



ORDINE MEDICI MODENA 12-05-2019
Dr. Mimmo Andreoli

VERTIGINI

(DISTURBI DELL'EQUILIBRIO)

- **Sono tutte benigne?**
- **Quando inviare dallo specialista?**

Dall'apparato vestibolare i segnali vengono:

- inviati ai **Nuclei Vestibolari** del Tronco encefalico
- controllati e modulati dal **cervelletto**
- coordinati e coniugati nei due occhi per azione del **FLM**
- inviati al talamo e da qui alla **corteccia**

La fissita' dello sguardo durante i movimenti del capo

- E' possibile grazie alle proiezioni dei nuclei vestibolari del tronco encefalico ai nuclei pontini del VI nervo cranico ed attraverso il fascicolo longitudinale mediale ai nuclei mesencefalici del III e IV nervo cranico.

LE VERTIGINI NON SONO DI TIPO ROTATORIO

- **TRE DOMANDE:**

1. Si tratta di disturbo cardio-circolatorio, ipotensione ortostatica, disturbo di conduzione?
2. Si tratta di disturbi neurologici con problemi della deambulazione?
3. Si tratta di un effetto collaterale da farmaci e/o sostanze?
4. Vi è una patologia organica nota?

FARMACO O SOSTANZE

- Alcool
- Marijuana
- Cocaina
- **Asa**
- Aminoglicosidici
- Tetracicline
- Ormoni
- Piombo
- Solventi organici
- Antidepressivi
- Antistaminici
- Benzodiazepine
- Antiipertensivi
- Diuretici
- Nitroderivati
- Antiepilettici
- Litio
- Chemioterapici

Vi e' una patologia organica nota?

- Ipertensione
- Dislipidemia
- Diabete
- Fumo
- Abuso di vasocostrittori
- Eemicrania
- Patologia cardiovascolare
- Patologia cerebrovascolare
- Neoplasie
- Vasculiti
- Immunodeficienza
- Sclerosi Multipla
- Disturbi della giunzione cranio-cervicale
- Epilessia
- Ipoglicemia
- Disordini elettrolitici
- Traumi Ecc...

SEMEIOTICA VESTIBOLARE NON STRUMENTALE

BED SIDE

EXAMINATION

SE CORRETTAMENTE ESEGUITA CONSENTE LA DIAGNOSI
IN OLTRE L' 80 % DEI CASI

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA VESTIBOLOPATIE PERIFERICHE E CENTRALI

	Compenso	Sintomi neurovegetativi	Disequilibrio	Ipcacusia	Oscillopsia	Sintomi neurologici
Vestibolopatie periferiche	Rapido	Imponenti	Moderato	Frequente	Lieve	Rari
Vestibolopatie centrali	Lento o assente	Moderati/ lievi	Imponente	Rara	Grave	Frequenti

RIASSUMENDO:

la VERTIGINE è probabilmente PERIFERICA se :

- è associata a SINTOMI VEGETATIVI
- è correlata a SPECIFICI movimenti del capo
- cefalea e sintomi neurologici sono ASSENTI
- il disequilibrio è moderato
- si presenta a crisi di durata definita
- è associata ad IPOACUSIA

IL NISTAGMO periferico

- E' un movimento involontario degli occhi.
- Oscillatorio, ritmico, esauribile.
- Costituito da una fase lenta e da una fase rapida caratterizzata da un movimento saccadico, inverso alla fase precedente, che riporta gli occhi nella posizione iniziale.

VERTIGINE PERIFERICA

- Nistagmo coniugato di ambedue gli occhi orizzontale, talvolta rotatorio, maggiore quando il paziente guarda verso il lato sano.
- Insorgenza improvvisa con intensa sintomatologia.
- Carattere episodico.

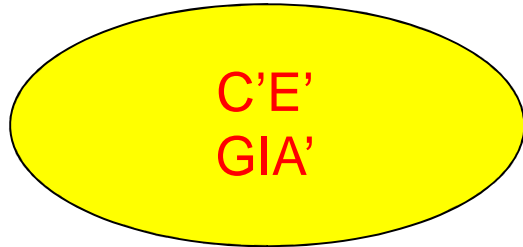
VERTIGINE CENTRALE

- Nistagmo orizzontale o verticale a scossa rapida, **orientamento indifferente, non necessariamente coniugato**, anche rotatorio. **Non soppresso dalla fissazione dello sguardo.**
- Se compare quando il paziente guarda in alto o in basso il nistagmo è sicuramente di tipo centrale.
- Insorgenza progressiva con aggravamento dei sintomi ma con fenomeni neurovegetativi più sfumati.
- Non peggiora con i movimenti del capo.
- Alterazioni dell'equilibrio o dell'andatura o altri segni neurologici.

VALUTAZIONE DEL NISTAGMO

NISTAGMO

SPONTANEO



1° GRADO solo se presnte nella direzione della fase rapida
2° GRADO anche nella posizione primaria dello sguardo
3° GRADO anche se guarda nella direzione della fase lenta

RIVELATO

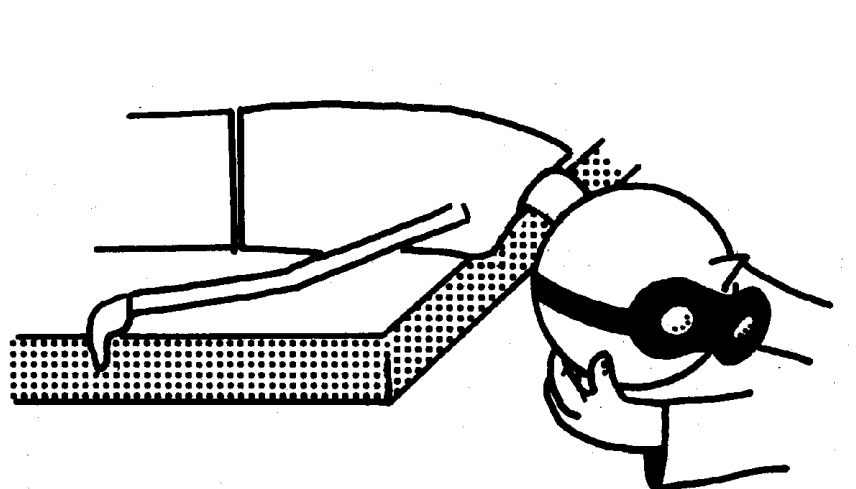
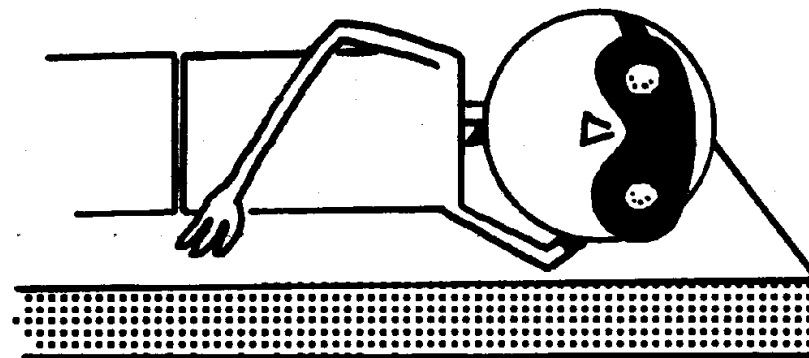
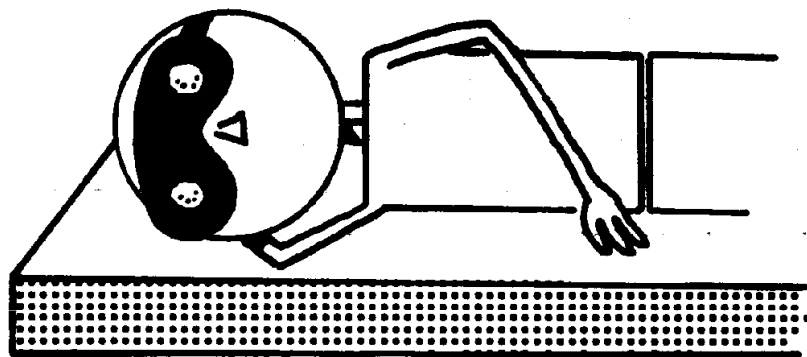


POSIZIONALE
Semont
Dix-Hallpike

POSIZIONE
supino
fianco
Rose

PROVOCATO : dalle indagini strumentali (Ny vibratorio)

Ny di posizione (fianco dx, fianco sx, posizione di Rose)



Ricerca del nistagmo rivelato

NISTAGMO DI POSIZIONE

compare assumendo una particolare posizione e **PERSISTE** finché la posizione viene mantenuta (comunque oltre 3 - 4 minuti)
a volte non associato a vertigine soggettiva, può essere CENTRALE
Va ricercato nelle posizioni: supino, decubito laterale dx e sx,
supino con capo iperesteso (posizione di Rose)

NISTAGMO POSIZIONALE

compare assumendo una particolare posizione ma **SCOMPARE** anche se la posizione viene mantenuta (comunque entro 1 minuto)
Quasi **SEMPRE** associato a vertigine soggettiva e PATOLOGIA PERIFERICA

CARATTERISTICHE DEL NISTAGMO

**LATENZA (Ny posizionali) : VARIABILE (periferico) NO
LATENZA (centrale)**

MORFOLOGIA : BIFASICO (periferico) PENDOLARE (centrale)

RITMO : RITMICO (periferico) ARITMICO (centrale)

**EVOLUZIONE : TRANSITORIO e/o PAROSSISTICO (periferico)
PERMANENTE e/o COSTANTE (centrale)**

**VISIONE : INIBITO DALLA VISIONE (periferico)
NON INIBITO (centrale)**

IL NISTAGMO POSIZIONALE PAROSSISTICO

PER ESSERE

PATOGNOMONICO

DEVE

- avere LATENZA (iniziare 3 – 15 sec. dopo il posizionamento)
- essere PAROSSISTICO (con una fase di incremento ed una di decremento)
- avere DURATA < 1 MINUTO
- essere ASSOCIATO A VERTIGINE oggettiva
- essere RIPETIBILE ripetendo la manovra
- essere FATICABILE cioè non essere più eccitabile dopo molte manovre

Se non è così NON è tipico

tutte le forme atipiche sono CENTRALI fino a prova contraria

tutte le forme centrali sono SEVERE fino a prova contraria

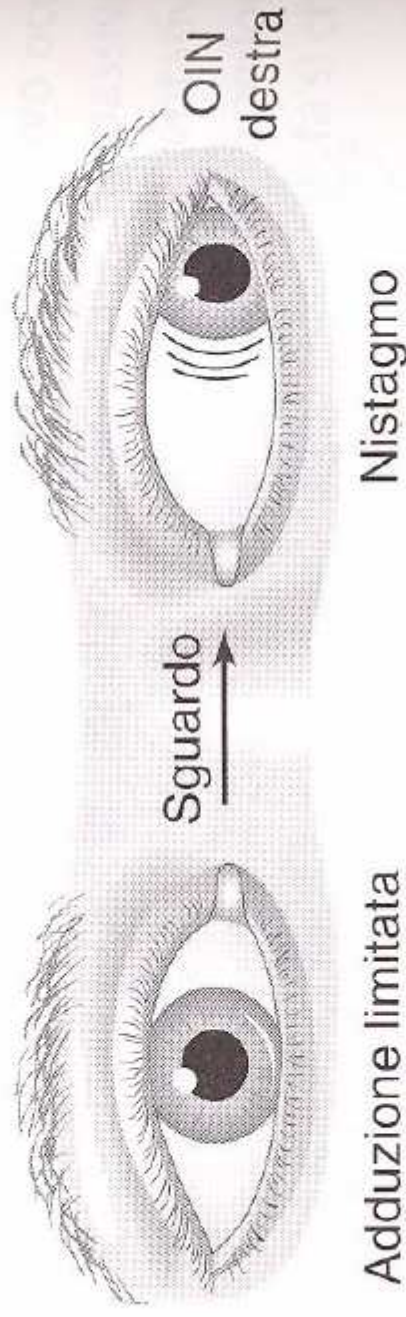
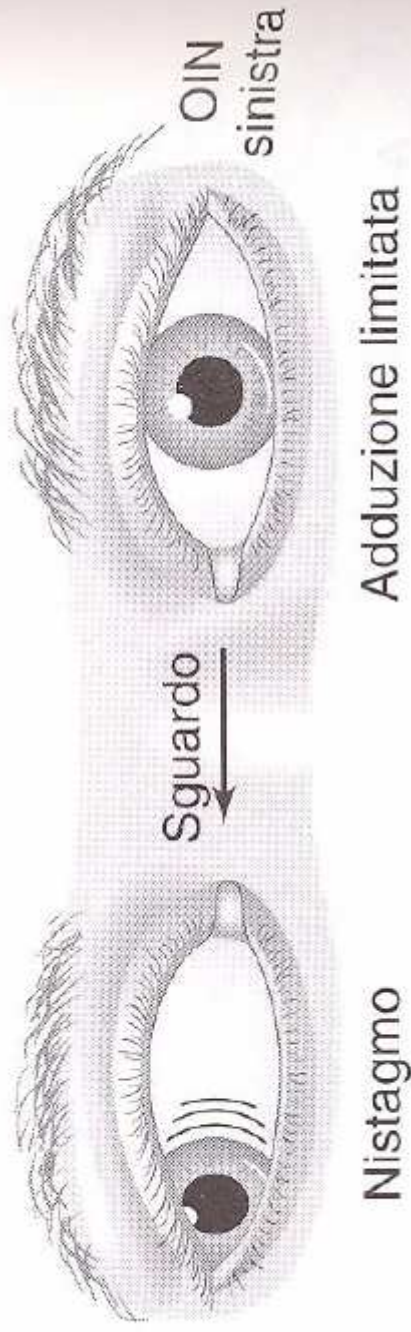
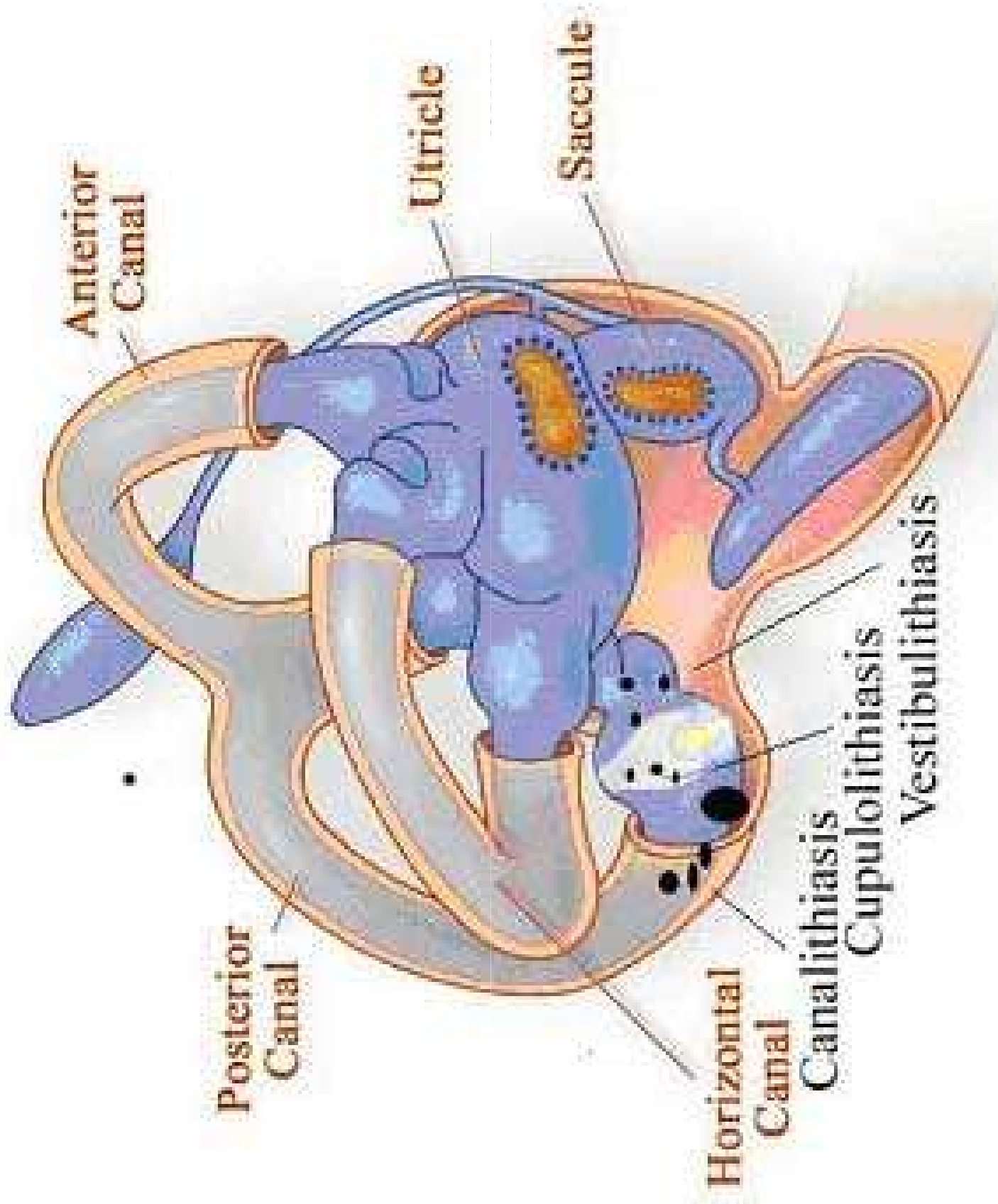


Figura 4-17. Movimenti oculari nella oftalmoplegia internucleare (OIN) derivante da una lesione del fascicolo longitudinale mediale bilateralmente.

Vertigine Posizionale Parossistica Benigna

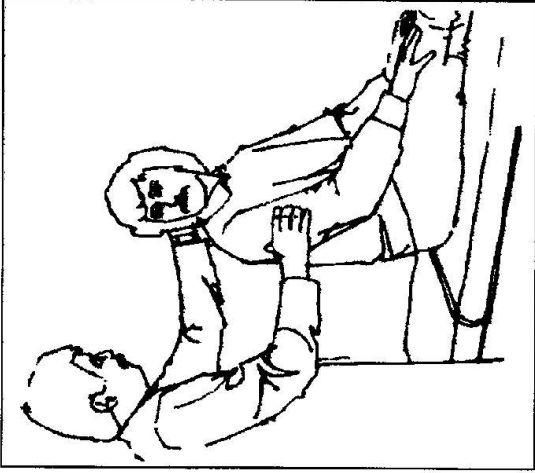
- Vertigine a volte violenta
- Della durata di secondi, non attimi.
- Improvvisa
- Scatenata dal movimento della testa
- Recidivante
- Con nistagmo posizionale parossistico



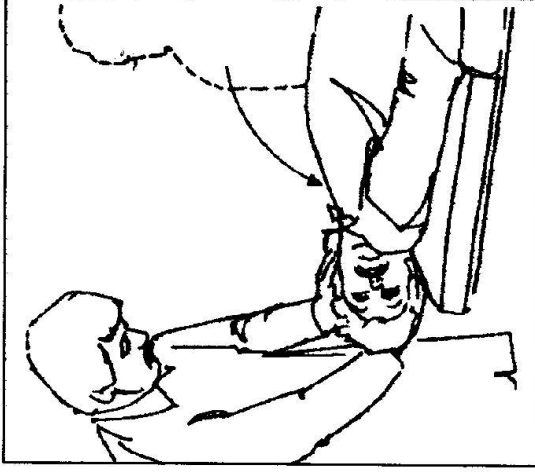
VPPB

- Diagnosi di conferma:
 - manovra diagnostica di Dix-Hallpike** (Posteriori)
 - manovra di Mc Clure Pagnini** (Laterali / orizzontali)
- Conferma diagnostica e Terapia:
 - manovra di Semont** (Posteriori)
 - manovra di Epley** =
 - manovra di Brandt Daroff** =
 - manovra di Gufoni** (Laterali)
 - manovra di Yacovino** (Superiori)

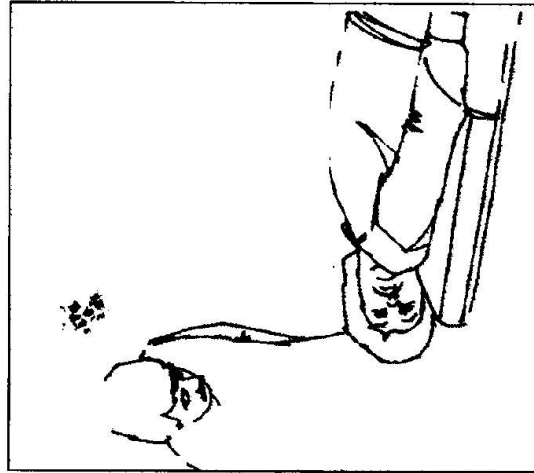
TEST DI DIX-HALLPIKE



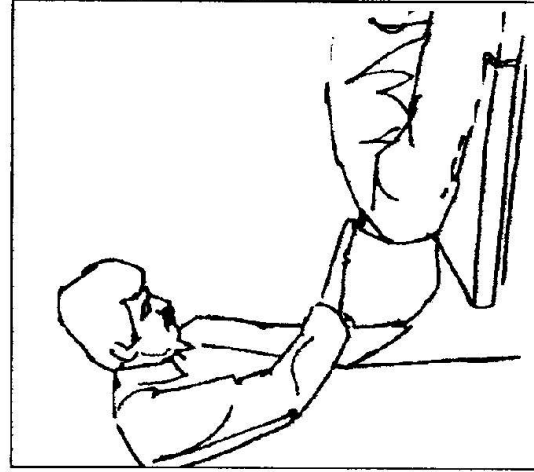
Voltate la testa



Guidate il paziente rapidamente all'indietro



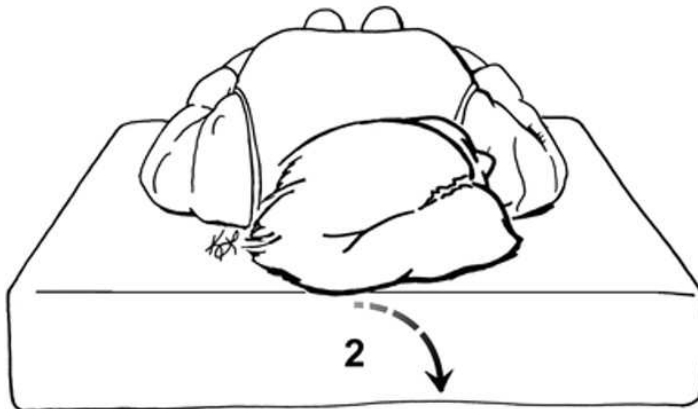
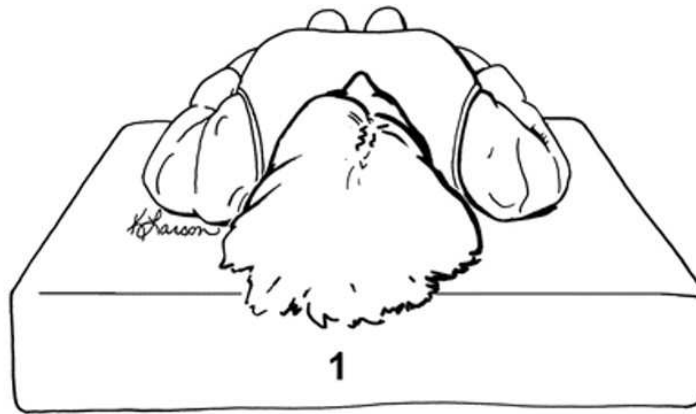
La testa deve essere sospesa fuori del cuscino del lettino



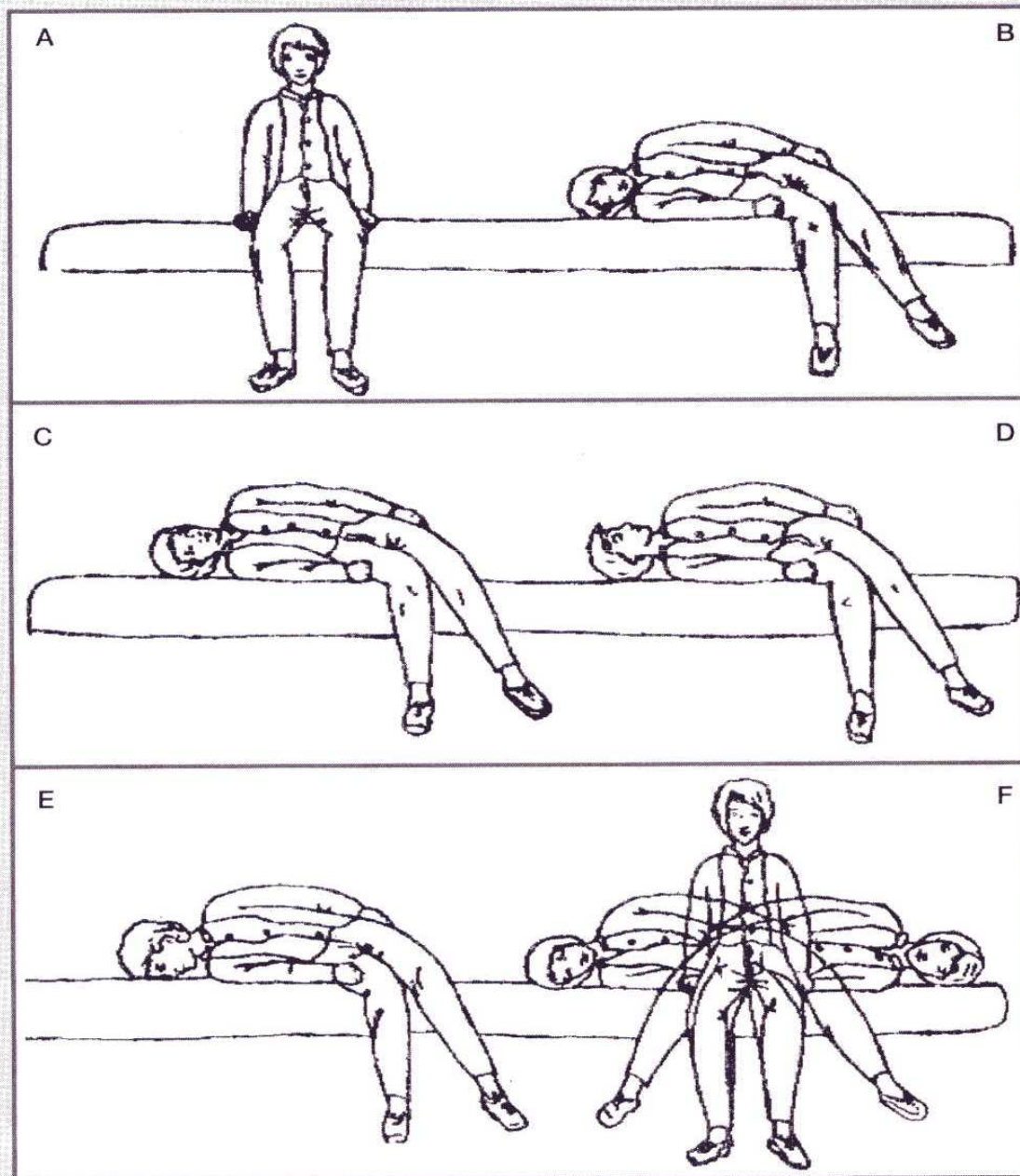
Osservate il nistagmo; eseguite il test a destra e sinistra

Manovra di Mc Clure – Pagnini

Il pz parte dalla posizione supina e ruota la testa o tutto il corpo verso un lato e poi dall'altro, con testa inclinata in avanti di 30°



MANOVRA DI SEMONT



NEURONITE VESTIBOLARE

- Durata diverse ore
- Improvvisa e violenta
- Nausea e vomito importanti
- Obiettività neurologica negativa
- Senza disturbi dell'udito
- Durata massima di qualche giorno con progressivo miglioramento dello stato generale in settimane/mesi
- Mancanza di recidive

3 NOMI = 1 PROBLEMA

Neurite e neuronite : perché molti ritengono sia una flogosi su base
INFETTIVA

- a patogenesi autoimmune (spesso segue di 10 – 15 giorni banali flogosi virali delle prime vie aeree)
- con danno diretto (sintomi ed evoluzione simili a forme certamente virali come per es. quelle da Herpes Zoster)

Deficit vestibolare acuto unilaterale : perché questo è il quadro clinico finale, qualunque sia l'eziologia (infettiva, vascolare, traumatica) assai difficile da differenziare, tanto che molti casi rimangono di natura
IDIOPATICA

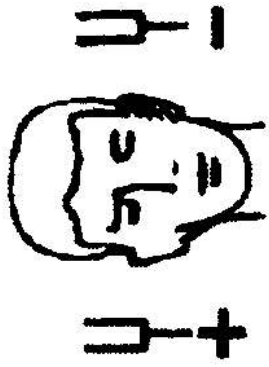
il termine più corretto, per definire la sindrome, è quindi
DEFICIT VESTIBOLARE ACUTO UNILATERALE IDIOPATICO
ma nella pratica i 3 termini vengono usati come sinonimi

Attenzione!

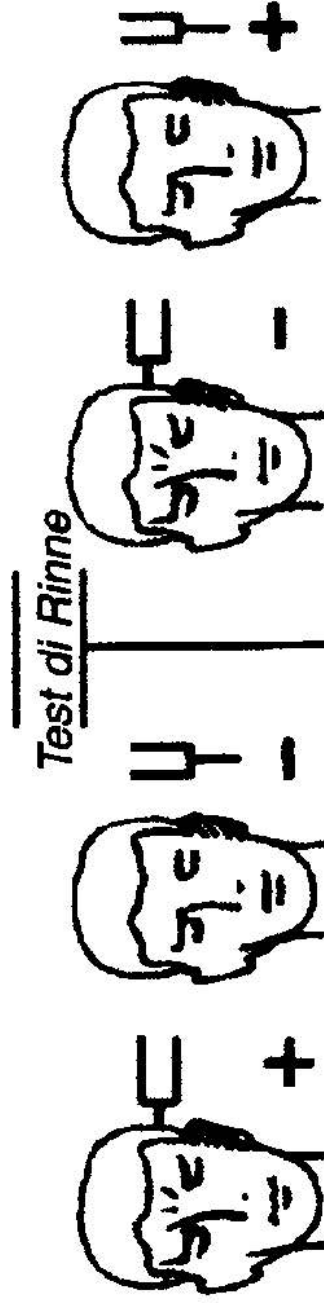
- Di deve sempre rivedere il paziente dopo una settimana e raccomandargli di tornare prima se osserva elementi nuovi (cefalea od altri possibili disturbi neurologici)

VI SONO DISTURBI DELL'UDITO





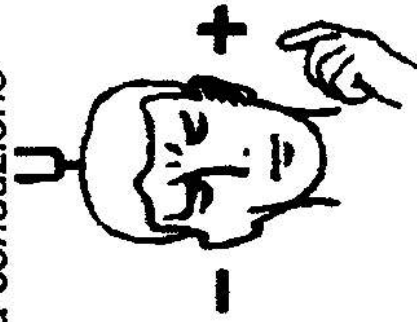
+: ode meglio/più a lungo/di più
 -: ode meno/meno a lungo/peggio
 orecchio "peggiore"
 orecchio "migliore"



Test di Rinne

Conduzione per via ossea migliore di/uguale alla conduzione per via aerea = disturbo della conduzione

Conduzione per via ossea minore della conduzione per via aerea = disturbo della percezione



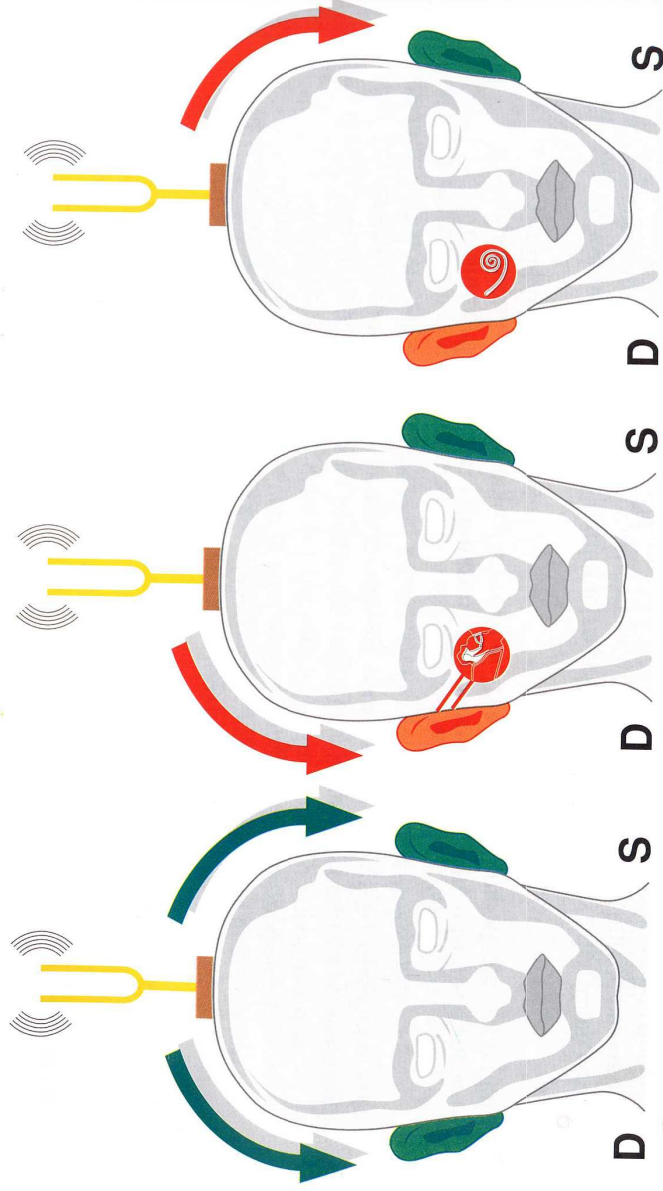
Test di Weber

ode meglio dalla parte dell'orecchio "peggiore" = disturbo della conduzione

ode meglio dalla parte dell'orecchio "migliore" = disturbo della percezione.

PROVA DI WEBER

Utilizza la trasmissione per via ossea di un diapason posato sulla testa (vertice, fronte, denti incisivi superiori)



Weber normale
o indifferente
(la vibrazione è sentita
con la stessa intensità
nei due orecchi)

- Ipocusia destra
- Weber lateralizzato
a destra per:

- tappo di cerume
- otite esterna
- otite media

Se otite acuta:
Antibiotici (8-10 gg.)

- Ipocusia destra
- Weber lateralizzato
a sinistra per:

- lesione orecchio
interno destro
(cocleite virale;
occlusione
acuta microvasale)

Ritorno di urgenza
- chemioterapici antivirali
- cortisonici
- farmaci "vasoattivi"
- diuretici
- eparina

VI SONO DISTURBI DELL'UDITO

- Malattia di Meniere
- Neurinoma dell'acustico

malattia di Menière



Prospero Menière
(1799 – 1862)

Nel 1861 Menière suggerì che i sintomi della “Congestione cerebrale apoplettiforme” erano dovuti ad un disturbo dell’orecchio interno. Forse per tale origine imprecisa nel tempo il termine “malattia di Menière” ha contraddistinto quadri clinici caratterizzati da “ipoacusia, acufeni, vertigine” a volte assai diversi per eziologia, intensità e decorso.

DEFINIZIONE (American Academy 1995)

*“ s. idiopatica da idrope endolinfatica che provoca **crisi vertiginose** episodiche, ricorrenti, spontanee, con **ipoacusia, acufeni** e senso di pienezza auricolare (**fullness**) dal lato affetto”*

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENZA: 15 / 100.000 anno
ETA' : 30 – 50 anni (eccezionale nei bambini)
SESSO: sostanzialmente nessuna differenza

EZIOLOGIA DELL'IDROPE

SCONOSCIUTA avanzate varie ipotesi: osmotica, meccanica, allergica autoimmune, infettiva, emicranica, ecc. ecc.

Malattia di Meniere

- Disordine vestibolare periferico forse dovuto ad idrope endolinfatica
- Episodi di vertigine severa della durata da minuti ad ore
- Crisi alternate a lunghi periodi di benessere
- **Durante la crisi nistagmo spontaneo persistente.**
- Perdita dell'udito ricorrente per le basse frequenze.
- Tinnito.
- **Senso di ripienezza auricolare**
- Nausea e vomito.
- No test diagnostici specifici
- Diagnosi differenziale con fistola linfatica ed emorragia endolinfatica.
- No trattamenti EMB
- Crisi di Tumarkin.

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.

Improvvisi 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 sacco (da qui il termine di “crisi otolitica”). Per il manifestarsi improvviso senza alcun sintomo premonitore le crisi sono assai pericolose.

DIAGNOSI

m. di Menière POSSIBILE : 1 solo attacco con uno solo dei sintomi
(ipoacusia fluttuante o vertigine menieriforme)

m. di Menière PROBABILE : 1 solo attacco di vertigine (> 20 minuti)
associato ad ipoacusia fluttuante documentata

m. di Menière DEFINITA : 2 o più attacchi di vertigine (> 20 minuti)
associata ad ipoacusia documentata, fullness ed
acufeni

m. di **Menière CERTA** : **rilievo autoptico** caratteristico in un paziente
che in vita presentava una forma “definita”.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

facile in presenza di crisi tipica (pz. visitato a crisi terminata), possibili dubbi,
a crisi in atto, con disturbi del circolo VB (trombosi, emorragia) oppure forme
infettive otitiche, (neoplasie, aneurismi cerebrali in genere non danno ipoacusia)

NEURINOMA DELL'ACUSTICO o schwannoma vestibolare

- Neoplasia benigna del nervo vestibolare all'interno del canale uditivo interno.
- La più frequente nell'angolo ponto cerebellare
- **Perdita dell'udito progressiva monolaterale**
- Tinnito
- Atassia
- Ipoestesia del volto
- Alterazioni del gusto
- Otagia
- Nevralgia del trigemino
- Cefalea occipitale ad irradiazione anteriore
- Iperensione endocranica

Tumori angolo ponto-cerebellare

- Incidenza 1/100.000 (5% dei tumori endocranici)
 - 90% schwannomi acustico
 - 3% meningiomi
 - 2,5% cisti epidermoidi
 - 1% schwannomi VII nc

• Se bilaterali = Neurofibromatosi II

• Segni-sintomi:

- Tinnito-ipoacusia neurosensoriale
- Vertigo sintomo iniziale nel 9%
- Seguono deficit VII, segni cerebellari, deficit V
- Decorso torpido, puo' scompensare acutamente

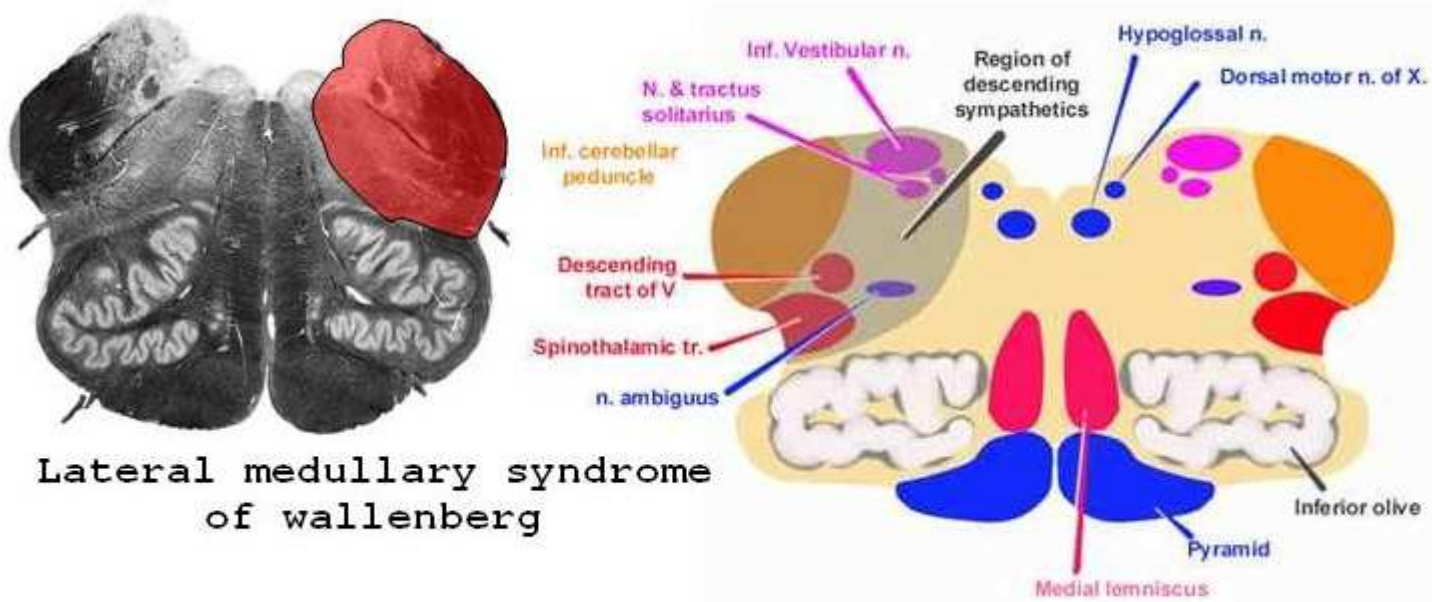


TIA vertebro-basilari

elementi di sospetto

- Età > ai 50 anni
- Fattori di rischio vascolari
- Turbe emocoagulative
- Traumatismi (manipolazioni)
- Segni neurologici (bilaterali o “alterni”)
- Sintomi neurologici e/o visivi
- Le vertigini isolate croniche raramente hanno base vascolare

Sindrome di Wallemborg



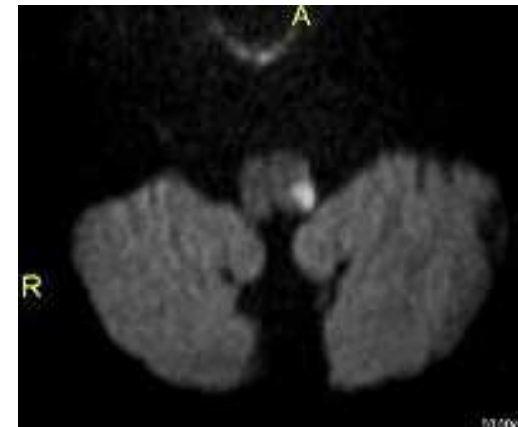
Lateral medullary syndrome of wallenberg

Omolateralmente alla lesione:

sindrome di Bernard-Horner, nistagmo, atassia, ipoestesia facciale termodorifica, paralisi dei muscoli laringei

Controlateralmente alla lesione:

ipoestesia corporea termodorifica



Sclerosi Multipla

- Vertigine sintomo iniziale nell'8%
- Nel decorso si presenta nel 20%
 - Comparsa in adulto giovane
 - Altri segni neurologici
 - Tendenza a regredire
 - Nistagmo con caratteri "centrali"
 - Oftalmoplegia internucleare (INO)
 - Talora caratteri parossistici o ricorrenti
 - Rari caratteri di tipo posizionale "centrale"
- Disturbi di equilibrio frequenti (piu' spesso di natura cerebellare o cordonale)

ANAMNESI

- 1. Caratteristiche delle sensazioni:**
(vertigini vere?)
- 2. Modalità di insorgenza**
- 3. Decorso del sintomo:**
*quanto durano, da quanto tempo,
vi sono intervalli liberi, recidivano?*
- 4. Fattori scatenanti:** *movimenti del capo?*
- 5. Sintomi concomitanti:** *disturbi
neurovegetativi, acufeni o disturbi
dell'udito?*
- 6. Patologie correlate**

ESAME OBIETTIVO

- EO ORL
- EO Neurologico:
 - Valutare nervi cranici e funzione cerebellare
 - Ricerca le sei D: disartria, disfagia, diplopia, disestesia, dismetria, adiadococinesia.
 - Cefalea
 - Crisi comiziali
- EO Cardiovascolare

SEMEIOTICA VESTIBOLARE STRUMENTALE

- Esami ematochimici
- Esame audiometrico
- Esame (elettro)-video-nistagmografico
 - *prova galvanica*
 - *prova rotatoria*
 - *prova calorica*
 - *studio video-oculografico*
- Stabilometria (statica e dinamica)
- Vestibula Evoked Myogenic Potentials (VEMPs)
- Vestibular-evoked peri-ocular potentials (VEPPs)
- Potenziali evocati del tronco (BAERs)
- Radiografia della colonna cervicale
- Computer cranio-corpografia
- Sincropodometria computerizzata
- Test di Fukuda con sensoristica elettronica
- Valutazione digitale della marcia

Strategia diagnostica

- Nistagmo spontaneo
- Nistagmo di posizione
- Nistagmo da posizionamento
- Test da iperventilazione
- Head Shaking Test HST
- Head Thrust Test HTT

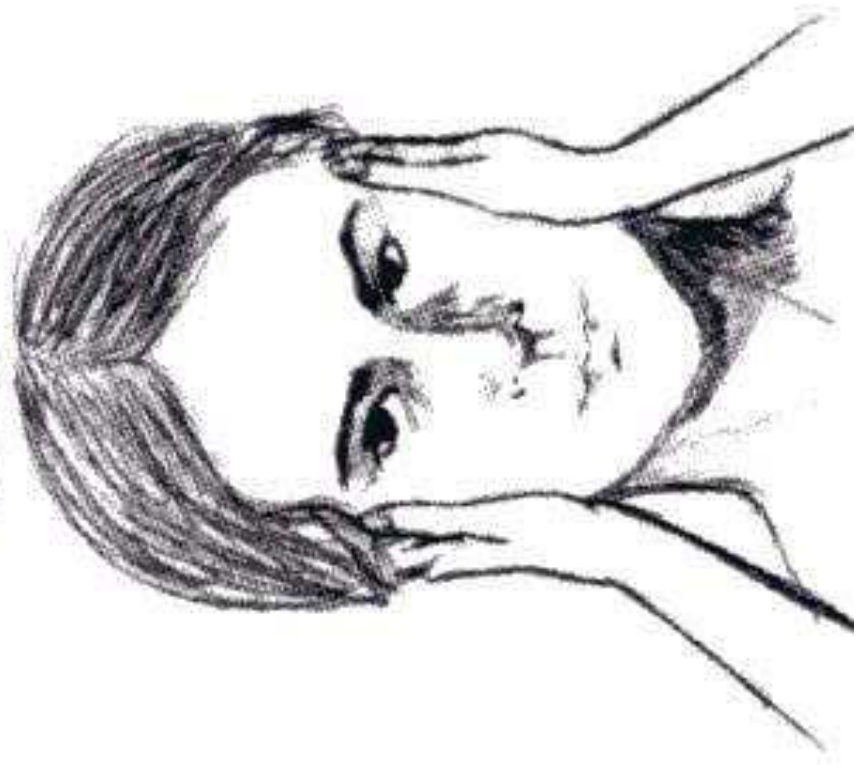
HEAD SHAKING TEST (HST)

Poco specifico indica semplicemente un'ipofunzione di lato ma non dice quale né a che punto delle vie vestibolari è la lesione.

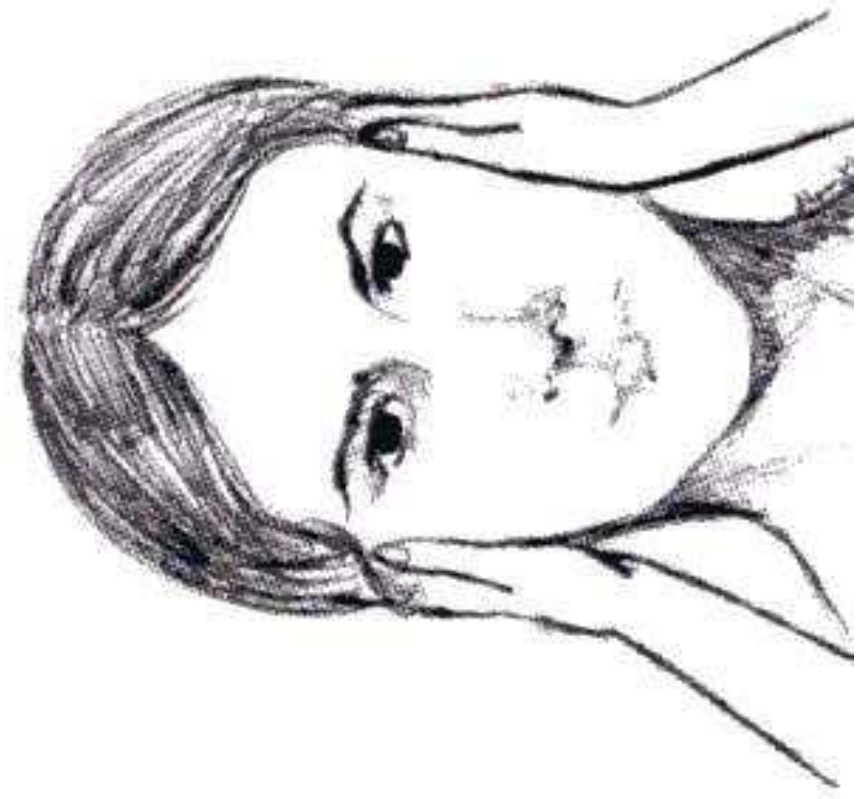
E' però molto sensibile in quanto il nistagmo, facile da rilevare perché sempre associato a vertigine soggettiva, compare anche dopo solo 8 – 10 scosse

Paz. ad occhi chiusi, eseguire oscillazioni molto rapide, ad alta frequenza (1 – 2 cicli al sec.) sul piano orizzontale. Stop se non compare vertigine dopo 20 cicli.

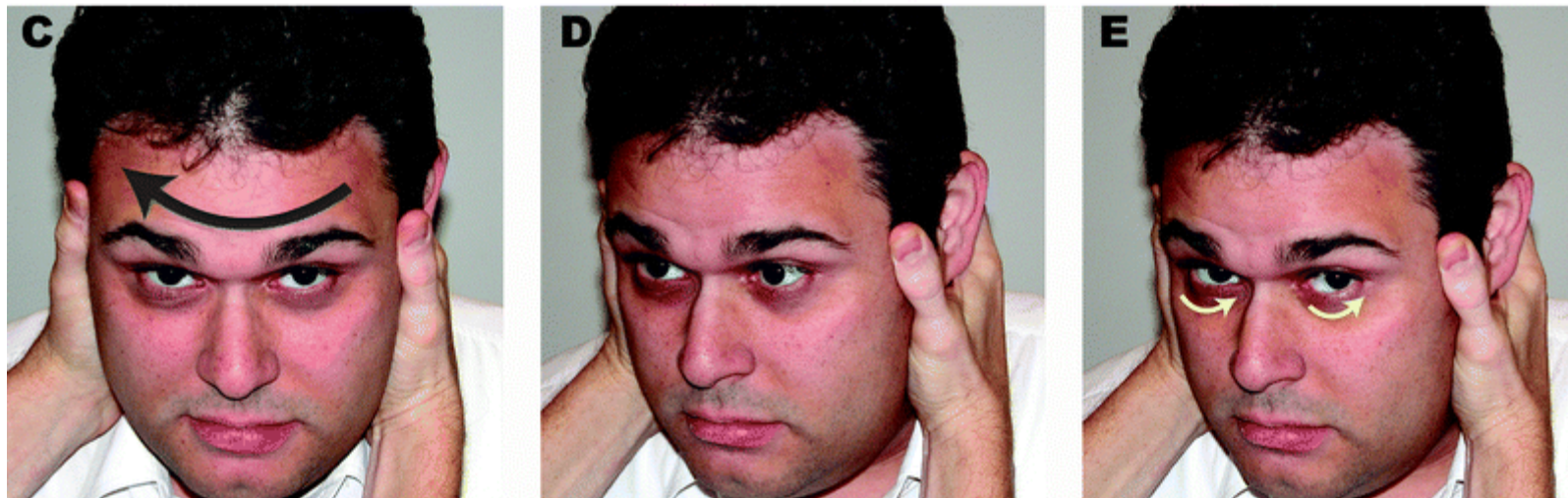
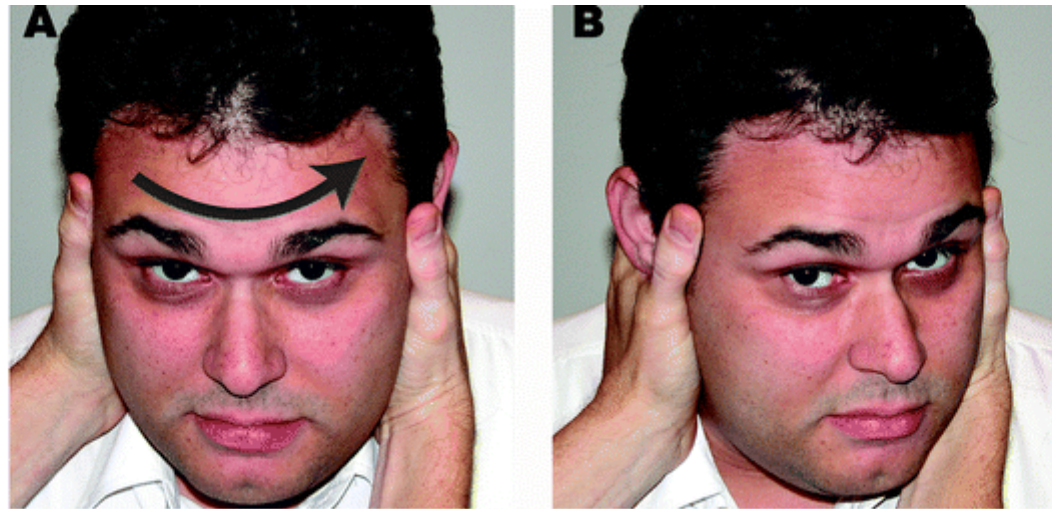
shaking
1-2 HZ



my post-shaking



Test roto-acceleratori a alta frequenza: Halmagyi Head Thrust Test



TEST DI HALMAGYJ

molto specifico svela una lesione (deficit completo) di un labirinto indicandone il lato, è però poco sensibile in quanto negativo nella semplice ipofunzione e dipende molto dall'abilità dell'esaminatore

Dire al paziente di fissare la punta del naso dell'esaminatore
Con movimento passivo e imprevisto ruotare la testa del paz. di lato di 30°.

Il normale manterrà la fissazione su naso del medico (perciò ruotando il capo

a Ds gli occhi si muoveranno subito verso Sn).

Il test è positivo se, ruotando il capo, gli occhi restano fermi nella posizione primaria e riacquistano la mira in un secondo tempo con un saccade.

Il test è positivo solo quando si ruota il capo verso il lato leso.

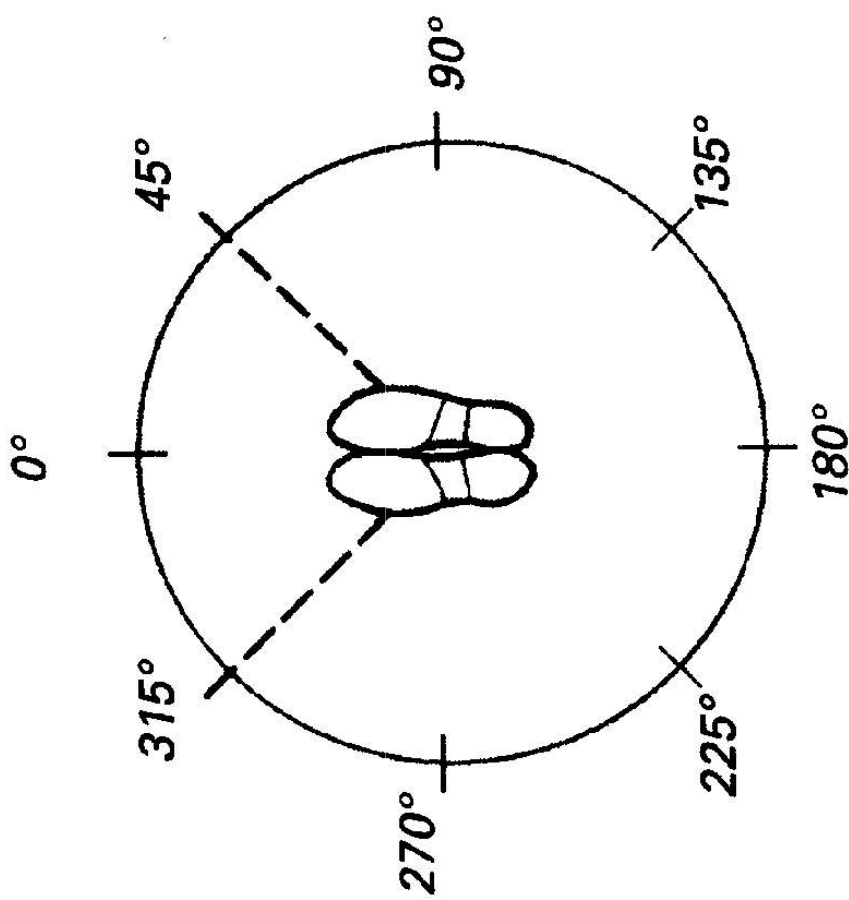
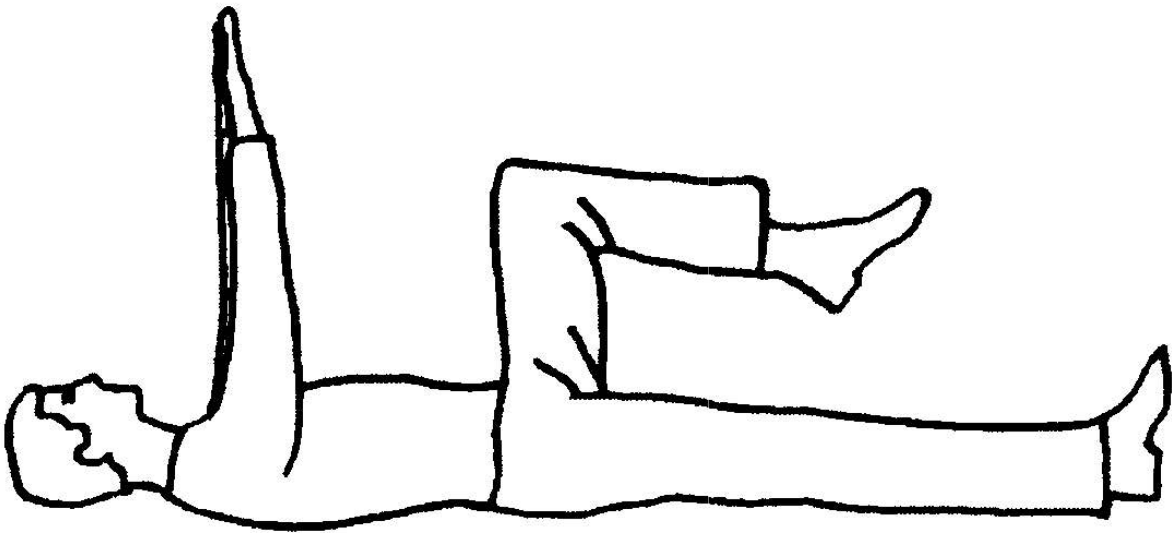
RIFLESSI VESTIBOLO-SPINALI

- **Test di Romberg**
- **Test di Romberg sensibilizzato**
- **Test di Unterberger**
- **Prova indice-naso**

PROVE SEGMENTARIE

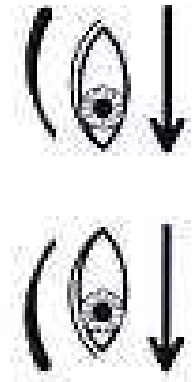
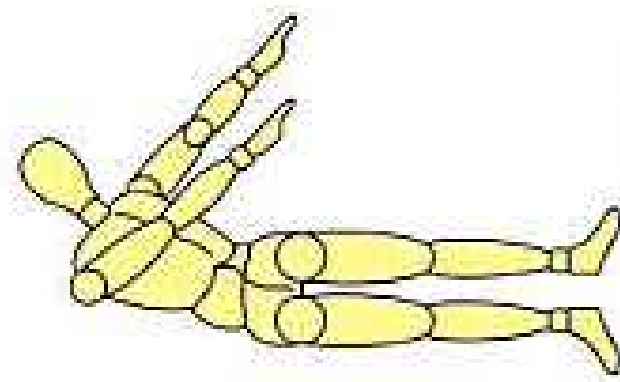
- valutano principalmente i **riflessi posturali, vestibolo – spinali**,
- possono inoltre avere importanti interferenze propriocettive, visive, ortopediche, psicologiche.
- In fase acuta, per l'intensa vertigine, possono non essere eseguibili. (rischio di caduta !)

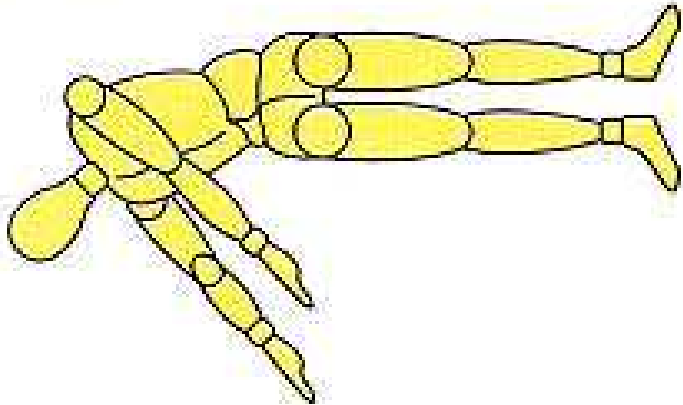
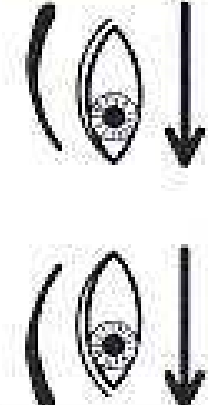
- Prova di Romberg: pz. in piedi, talloni uniti, punte divaricate di 30° , far chiudere gli occhi; durata della prova 30" massimo 60"
Pz. periferico: lenta lateropulsione, che aumenta a occhi chiusi verso lato malato
Pz. centrale : instabilità già ad occhi aperti, poi, senza latenza, oscillazioni sul piano sagittale, tendenza ad allargare la base
- Prova della marcia: necessita di almeno 6 – 7 metri di spazio, occhi chiusi, 5 passi avanti e 5 all'indietro, il Pz. periferico, deviando sempre verso il lato malato disegna la classica "stella"
- Prova di Unterberger: o della marcia sul posto; "segnare il passo", ginocchia alte ma non troppo, compiere 30 – 50 passi, è usuale un avanzamento rettilineo.
Pz. periferico spin lento, con latenza, di oltre 45° verso il lato malato
Pz. centrale esegue passi scoordinati, con base allargata senza vera rotazione ma pulsioni sagittali



Una rotazione di più di 45°
ha significato patologico

TEST DI UNTERBERGER

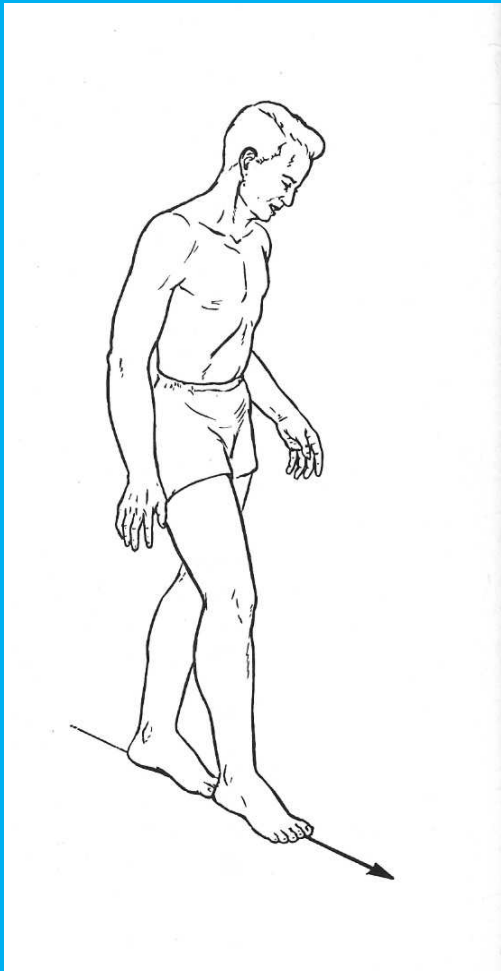
	LESIONE "DEFICITARIA" PERIFERICA (sinistra)		D	S
Nistagmo spontaneo (scossa rapida)				
Asimmetrie toniche				

SINDROME DISARMONICA (lesione in sede centrale)				
	D	S		
Nistagmo spontaneo (scossa rapida)			Asimmetrie toniche	

Sindrome cerebellare

- Disartria
- Nistagmo
- Atassia statica e dinamica
- Segni cerebellari segmentari (“artuali”)
 - disturbi dei movimenti
 - disturbi posturali
 - ipotonia

Sindrome cerebellare



- **Atassia dinamica**
 - marcia a base allargata, “a zig-zag” (“da ubriaco”): il pz. non è in grado di avanzare lungo una linea retta
 - nei casi più lievi l’atassia si può evidenziare nella marcia “in tandem”

TERAPIA

- PIRACETAM ha un effetto di modulazione sui sistemi colinergico, serotoninergico, dopaminergico, noradrenergico, glutaminergico. Sembra favorire la neuroplasticità. Può essere efficace indipendentemente dalla causa delle vertigini.
 1. Effetti vascolari
 2. Effetti neurotrofici
 3. Effetti metabolici

TERAPIA

- BETAISTIDINA / VERTISERC / MICROSER
 1. Aumento soglia afferenze sensitive, riduzione periferica della riflettività.
 2. Modulazione del sistema istaminergico, attività H3 antagonista
 3. Vasodilatazione capillare
 4. Attenzione feocromocitoma, parkinson e bambini

TERAPIA

- CINNARIZINA / STUGERON / CINAZYN/ TOLIMAN
 1. Blocca le correnti del calcio nelle cellule ciliate dell'organo vestibolare
 2. Antistaminico, antimuscarinico
 3. Migliora il flusso sanguigno cerebrale
 4. Non altera la pressione sanguigna ed il battito cardiaco
 5. Attenzione ictus, depressione e parkinson

TERAPIA

- DIMENIDRINATO / XAMAMINA / TRAVELGUM
(+ cinnarizina ARLEVERTAN)
 1. Antistaminico con attività antimuscarinica ad azione prevalentemente centrale
 2. Attività inibitoria degli impulsi eccitatori labirintici nei nuclei vestibolari
 3. Inibizione della neurotrasmissione nel centro del vomito
 4. No bambini, gravida, epilessia, glaucoma. I.R.

TERAPIA

- LEVOSULPIRIDE
 1. Attività antidopaminergica
 2. Attenzione a fattori di rischio cerebrovascolare, mastopatie maligne, iperprolattinemia, feocromocitoma, epilessia, stati maniacali, psicosi, allungamento del QT
- FLUNARIZINA
 1. Calcio antagonista con attività antistaminica sui recettori H1 derivato della cinnarizina
 2. Emivita molto lunga 18 giorni.
 3. Attenzione al Parkinson

TERAPIA

- TORECAN

1. Tietilpiperazina (Fenotiazina)
2. No sotto i 15 anni
3. Ipotensione e disturbi extrapiramidali, rialzo temperatura
4. Attenzione ai pazienti epilettici e con Parkinson

CASI CLINICI



Caso clinico n°1

M. B. , uomo di 32 anni

Da 3 giorni vertigine acuta rotatoria
accompagnata da sintomatologia
neurovegetativa

Impossibilità al mantenimento della
stazione eretta il primo giorno, ora
deambula con cautela

In anamnesi: fumatore

- Preferisce rimanere sdraiato ad occhi chiusi
- Quando gli chiedete di aprire gli occhi, notate un nistagmo spontaneo che batte a sinistra
- Lo invitate ad alzarsi; riesce a mantenere la stazione eretta, marciando ad occhi chiusi sul posto devia verso destra.

A COSA STATE PENSANDO?

Caso clinico n°2

- A.F. , donna di 42 anni
- Da 5 giorni crisi di vertigine acuta rotatoria di breve durata, che si presenta soprattutto quando è a letto.
- Blanda nausea durante le fasi intercritiche
- Non sintomi cocleari d'accompagnamento

- Viene da voi in ambulatorio camminando, al momento della visita non notate particolari segni che vi preoccupino.
- Visitandola, vi accorgete che appena la sdraiate sul lettino inizia a star male

A COSA STATE PENSANDO?

Caso clinico n°3

- S.D., uomo di 78 anni
- Da qualche ora severo disequilibrio con riferiti capogiri, difficoltà a mantenere la stazione eretta, nausea, vomito.
- Iperteso, ipercolesterolemico, diabetico, in terapia farmacologica
- Al momento della visita PA 160/90

- Notate un piccolo nistagmo che batte a sinistra nello sguardo verso sinistra e che batte a destra nello sguardo verso destra.
- In piedi ad occhi chiusi tende a cadere all'indietro
- All'indice naso, presenta dismetria all'arto superiore di destra

A COSA STATE PENSANDO?

Caso clinico n°4

- R. M. donna di 40 anni
- Da circa 1 ora vertigine rotatoria acuta iniziata improvvisamente dopo aver avvertito un rumore all'orecchio di destra e successivamente una "chiusura" dello stesso.
- Un episodio analogo circa 6 mesi fa, interpretato da precedente medico come "labirintite"

- Al vostro arrivo a domicilio, la paziente è sdraiata sul letto, vomita, riferisce di sentire un rumore strano nell'orecchio di destra.
- Aprendole gli occhi, notate un ampio nistagmo diretto a destra.
- Riesce a mantenere con difficoltà la stazione eretta, marciando sul posto ad occhi chiusi tende a sbandare a destra.

A COSA STATE PENSANDO?

Caso Clinico

- Uomo di 60 aa sempre stato in buona salute.
- Poi tre anni fa gradualmente iniziano i guai.
- Sono comparsi dolori alle ossa lunghe, al bacino ed al rachide, diceva di sentirsi crescere le bozze frontali, edemi declivi.
- Non cammina più bene, perde le urine, è un po' rallentato mentalmente.

Caso Clinico

- Sbanda durante la marcia, passi irregolari, poco stabile, urta gli ostacoli, è caduto diverse volte.
- Nessun segno di retro o lateropulsione.
- Nessun tremore.
- Torpore molto variabile da momento a momento.
- Perdita memoria e rallentamento ideazione.

Caso Clinico

- Unico dato di laboratorio una fosfatasi alcalina molto elevata, cinque volte la norma.
- Urina come niente fosse nei momenti e nei posti meno opportuni.

IPOSTESI DIAGNOSTICHE?