

# ANAMNESI DEL PAZIENTE VERTIGINOSO

**ANAMNESI  
RAGIONATA E  
VIDEOGUIDATA**

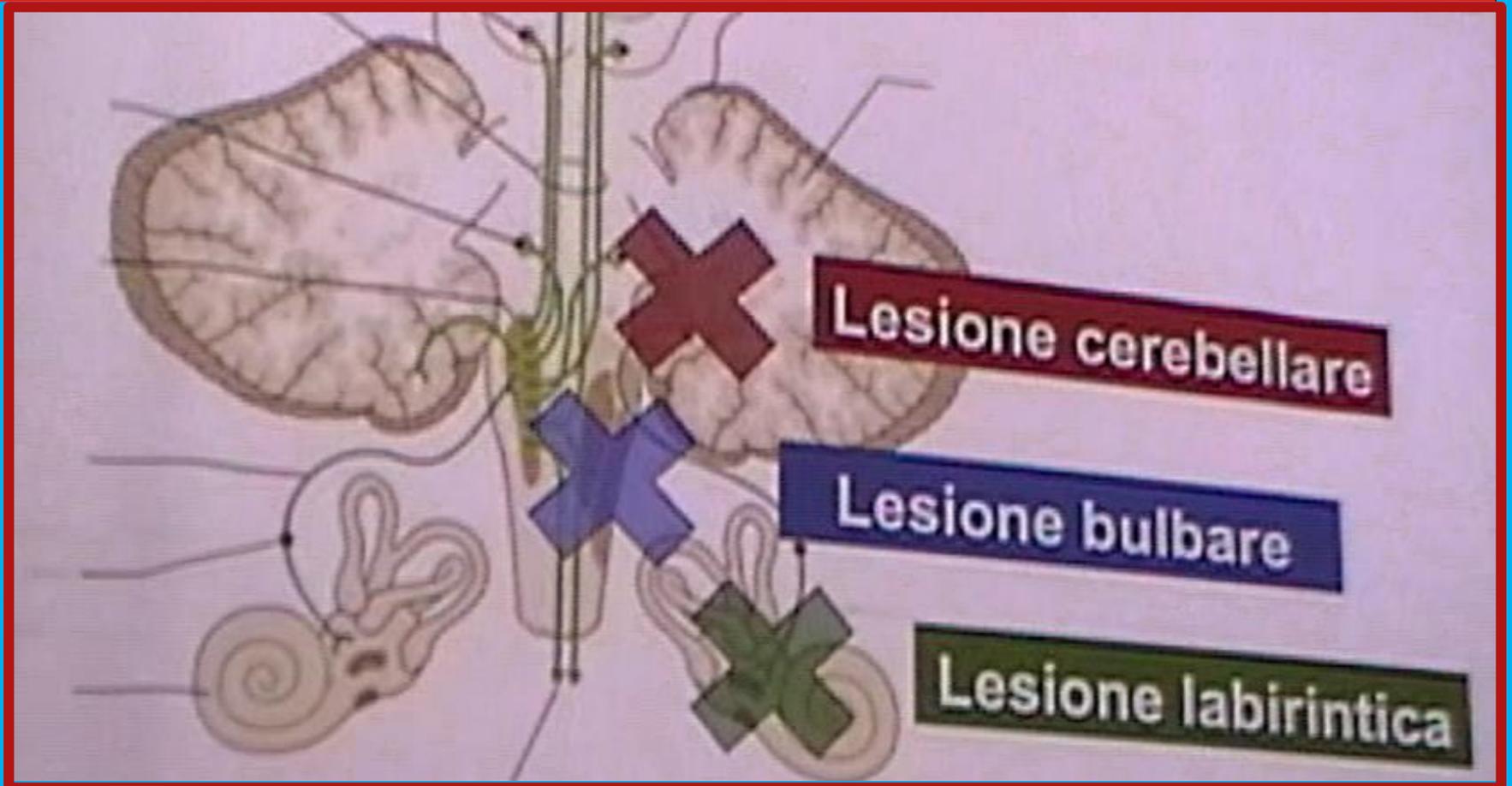
**1° CORSO BASE DI  
VESTIBOLOGIA 2017  
SCIACCA**

**PORTA S.SALVATORE  
XVI sec**

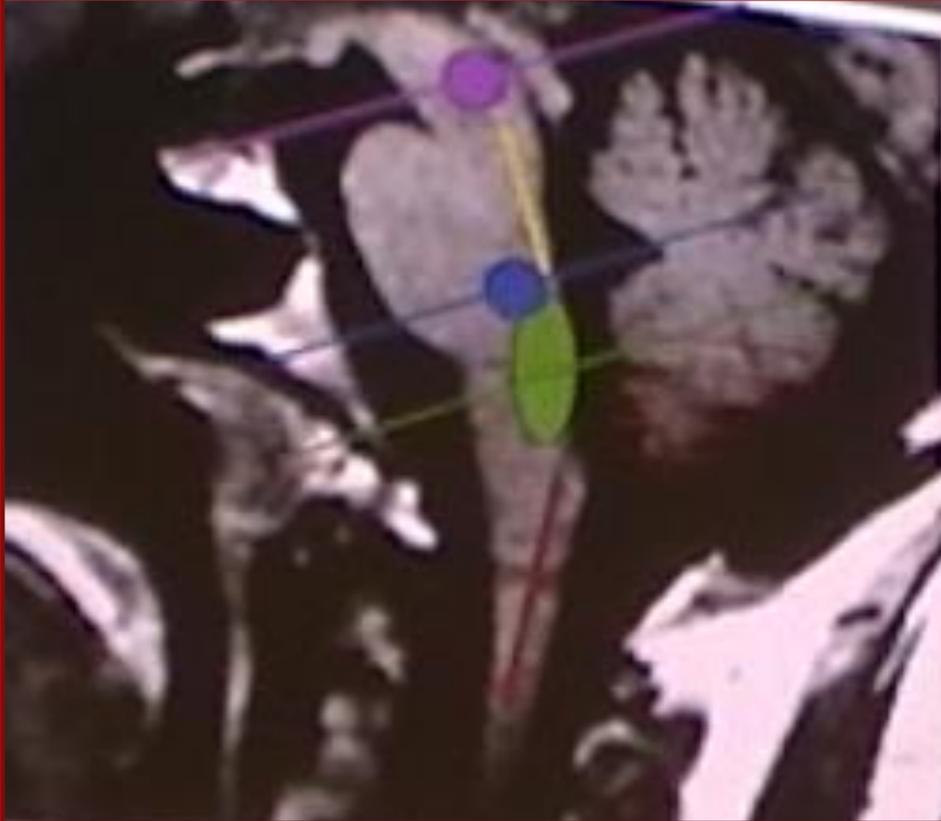
# INQUADRAMENTO DELLA VERTIGINE ACUTA

- ▶ 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 e' 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 COMPENSIBILI
- ▶ 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**

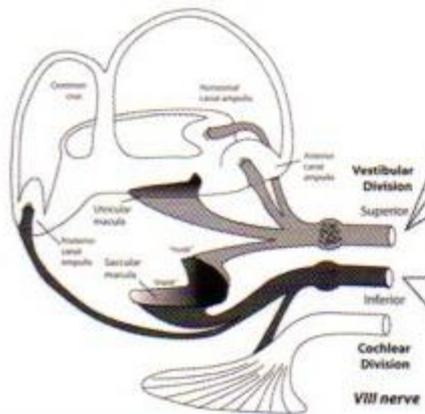
**CHEMIOTERAPICI (CISPLATINUM, VINCRISTINA, ETC)**

**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
<b>vHIT—CSL</b> Verso il lato leso		★		
<b>vHIT—CSA</b> Verso il lato leso		★		
<b>oVEMP's to Fz BCV</b> <b>Macula Utricolare</b> n10 su occhio controlaterale		★		
<b>cVEMP's to Fz BCV</b> <b>Macula Sacculare</b> P13 su SCM ipsilaterale				
<b>vHIT—CSP</b> Verso il lato leso				
<b>Esame Audiometrico</b> <b>ECoGh</b>				

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

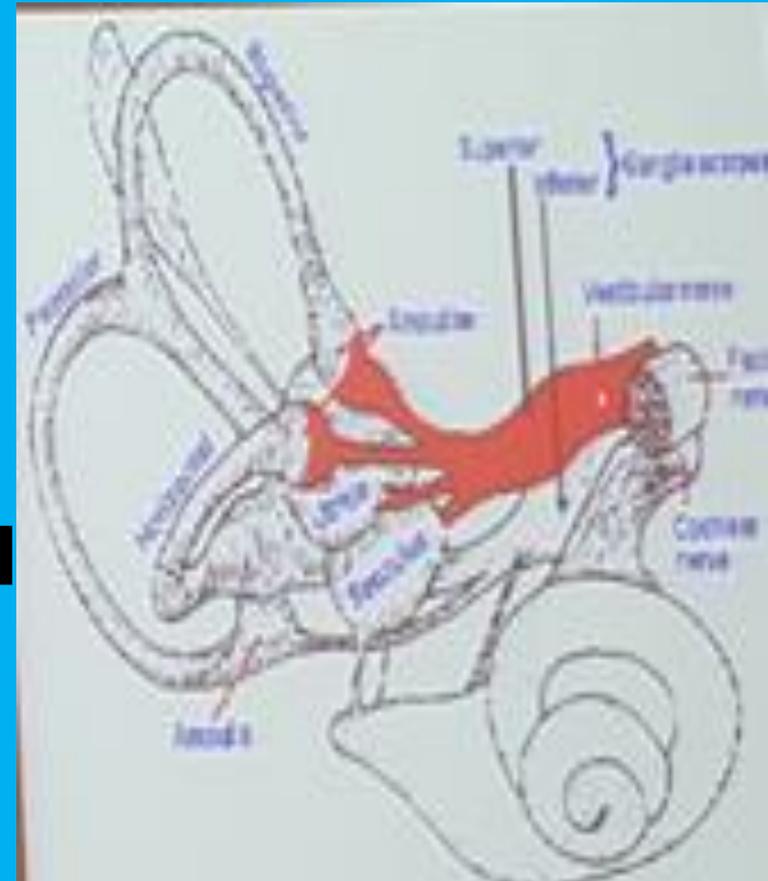
# NEURITE DEL NERVO VIII

(branca superiore)

vHIT: riduzione del  
gain csl+csa  
o VEMP: alterato  
cVEMP: nella norma  
nyll<sup>o</sup>.

Test vibratorio >

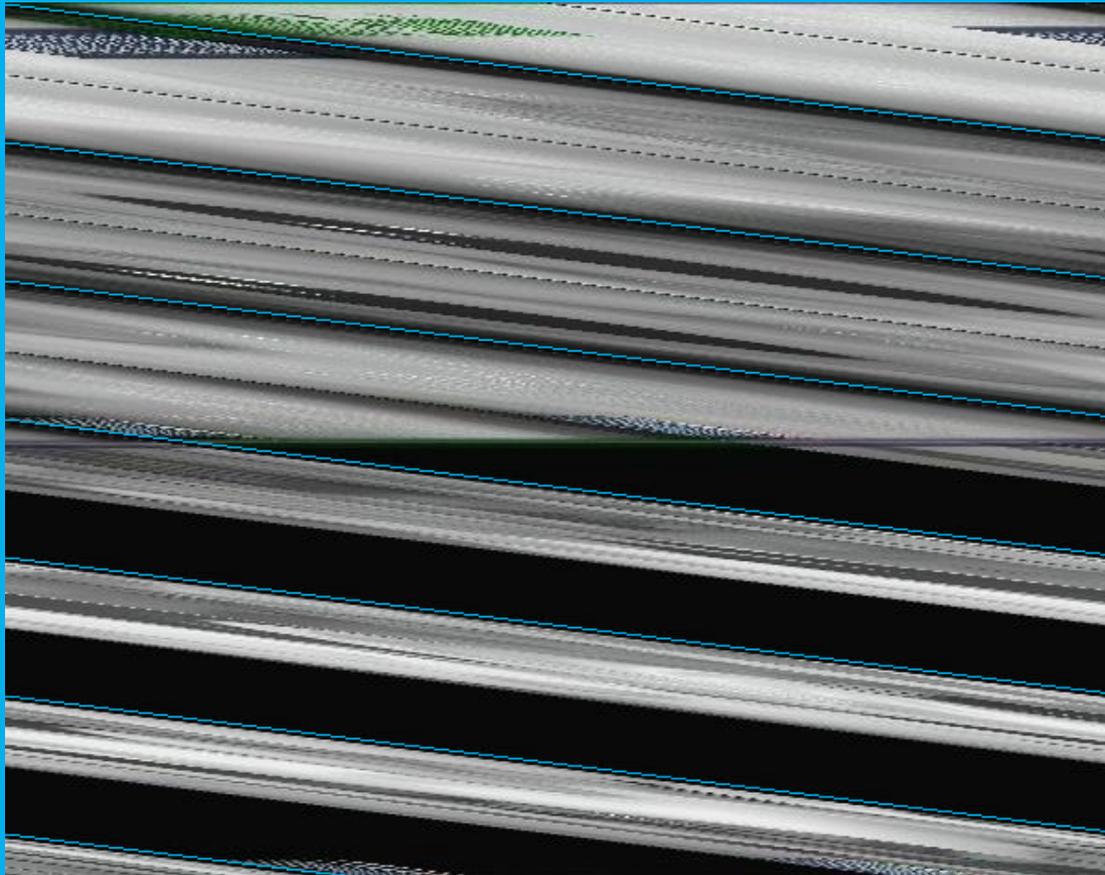
VAFL sulla mastoide opposta



# Neurite dell'VIII SN



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

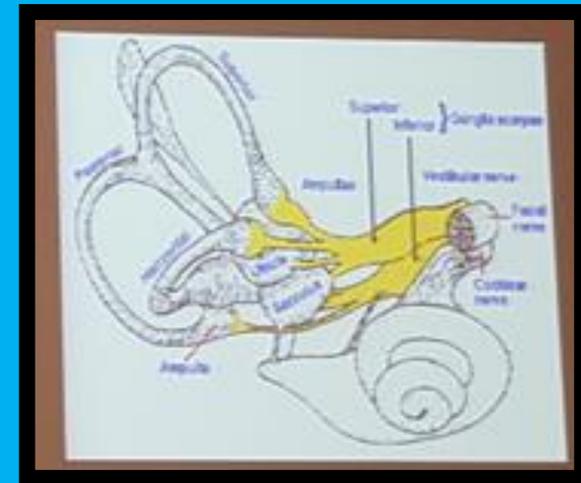


# NEURITE DELL'VIII (branca superiore ed inferiore)

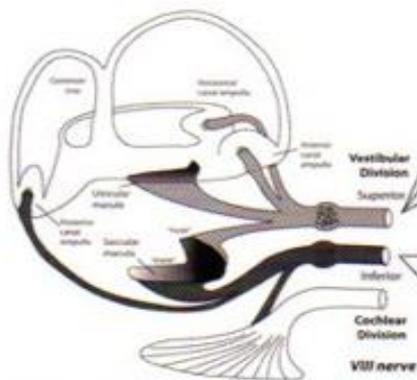
**Vhit :riduzione del gain csl+csa+csp**

**Ovemp+Cvemp:alterati**

**Ny III°-OTR**



# COME STUDIAMO TUTTI E 5 RECETTORI VESTIBOLARI?



**Risposta Normale** ✓

**Risposta Patologica a destra** [Icona]

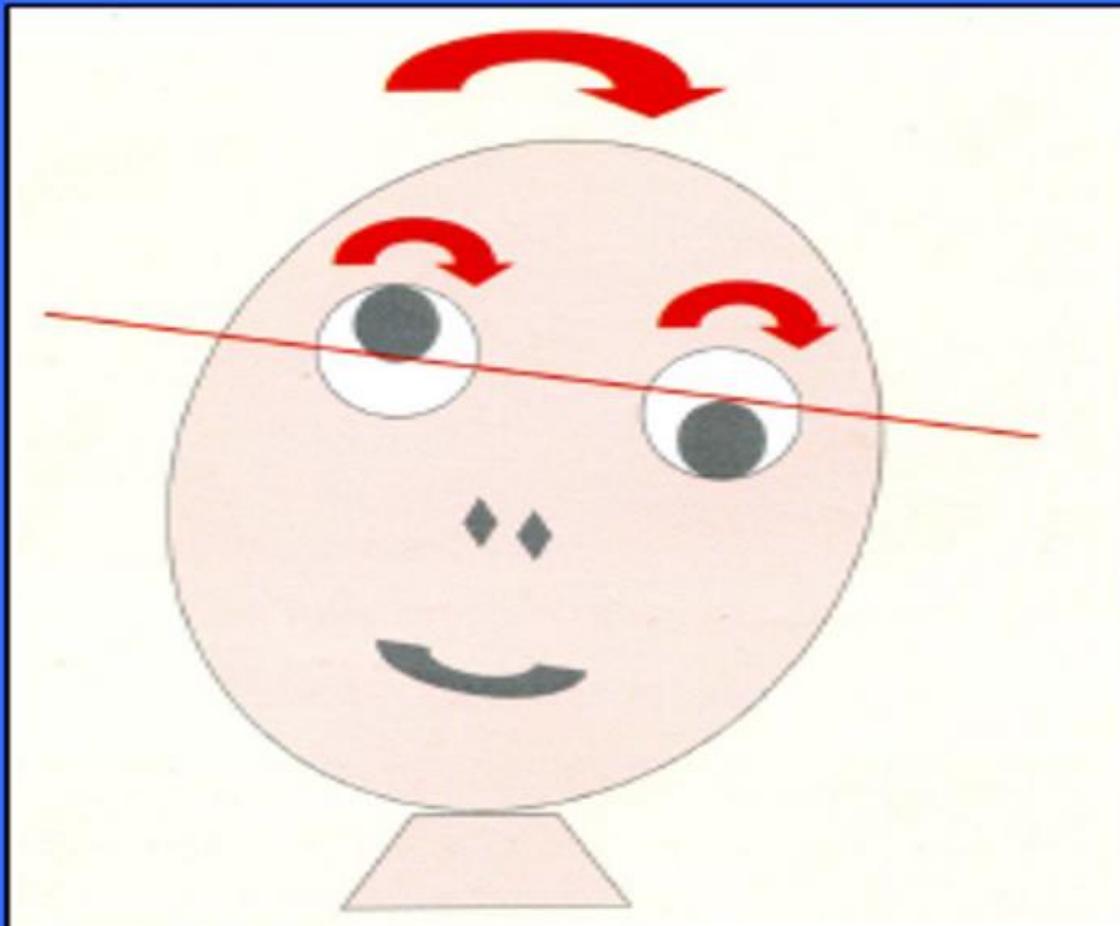
**Risposta Patologica a sinistra** [Icona]

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

S Schema modificato da dr.la guma -dr pellitteri

# CONDIZIONE PATOLOGICA

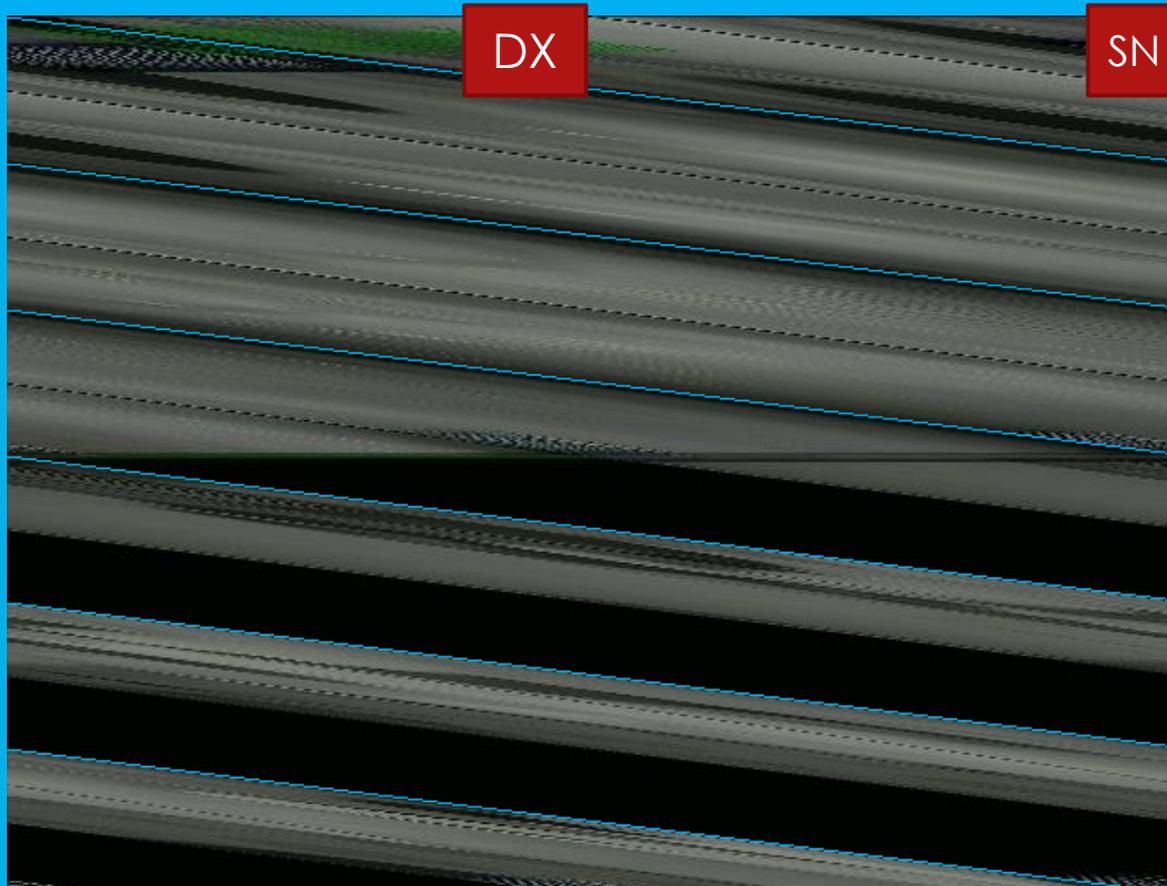
Condizione patologica: deficit Sn



# 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

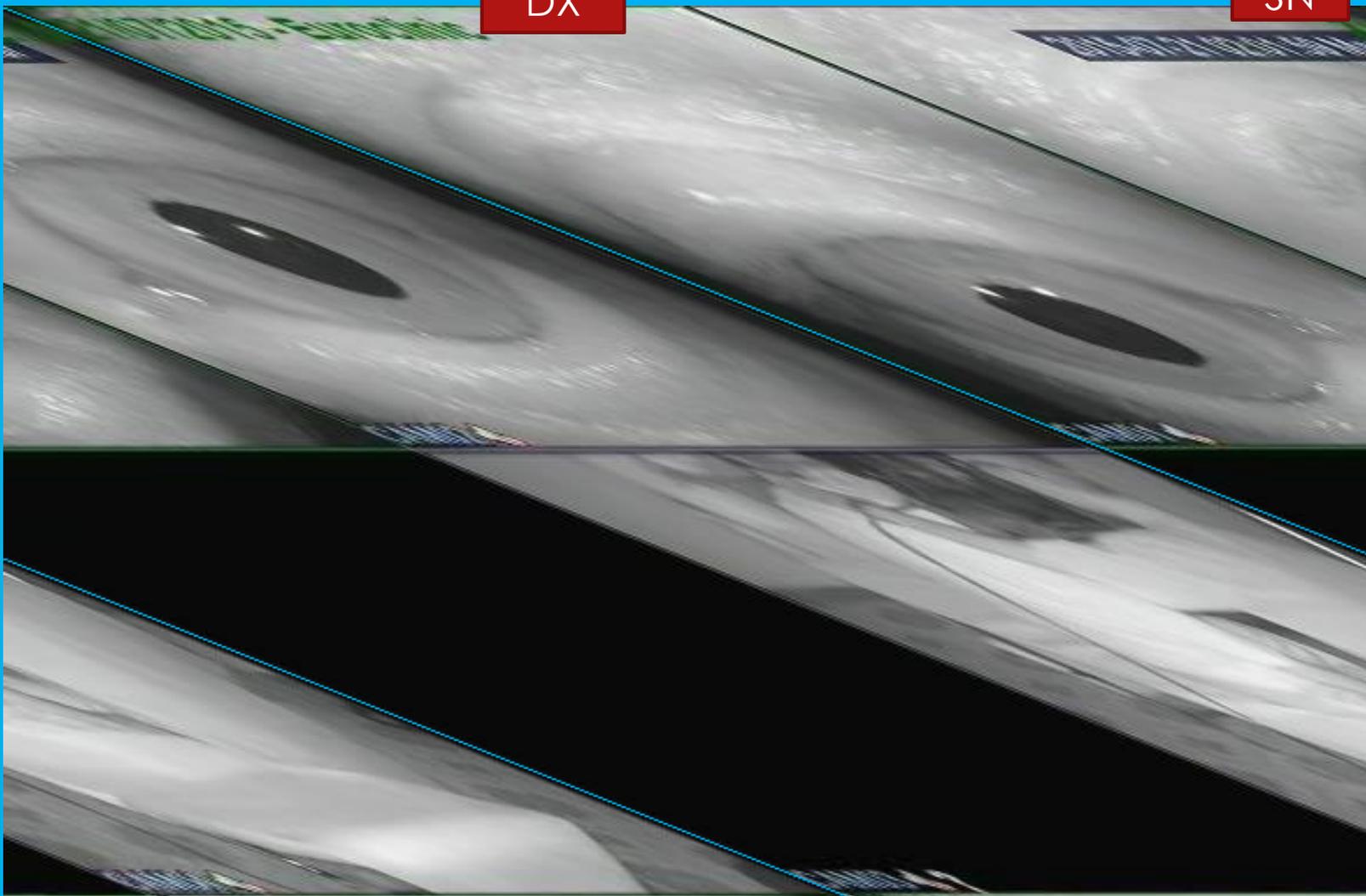


VERTIGINE DA LETTO  
dr La Gumina

# 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

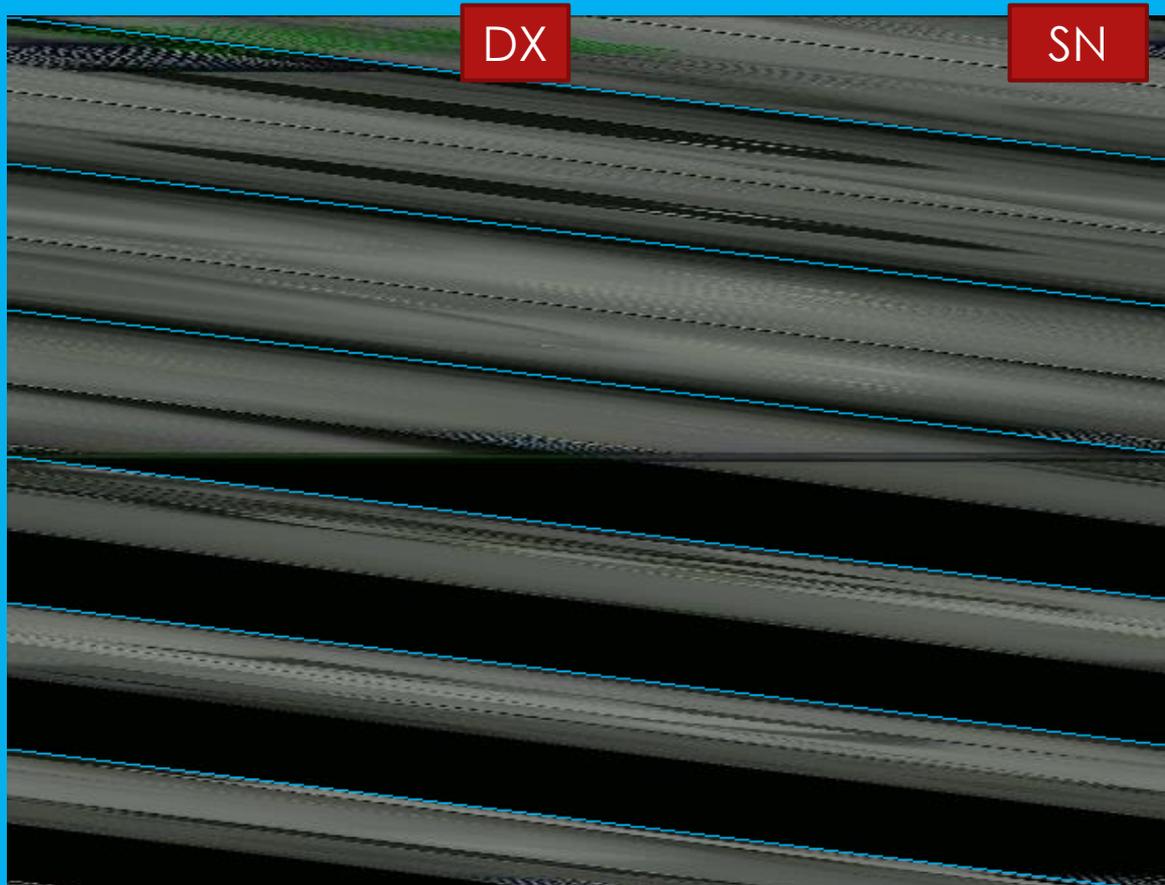
**IPERMOTILITA' STAPEDIALE**

# 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

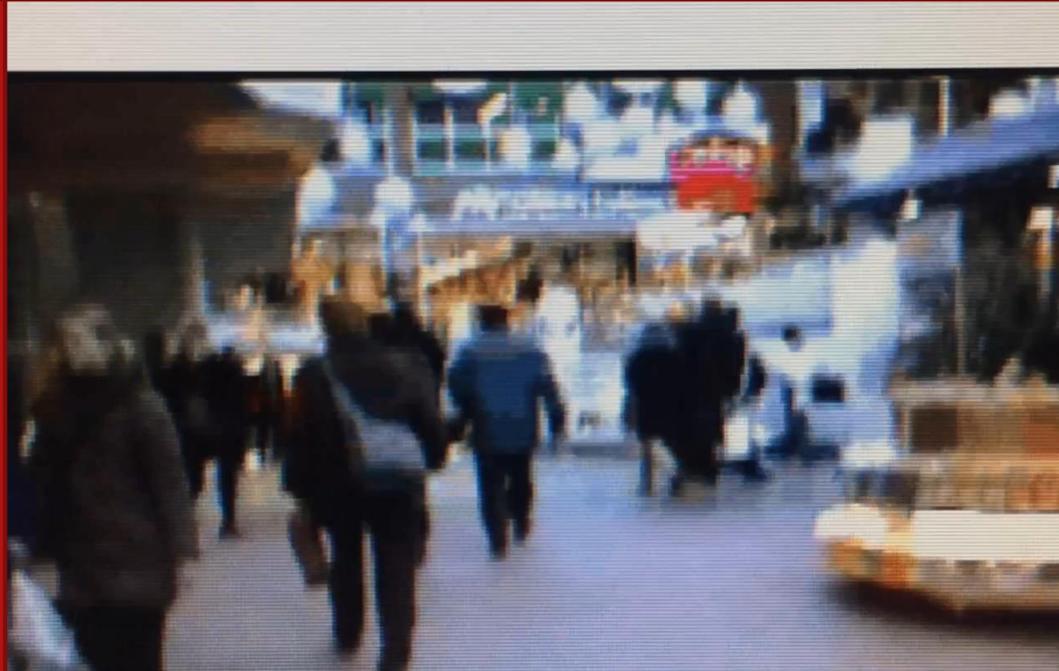
- ▶ **OSCILLOPSIA** (instabilità delle immagini visive)
- ▶ **PER DEFICIT LABIRINTICO BILATERALE**
- ▶ **PERIFERICO MONOLATERALE**
- ▶ **PER PATOLOGIA TRONCOCEREBELLARE.**
- ▶ **VESTIBOLOPATIA-EMICRANICA RICORRENTE,**
- ▶ **D.D con la VPPB; dirimente il ny spontaneo.**

# 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

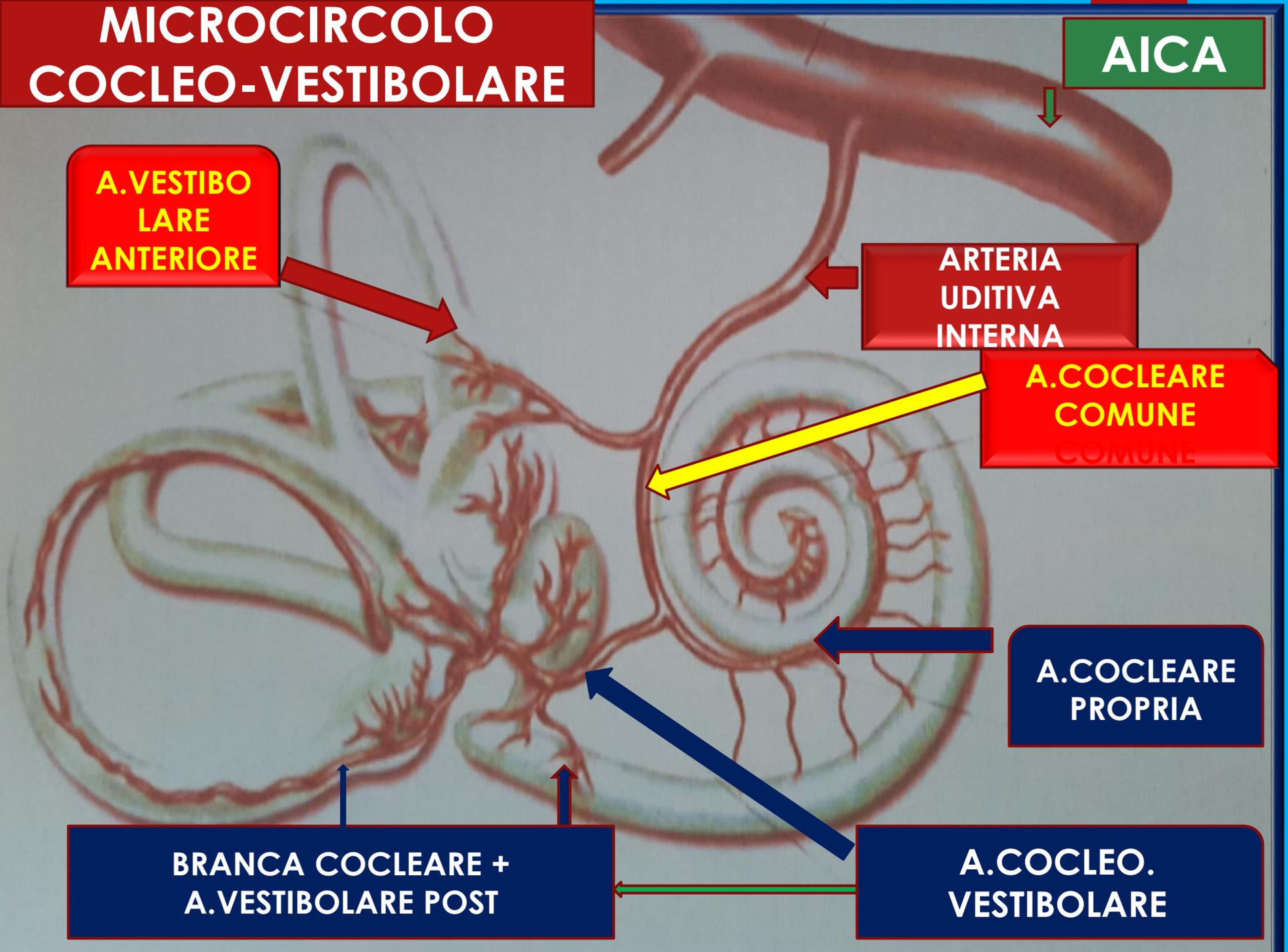
ARTERIA  
UDITIVA  
INTERNA

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 (Farganese)**
    - ★ **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**

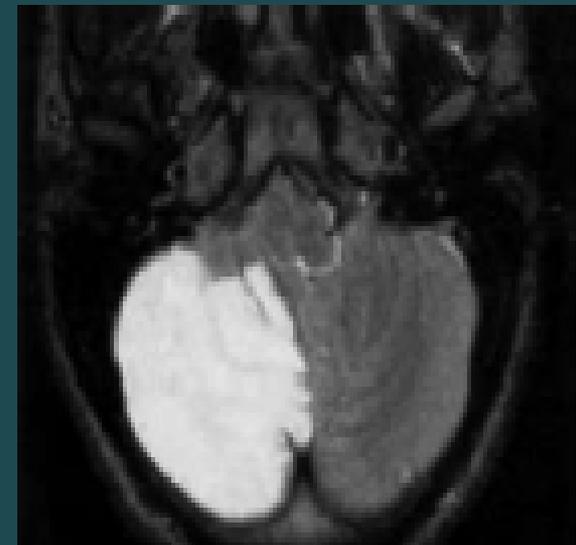
## ■ Vertigine, FNV

- ◆ 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**

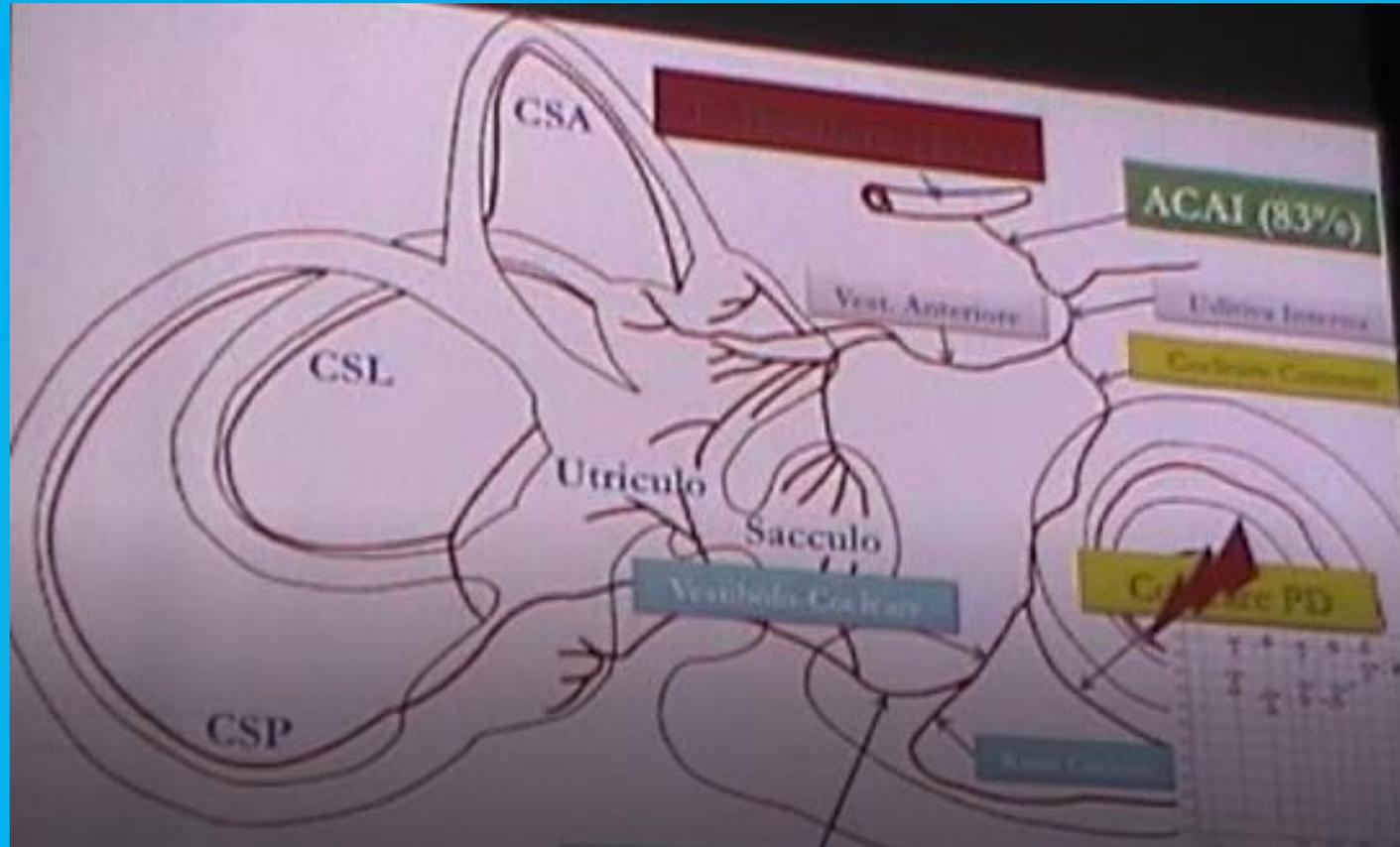
**SSEGNI E SINTOMI  
DELLA PATOLOGIA**

# 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 O vemp ass  
Cvemp PRESENT Vhit GAIN RIDOTTO NEL CSA  
CSL. NORMOACUSIA

.OTR SFUMATA, VVS PATOLOGICA cVEMP, ass  
O vemp 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)**

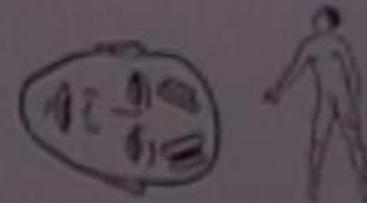
# FUNZIONE MACULARE

## 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

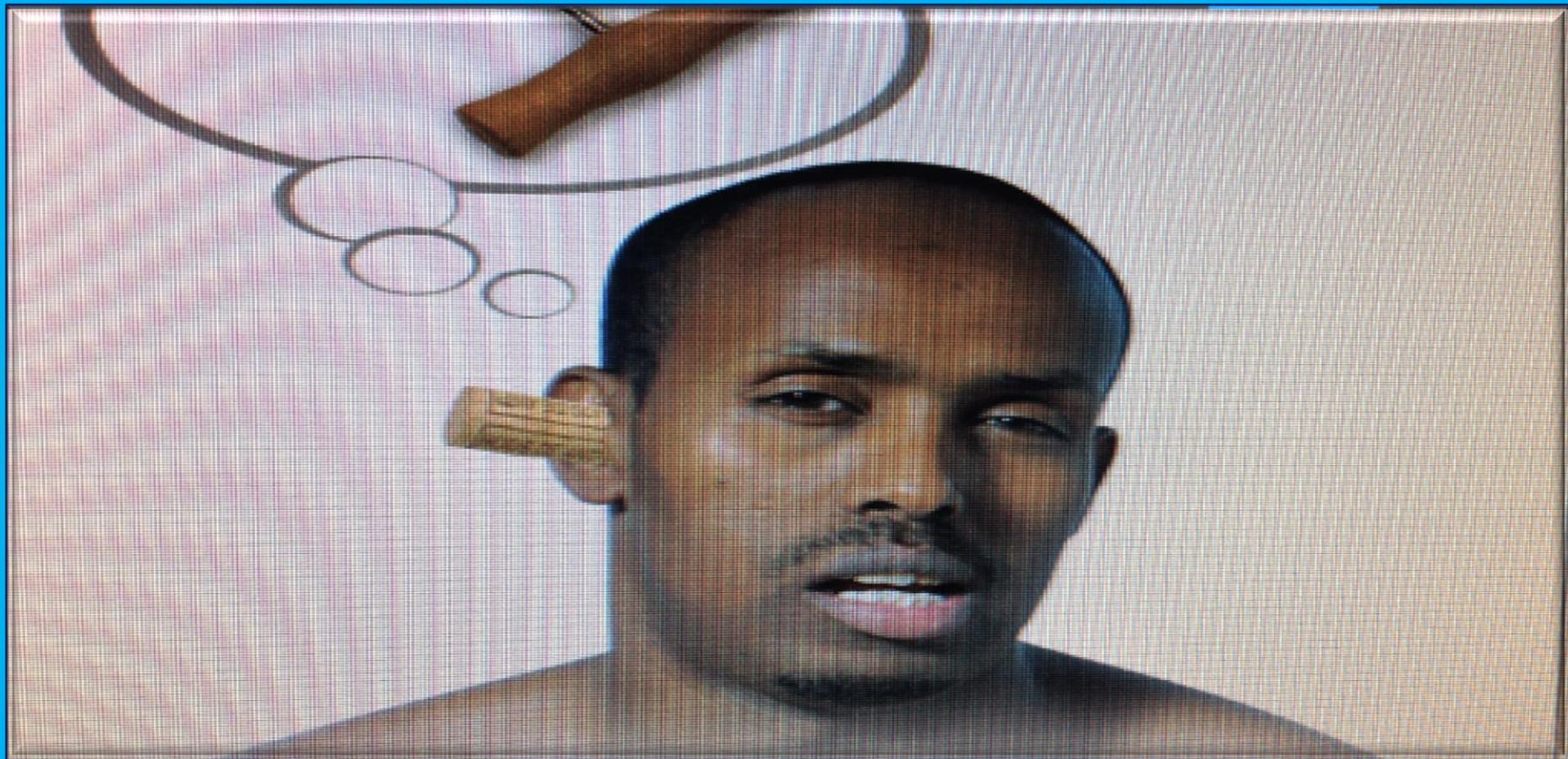
## NELLA MALATTIA DI MENIERE

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

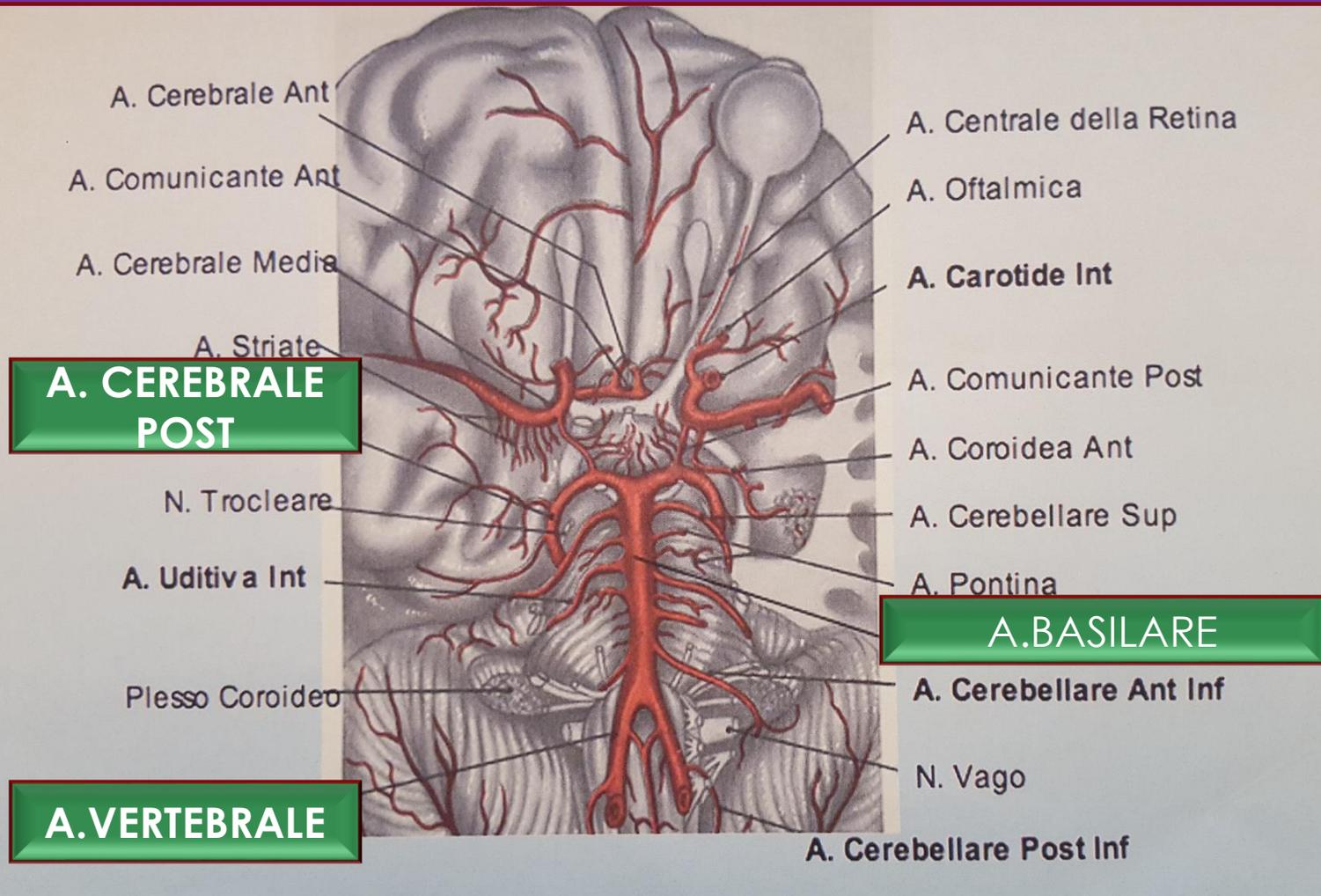
# SENSO DI FULLNESS



# 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, BOYLE GENERAL HOSPITAL

# MODULAZIONE DELLA VAFL NEL NY PERIFERICO

