

## **VERTIGINE: IL PRIMO AFFRONTO**

di Giovanni B. Agus

Il sintomo vertiginoso non definisce che un insieme di sensazioni allucinatorie che devono essere decifrate per poter stabilire un corretto iter diagnostico e quindi terapeutico. Dopo il medico di medicina generale, solitamente il paziente vertiginoso viene visitato dallo specialista otorinolaringoiatra o dal neurologo. Infatti la maggior parte delle cause della vertigine deriva da patologie dell'apparato vestibolare periferico e centrale. Non dobbiamo però dimenticare che l'equilibrio dipende anche da numerosi sensori periferici (occhi, propriocettori del collo e del rachide, ...) e da un sistema di "decodificazione centrale, il tronco encefalico ed il cervello, che può essere influenzato anche da fattori di tipo circolatorio.

La sinergia tra gli specialisti che seguiranno l'iter diagnostico è allora decisiva, anche per non eseguire o ripetere esami inutilmente e per arrivare ad una diagnosi certa nel minor tempo possibile. Esistono dei segni semeiologici che possono essere importanti nell'indirizzare alla diagnosi. Il nistagmo (movimento orizzontale, rotatorio o verticale degli occhi) è fondamentale per sospettare un danno centrale o periferico del vestibolo, oppure in sua assenza durante le crisi, una cupololitiasi del labirinto (Vertigine Parossistica Posizionale Benigna) che è facilmente risolvibile con delle "manovre liberatorie" che esegue l'otorino. L'associazione ad altri segni come la deviazione degli indici all'indicazione o la deviazione della marcia, esprime delle sindromi vertiginose dette armoniche o disarmoniche che indicano a loro volta cause patogenetiche differenti.

Importante per la diagnostica ORL se si sospetta una vertigine di origine periferica (labirintosi, malattia di Menière, vertigine posizionale, ...) risultano essere gli esami audiologici e l'esame otovestibolare (OTV). Il nistagmo può essere registrato anche con maggior precisione mediante una Elettro-nistagmografia (ENG). Un esame ABR (potenziali evocati del tronco encefalico) è invece importante per evidenziare patologie del nervo acustico e vestibolare come neurinomi, neuretiti, ecc... Solo molto raramente è necessario eseguire una TAC o una RM della regione encefalica e della fossa cranica posteriore. Bisogna saper poi differenziare una vertigine da una pseudovertigine che è invece una sensazione di mente confusa, di vuoto, di instabilità, frequente in disturbi di origine neurologica. Importanti sono anche tutte le sensazioni di disequilibrio associate alle cefalee o emicranie, spesso dovute a problematiche di origine microcircolatoria.

Tutti i medici che affrontano il problema dell'equilibrio devono anche tener presente nella diagnosi differenziale patologie sistemiche come: sclerosi multipla, epilessia, disturbi endocrini come diabete o ipotiroidismo, ecc... E' a volte importante considerare tutti i farmaci che il paziente assume perché il disturbo vertiginoso potrebbe essere un effetto collaterale di tali terapie. Nell'anziano spesso lo sbilanciamento è invece dovuto a problemi di natura articolare-proprioceettiva, cataratta, ipoacusia, neuropatie distali, ecc... Infine non dobbiamo dimenticare la sintomatologia vertiginosa associata a stati di depressione, stress, o a disturbi psichici anche più gravi.

Appare quindi chiaro come il problema terapeutico sia direttamente legato ad una accurata e corretta diagnosi che diventa un punto decisivo nell'affronto della patologia vertiginosa. Possiamo anzi sostenere che terapie sintomatiche eseguite prima di giungere ad una diagnosi spesso la rendono difficile o impossibile e che terapie somministrate senza un razionale in modo empirico spesso si rivelano dannose.

*Andrea Franzetti, Antonio Bigoni, Raul Nucci, Giacomo La Placca (L'equipe specialistica ORL della Fondazione per la vestibologia); Giorgio Valli, neurologo; Pietro Ricci, oculista.*