

## ■ OTORINOLARINGOIATRIA

### Approccio integrato al paziente con vertigine

**N**el corso del Terzo congresso nazionale della Società Italiana di Vestibologia (VIS), che riunisce gli esperti della funzione e dei disturbi dell'equilibrio, un ampio spazio di discussione e confronto è stato riservato al tema dell'approccio integrato al paziente con vertigine (Reggio Emilia, 30-31 ottobre 2015).

#### ► **Vertigine e dizziness: definizione**

All'interno di un simposio dedicato, il tema è stato affrontato a partire dalla definizione corretta del sintomo e della malattia, secondo i seguenti enunciati:

- **Vertigine:** falsa sensazione di movimento in assenza di un reale movimento della testa o del corpo, ovvero sensazione di movimento distorta o alterata rispetto al movimento oggettivo della testa.
- **Dizziness:** senso dell'orientamento spaziale disturbato o alterato, in assenza di una falsa sensazione di movimento.

#### ► **Cause vascolari e approccio eziopatogenetico**

Un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico dei disturbi vertiginosi-posturali di origine vascolare non può prescindere dall'identifica-

zione dei meccanismi eziopatogenetici e fisiopatologici, al fine di indirizzarsi verso una terapia il più possibile "mirata". L'approccio eziopatogenetico è complesso, ma fondamentalmente i bersagli sono due: endotelio e glicocalice di GAGs. È importante interrompere il modello di risposta al danno su base flogistica endoteliale che, dall'adesione di leucociti e piastrine, porta alla liberazione di citochine e chemochine, fino all'attivazione delle metalloproteasi ed alla rottura delle barriere emato-neurali, con danno microvascolare e cerebrale.

#### ► **Lo studio "VascVert"**

Sulla base dell'esperienza italiana dello studio VascVert - che ha approfondito il ruolo dell'endotelio, in particolare del glicocalice di GAGs - condotto su pazienti con sindrome vertiginosa di verosimile origine vascolare, è stato prodotto un protocollo diagnostico-terapeutico: la presenza di tre o più fattori di rischio cardiovascolari e la chiara positività per patologia vascolare di almeno un esame strumentale (RM/TC) dirige il clinico verso la diagnosi di sindrome vertiginosa di natura vascolare. La ricerca ha inoltre evidenziato l'importanza di una terapia causale non solo ad azione antiaggregante, ma che

consideri anche altri aspetti, in particolare trombogenesi, viscosità ematica e microcircolo.

#### ► **Best practice nel deficit vestibolare acuto**

La vertigine acuta è un sintomo che va correttamente indagato in tempi brevi perché può riconoscere un'origine periferica (per es. una sofferenza a carico dell'orecchio interno), ma anche cause centrali (per es. un infarto del cervelletto). È principalmente la semeiotica che può indirizzare il clinico verso la corretta diagnosi differenziale tra lesioni periferiche e centrali della vertigine "spontanea" acuta, oltre ad essere un supporto per identificare i pazienti a rischio vascolare. Ecco allora che l'esame clinico e il "saper fare" del medico mettono in condizione di porre una corretta diagnosi differenziale, anche in assenza di strumentazione.

L'anamnesi, la visita con esame oto-neurologico correttamente eseguita, con un impegno di circa 4-5 minuti, è il percorso per individuare la sede della lesione.

Nella maggior parte delle forme acute si è in grado di fare una diagnosi precisa, senza la necessità di dover ricorrere a particolare strumentazione.

Inoltre l'osservazione deve essere posta sul nistagmo, segno tipico di una sofferenza dell'apparato vestibolare. Saranno poi le caratteristiche del nistagmo, così come le modifiche delle sue caratteristiche a seguito di determinate manovre, e l'oculomotricità a condurre il clinico verso la corretta identificazione della patologia responsabile della vertigine.

## ► Strategia terapeutica della vertigine

La frequente mancanza di una causa specifica dell'insorgenza del disturbo vestibolare rende indispensabile considerare gli aspetti fisiopatologici che possono determinarlo. Il progetto terapeutico integrato prevede la pianificazione di un programma riabilitativo domiciliare e assistito, comportamentale, farmacologico e chirurgico da riservare a casi selezionati.

• **Trattamento riabilitativo:** è volto a ripristinare le compromesse abilità motorie e finalizzato alla riprogrammazione propriocettiva, cognitiva, posturale, vestibolare. Obiettivo è quello di evitare il rischio di caduta, facilitare i processi di compenso funzionale, migliorare le performance motorie e la qualità di vita.

• **Indicazioni comportamentali:** il paziente va motivato a seguire con costanza il percorso terapeutico e gli andrebbero suggeriti comportamenti atti ad evitare il rischio di cadute.

• **Trattamento farmacologico:** spesso non è possibile identificare la causa principale all'origine della vertigine, quindi il riferimento è l'identificazione dei meccanismi patogenetici. In particolare una lesione di tipo infiammatorio, traumatico, infettivo può essere all'origine di un ridotto flusso a livello dei capillari più sottili dell'encefalo e dell'orecchio interno, che hanno una omeostasi simile. Questo può quindi provocare la produzione di processi infiammatori, che determinano danno endoteliale e ridotta possibilità di compenso funzionale. Da qui la necessità di utilizzare in particolare farmaci ad azione vasoattiva vascolare e farmaci ad attività neuromodula-

toria (tabella 1). Tra i farmaci vasoattivi ad azione mista sulodexide è un farmaco di parete, che rallenta i processi di infiammazione e di trombizzazione dei capillari più sottili, migliora la deformabilità eritrocitaria, è eparino-simile, ma privo degli effetti collaterali dell'eparina. Possiede una azione trofica sull'epitelio e migliora il flusso arterioso a livello endoteliale, quindi dei capillari più sottili, ottimizzando tutti quei processi di neuro-modulazione indispensabili alla cosiddetta plasticità neuronale, che sta alla base del recupero motorio del paziente. In merito a questo ultimo aspetto l'utilizzo di neuromodulatori può aiutare a migliorare il metabolismo glucidico-energetico a livello delle neurosinapsi del SNC e del sistema vestibolare.

## ► Fattori di interferenza negativa

A seguito di un episodio vertiginoso acuto una percentuale non trascurabile di pazienti ha la necessità di una riabilitazione vestibolare, accompagnata da un adeguato controllo della condizione psicologica per evitare che un evento acuto si cronicizzi (vertigine cronica). Ci si può avvalere di metodiche strumentali, in particolare video-input test dell'analisi metrica delle condizioni posturali, e di questionari che valutano la qualità di vita del paziente.

Il percorso può essere accompagnato da un eventuale supporto farmacologico vascolare, specialmente con farmaci vasoattivi laddove, ed è questa una condizione molto frequente, il paziente presenti manifestazioni cerebrali tipo "white matter lesion", segni micro circolatori ben visibili alla RM. Un programma di ria-

Tabella 1	
Farmaci patogenetici	
► <b>Eparinici:</b>	azione inibente diretta sulla trombina e blocco dei fattori IX e XI della coagulazione.
► <b>Antiaggreganti piastrinici:</b>	inibiscono l'adesione e l'aggregazione piastrinica in pazienti ad elevato rischio trombotico.
► <b>Farmaci di parete:</b>	azione sull'endotelio dei vasi, migliorano la deformabilità eritrocitaria e prevengono l'adesione piastrinica in pazienti con fattori di rischio vascolare.
► <b>Farmaci con azione combinata:</b>	sulodexide 80% eparina + 20% dermatan-solfato (basso-medio PM)
<b>Organo bersaglio:</b> Endotelio (periciti)	
•	Azione trofica, protettiva, antitrombotica, fibrinolitica, antiaggregante, anti-infiammatoria, immunomodulante.
•	Ripristino del glicocalice endoteliale.
•	Riduzione/prevenzione dei fenomeni trombotici/infiammatori.
•	Ripristino dell'omeostasi cerebrale.
•	Ripristino dell'omeostasi dell'orecchio interno.

biilitazione vestibolare, soprattutto se personalizzato, accelera notevolmente i tempi di riacquisizione di un buon controllo motorio.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone le interviste a: Giovanni Ralli (Roma), Rudi Pecci (Firenze), Vincenzo Marcelli (Napoli), Cristiano Balzanelli (Brescia), Augusto Pietro Casani (Pisa).