M.B., F.R.C.S.Ed., D.L.O.

HONORARY JURIST, BOSTLE GENERAL HOSPITAL

MODULAZIONE DELLA VAFL NEL NY PERIFERICO

