

Trattamento della Vertigine Parossistica Benigna

IL TRATTAMENTO DELLA VERTIGINE PAROSSISTICA BENIGNA

Jean-Luc SAGNIEZ

LE LAMENTI DEL PAZIENTE E LE INTERPRETAZIONI DELLA SUA SINTOMATOLOGIA Il paziente affetto da una VPPB lamenta una crisi iniziale nella quale descrive una vertigine rotatoria breve di una ventina di secondi, con la sensazione di vedere girare tutto intorno a sé (vertigine vera). La vertigine si manifesta in una determinata posizione, sempre la stessa, che il paziente sa riconoscere, tramite la sua esperienza personale.

La vertigine è tanto più importante quanto più il movimento posizionale è stato fatto bruscamente e velocemente. Questa vertigine si ferma solo se il paziente mantiene il capo immobile, oppure se lo riporta immediatamente in una posizione in cui sa che non ha nessuna vertigine. Quando appare, la vertigine è brusca, acuta, intensa, parossistica e si attenua progressivamente. E' esauribile.

Il paziente prova anche una vertigine nel movimento posizionale che si produce nell'azione di coricarsi, di rigirarsi o di rimettersi seduto pur rimanendo rigido, ad esempio nel suo letto, senza provocare un movimento con il capo e perciò con la colonna cervicale. Questo modo di procedere esclude una possibilità d'intervento del rachide cervicale che potrebbe fare sospettare la sintomatologia di una vertigine cervicale da stiramento muscolare.

In questo ultimo caso, si tratterebbe di una vertigine provocata da un meccanismo riflesso propriocettivo dovuto ad una sensazione anormale di rotazione in soggetti giovani con uno stato propriocettivo anormale ma nei quali, tra l'altro, l'apparato vestibolare è intatto nella sua funzionalità. A differenza delle persone normali, essi percepiscono il movimento cervicale come spiacevole.

Diverse sperimentazioni hanno consentito di dimostrare :

- l'esistenza di un nistagmo di origine cervicale, extravestibolare, patologica nella specie umana ;
 - l'esistenza di un controllo vestibolare sui motoneuroni cervicali (riflesso vestibolo-collico) ;
 - l'esistenza di afferenze propriocettive dei muscoli della nuca che si proiettano sulla parte del verme cerebellare dove si proietta anche la propriocezione oculare. In un altro caso in cui il paziente esegue un movimento della testa a carico del rachide cervicale in iperestensione semplice o associata ad una rotazione, può comparire una vertigine breve, intensa ed istantanea : questo evidenzia la presenza di un altro tipo di vertigine riflessa la cui origine può essere dovuta a delle contratture cervicali dolorose senza componente artrosica, in un soggetto molto ansioso, affetto, ad esempio, spasmofilia.
- La rapidità con la quale compaiono queste vertigini riflesse consente di eliminare la eventualità di una vertigine per insufficienza vertebro-basilare.

Nel caso invece in cui si verifica una sofferenza per privazione basilare, la vertigine compare dopo un tempo di latenza che può andare fino a + o - 3 min. ; è di forma inesauribile e scompare unicamente quando il paziente mantiene il capo in flessione.

Si elimina così la possibilità di una vertigine per insufficienza vertebro-basilare e la ricerca della patologia si orienta verso una cupulolitiasi, una vertigine vestibolare periferica, una vertigine lesione dovuta ad una compromissione organica dei recettori vestibolari.

La rotazione della scena visiva rende l'equilibrio del paziente instabile in stazione eretta ed egli può avere l'impressione di essere spinto da una forza opposta in qualunque posizione : eretta, seduta o coricata.

Durante lo svolgimento della crisi, il soggetto non riferisce nessun disturbo uditivo quali ipoacusie, acufeni, ronzii, sensazione di orecchio pieno o di diminuzione o perdita dell'udito, né una cofosi (vale a dire una sordità completa) e non percepisce nessun tipo di otalgia.

Se la vertigine invece non è accompagnata da segni otologici, egli descriverà dei segni cosiddetti vegetativi, delle sensazioni di nausea, a volte, degli attacchi di vomito di breve durata.

Occorre per scrupolo indagare circa una possibile causa eziologica primordiale chiedendo al paziente se ha subito un trauma oppure no. Nel caso di una risposta affermativa, bisognerà chiedergli se ha avuto una perdita di coscienza, un coma e, se è sì, di quale durata . L'eventuale trauma cranico è stato diretto, oppure invece indiretto come nel caso di un "whip-plash" ?

Si sono verificate una otorragia, una epistassi, una frattura del cranio ? Queste sono le domande più importanti da fare perché, in questi casi, non si può trattare di una VPPB : come ad esempio in un trauma diretto o indiretto della testa o del rachide con uno sradicamento dello strato basilare dell'epitelio sul quale si trovano le cellule sensoriali ciliate a livello della cresta ampollare.

NB : Il termine "whip-plash", anglosassone, significa "colpo di frusta".

LA TECNICA DI OGGETTIVAZIONE DEL NISTAGMO

Le caratteristiche fondamentali della VPPB

Le caratteristiche fondamentali di questo tipo di vertigine risiedono nell'osservazione di un nistagmo che compare durante la crisi vertiginosa, in una determinata posizione. Questo tipo di vertigine non si verifica in qualunque posizione e

deve essere osservato con molto rigore e metodo per poterla differenziare da altre vertigini posizionali.

I principi della tecnica atta a provocare il nistagmo sono i seguenti :

- Il soggetto è in posizione seduta e non si osserva nessun nistagmo ;
 - La testa del soggetto viene sistemata nella posizione che provoca la vertigine. Dopo un certo tempo di latenza compare un nistagmo rotatorio orientato nella direzione dell'orecchio più basso. Il nistagmo si esaurisce ;
 - Ritorno del soggetto in ortostatismo da seduto : il senso di rotazione del nistagmo s'inverte e si esaurisce ;
 - La testa del soggetto viene sistemata nella posizione inversa a quella che provoca la vertigine : non succede nulla ;
 - Ritorno del soggetto all'ortostatismo in posizione seduta : non succede nulla. Se nella successione delle diverse manovre viene a mancare una di queste caratteristiche, non ci troviamo di fronte ad una VPPB.
- Non bisogna pensare che un nistagmo di posizione possa essere provocato unicamente da una cupola appesantita. E' procedendo in questo modo che si potrebbe fare una diagnosi differenziale con la comparsa di diversi altri tipi di nistagmo rispetto alle caratteristiche fondamentali.

L'APPLICAZIONE PRATICA NELLA RICERCA DI UNA VPPB

I test di scatenamento sono utilizzati nella tecnica d'Alain Semont.

Test in decubito supino

Il paziente è seduto sul lettino con gli arti inferiori stesi e con gli arti superiori lungo il corpo.

Sorreggendogli la testa e il collo, lo si fa ribaltare all'indietro coricandolo sul dorso, con la testa nel prolungamento del tronco. Nel 75% dei casi, si vedrà comparire, dopo un tempo di latenza, un nistagmo rotatorio.

Dopo che il nistagmo osservato si è esaurito, si rimette il paziente in posizione seduta e si deve osservare a questo momento una inversione del senso di rotazione del nistagmo.

Se, durante il raddrizzamento del tronco e della testa, non si produce ancora nessun nistagmo, si fa coricare nuovamente il soggetto sul dorso, con la testa dritta (in asse) e si fa ruotare l'occipite sul lettino per collocare la testa in una posizione di rotazione a 45° verso l'alto. In questa posizione, si osserva se compare un nistagmo. Se nulla succede da questo lato, si fa eseguire la rotazione a 45° nell'altro lato. Dopo un tempo di latenza, compare un nistagmo rotatorio che viene osservato nell'occhio stabilizzato in posizione mediana. Dopo che si sia esaurito, si fa raddrizzare il soggetto con la testa eretta per potere verificare la sua inversione.

Test di Hallpike

Se il soggetto è in grado di indicare senza nessun dubbio il lato del suo orecchio malato, si potrà effettuare il test di Hallpike.

Si fa coricare il paziente supino e, nello stesso tempo, gli si fa girare la testa dal lato opposto a quello che dovrebbe provocare la vertigine, basandosi sulle sue affermazioni. E' preferibile eliminare per prime tutte le posizioni che non provocano la vertigine piuttosto che far l'inverso.

Molto spesso, infatti, le persone sbagliano lato quando tentano di spiegarsi e non si sa più se si trattava della vertigine originaria oppure della sua vertigine invertita. E' meglio eliminare per primo tutto quello che è negativo prima di verificare la veridicità del lato ipotizzato.

La testa del paziente viene girata dal lato che si suppone essere quello in cui non succede nulla e, in effetti, normalmente nulla deve succedere. Il soggetto viene riportato in posizione seduta e non si produce nessun nistagmo invertito. Se non è successo nulla in posizione coricata, non succederà nulla neanche in posizione seduta.

Si fa coricare nuovamente il paziente supino girandogli questa volta la testa sul lato che deve provocare la vertigine e, dopo un tempo di latenza, si vede comparire il nistagmo. Si aspetterà che si esaurisca e si verificherà la sua inversione con il ritorno in posizione seduta.

Test in decubito laterale

Dal momento in cui è nota la posizione che provoca la vertigine, si può procedere nel modo seguente :

Il paziente viene sistemato seduto sul lettino, perpendicolarmente alla superficie d'appoggio, con le gambe a penzolini. Si fa coricare prima il paziente sul lato opposto alla sua vertigine, in appoggio sulla propria spalla e gli si gira la testa verso l'alto a 45° in modo da riposizionare la sua cupola posteriore. In questa posizione, non c'è nessun nistagmo. Il paziente viene in seguito riportato nella posizione di partenza poi girato dal lato opposto, vale a dire dal lato della sua vertigine e si osserva ciò che ci si aspetta da questa posizione, la comparsa di un nistagmo.

CONSIDERAZIONI SULLA MANOVRA DI SCATENAMENTO

Bisogna sempre osservare il nistagmo avendo cura l'occhio del paziente con lo sguardo in posizione mediana.

Qualsiasi altra posizione dell'occhio nell'orbita può modificare la componente verticale od orizzontale e fare perciò pensare che si sta osservando un nistagmo non rotatorio, addirittura obliquo o verticale superiore o verticale inferiore.

Non bisogna infatti dimenticare, che fra i diversi tipi di nistagmo di posizione, un nistagmo con una componente verticale inferiore molto importante non è di origine periferica bensì di origine centrale.

Per poter fare una rigorosa diagnosi differenziale delle vertigini di posizione fra le affezioni periferiche e centrali, bisogna evitare il più possibile di mobilizzare il rachide cervicale in iperestensione per scongiurare una possibile

compressione dei tronchi vertebro-basilari.

Un nistagmo da mancanza d'irrorazione vertebro-basilare può comparire dopo circa 3 minuti di privazione per ischemia vertebrale. Questo sembra escludere la partecipazione di un tronco vascolare durante la mobilitazione cervicale, ma non si sa mai. E' meglio prendere tutte le precauzioni per rimanere nello stretto ambito definito delle VPPB.

E' importante acquisire una buona esperienza nell'osservazione del nistagmo perché il suo senso di rotazione ci indicherà il lato dell'orecchio colpito, visto che il nistagmo rotatorio ruota dal lato dell'orecchio malato.

LA RIEDUCAZIONE DEL VPPB CON LA TECNICA D'ALAIN SEMONT IN UN PAZIENTE AFFETTO DA CUPULOLITIASI DEL CANALE SEMI-CIRCOLARE DESTRO.

Il paziente è seduto sul lettino di kinesiologia con le gambe a penzolari, con il tronco eretto e con le braccia incrociate sul petto. Il terapeuta è di fronte al paziente e mette i palmi delle mani sui versanti laterali della testa del soggetto, con i pollici girati verso l'alto e con le altre dita appoggiate sulla base dell'occipite per poter fissare bene la nuca. Mantenendo questa tecnica di presa della testa, il terapeuta porta il paziente in decubito laterale destro, in appoggio perciò sulla spalla omolaterale al suo VPPB, con la testa in posizione leggermente declive, con l'asse occipito-frontale parallelo al piano di appoggio. Si chiede allora al paziente di fissare un punto situato sul suo sguardo mediano.

Il più delle volte, non si osserva nessun nistagmo in questa posizione in quanto l'azione della forza di gravità non è prevalente sulle cupole dei canali semi-circolari. Si trova a volte un nistagmo rotatorio geotropico, segno di una cupola posteriore che si deforma.

In un secondo tempo, il terapeuta porta la testa del paziente in un movimento d'inclinazione laterale a 45° verso l'alto esercitando una spinta con il proprio avambraccio destro sulla spalla sinistra del soggetto. Questa precisa posizione della testa orienta la cupola del canale posteriore destro in un piano perpendicolare alla linea della forza di gravità e provoca perciò progressivamente la sua deformazione nella direzione del canale. Il paziente fissa con gli occhi l'indice della mano sinistra del terapeuta, situato nell'asse dello sguardo mediano, mentre il terapeuta, con due dita dell'altra mano, allarga la commessura esterna delle palpebre del paziente per poter osservare la venula esterna del globo oculare che funge da punto di riferimento per valutare il movimento rotatorio.

Dopo un tempo di latenza più o meno lungo, compare un nistagmo orizzonto-rotatorio geotropico, orientato verso destra e cioè verso l'orecchio situato in basso. Questo nistagmo poi rallenta e presto si esaurisce.

Il terapeuta mette la testa del paziente nella posizione iniziale di partenza. Il paziente, sempre sostenuto a livello della testa e del collo con le stesse modalità di prima, viene velocemente ribaltato a 180° sul piano frontale fino ad una posizione di decubito laterale opposta alla posizione di partenza, con il suo asse occipito-frontale sempre parallelo al piano del lettino, ma questa volta a sinistra. Il soggetto viene mantenuto in questa posizione.

Lo scopo di questa manovra, molto veloce e persino brusca, di grande ampiezza, è di staccare gli otoconi dalla cupola del canale semi-circolare posteriore destro. Nell'evenienza di un buon esito della manovra, il terapeuta potrà osservare la comparsa di un nistagmo orizzonto-rotatorio di tipo ageotropico, dopo un tempo di latenza più o meno variabile, nel senso anti-orario, orientato verso la destra, esaurendosi dopo qualche secondo, e perciò lo stesso tipo di nistagmo osservato nella posizione di scatenamento.

La comparsa di questo nistagmo ageotropico si spiega con il movimento di ritorno della cupola, dovuto alla sua elasticità, nel senso "utricolofugo". Nel caso in cui il nistagmo ageotropico è troppo debole, la testa del paziente viene girata a 90° verso l'alto per poi essere riportata velocemente a 45° verso il basso, con lo scopo di consentire uno scollamento più importante degli otoconi.

Il paziente viene mantenuto nella posizione con la testa girata verso il basso a 45° durante una decina di minuti, al fine di consentire una nuova stabilizzazione della cupola.

Il paziente viene poi riportato molto progressivamente verso la posizione seduta. In un primo tempo, si avrà cura di rialzare il tronco lasciando la testa inclinata passivamente sulla spalla sinistra in posizione declive, e quindi in leggero ritardo rispetto al movimento del tronco; in un secondo tempo, la testa verrà raddrizzata molto lentamente fino a ritrovare il paziente in posizione seduta sul lettino da kinesiologia.

La lentezza del raddrizzamento verso la posizione eretta si giustifica con la correzione della leggera deformazione della cupola che riprende il suo posto. Se il movimento di raddrizzamento è invece brutale, la cupola non si fermerà alla sua posizione di stabilità bensì oscillerà intorno al proprio punto di equilibrio con la conseguenza di una sensazione di vertigine e con l'impressione di essere spinto violentemente.

L'inclinazione della testa durante la fase di raddrizzamento del tronco consente di diminuire la sua velocità angolare e perciò di ridurre le sensazioni fastidiose. Può succedere, ciononostante, che, mentre il paziente sta arrivando vicino alla posizione seduta, egli avverta uno squilibrio che lo fa balzare verso l'indietro; questa sarebbe la dimostrazione di una buona riuscita dell'efficacia della manovra liberatoria e una prova che la cupola si è effettivamente rimessa a posto.

LA PROFILASSI POST-TRATTAMENTO

Dopo la manovra liberatoria, bisogna consigliare al paziente di evitare per otto giorni di sollecitare la testa con dei movimenti che provocherebbero la VPPB, allo scopo di consentire il consolidamento della cupola nella sua posizione di equilibrio.

Gli si consiglierà pure di dormire in decubito supino, con il tronco raddrizzato, e con la testa mantenuta in posizione verticale tramite l'uso di due grossi guanciali, spiegandogli bene che non deve neanche scivolare in fondo al letto durante il sonno. Dovrà dormire in questa posizione semi-coricata durante otto giorni. Dovrà anche evitare di fare qualunque movimento brusco con la testa. Lo scopo di tutte queste precauzioni è duplice: evitare di consentire il

raggruppamento delle particelle di otoconi sulla cupola e lasciarle riposare nelle vicinanze della macula utricolare nella quale si trovano delle cellule specializzate in grado di frantumare i resti di otoliti che scompaiono poi per sfaldamento nel giro di tre o quattro settimane.

Durante questo mese, il paziente potrà vivere il più normalmente possibile, pur evitando le attività sportive insieme a grandi movimenti della testa per non correre il rischio di centrifugare nuovamente gli otoconi. In ogni modo, si rivede il paziente una settimana dopo la seduta dedicata alla manovra liberatoria.

Si valuta l'evoluzione tenendo conto delle lamentele del paziente e dell'esame clinico che consente di misurare l'importanza del nistagmo in posizione di scatenamento. Se persiste la stessa sintomatologia, si procede all'esecuzione di una nuova manovra.

L'INTERROGATORIO IN GENERALE

E' sempre indispensabile e necessario interrogare il paziente vertiginoso in modo approfondito per poter capire bene la sua situazione patologica e la sua sintomatologia.

E' difficile fare una diagnosi quando si ha a che fare con dei problemi di vertigini. E' necessario situarli correttamente nel loro contesto tenendo conto dell'età e del terreno del malato come, ad esempio, nella probabilità di turbe d'insufficienza circolatoria encefalica ; la vertigine costituisce infatti il sintomo elettivo in questo tipo di sindrome e verrà perciò consigliato al paziente un bilancio vascolare.

Un ascolto attento della descrizione del suo sintomo è una tappa molto importante nella stesura dell'anamnesi e di conseguenza nell'orientamento e nella riuscita del trattamento intrapreso. Il vertiginoso è un tipo di paziente per il quale l'ascolto prenderà del tempo.

Non basta che vi si dica : "Vengo da Lei perché soffro di vertigini". Bisogna prima di tutto indagare oltre per poter determinare un disturbo reale dell'equilibrio.

Egli soffre di un disturbo dell'equilibrato, di una sensazione propriocettiva, soggettiva che si concretizza con un problema relazionale con il proprio "entourage" (considerato in un tal contesto nel suo senso più ristretto, vale a dire fisico e non psicologico) e a livello pratico egli si mette in contatto con noi tramite la parola "vertigine".

La vertigine verrà perciò considerata nella sua accezione più vasta, quella cioè di un disturbo dell'equilibrio.

L'interrogatorio deve essere preciso, e la prima presa di contatto con un paziente vertiginoso sarà un lungo colloquio, un dialogo seminato di domande puntigliose, perfino inquisitorie.

Va da sé che le domande fatte si adegueranno alla capacità del paziente ad esternare le proprie sensazioni, alla sua peculiare espressione verbale, alla sua classe sociale e al suo livello di educazione, almeno che il suo quoziente intellettuale sia deficitario.

Il paziente potrà utilizzare vari modi di dire :

"Soffro di vertigine, di vertigini, di stordimenti , ho l'impressione di avere la testa vuota, la testa che (mi) gira, di avere la testa pesante, è come se avessi bevuto un bicchiere di troppo, ho il capogiro, ho la sensazione di planare, le cose si muovono intorno a me, ho tendenza a cadere, ho l'impressione di essere spinto, ho la sensazione di cadere in un buco, ho dei problemi di equilibrio, d'instabilità, vedo fosco, ho delle vertigini e non vedo bene gli oggetti che mi circondano, non sono nitidi, mi sento sempre come un mulino a vento, tutto gira sempre, non sono stabile sulle mie gambe quando cammino, si direbbe che il suolo si muove sotto i miei piedi, che è irregolare, mi sento male, tutto gira e ho delle assenze come se perdessi conoscenza…".

Tutto questo rappresenta solo un saggio molto limitato della verbalizzazione delle lamentele del paziente e il terapeuta, teso interamente all'ascolto, dovrà cercare, tramite l'abilità delle sue domande, di riuscire a saperne di più per discernere con chiarezza tutti gli elementi a disposizione e per focalizzare al meglio l'aspetto reale del problema posto : il disturbo delle afferenze sensoriali e la presa di coscienza da parte del paziente della sensazione di squilibrio che ne deriva.

Il terapeuta deve ricordarsi di un elemento di primaria importanza : il vertiginoso vero non perde mai conoscenza e nel caso in cui si verificasse , si può essere certi che non si tratta di una vertigine.

Se il paziente esprime un'impazienza durante l'interrogatorio, in quanto alcuni di loro credono che sia una perdita di tempo e vorrebbero sottoporsi più velocemente alle manovre terapeutiche, bisogna spiegarli l'importanza di una buona partenza nella comprensione dei suoi disturbi e delle sue lamentele.

Lo scopo è di potere avere a disposizione una paletta d'informazioni sufficiente per collocare la vertigine del paziente nella semiologia delle turbe dell'equilibrio. Bisogna anche tenere in mente che il paziente vertiginoso è un malato ansioso in quanto non può proiettare il proprio disturbo su un organo preciso e definito.

Per concludere, si può sintetizzare che le lamentele del paziente circa il proprio disturbo possono ricondurci a tre possibilità :

- il malato dice di soffrire di vertigini ed è vero ;
- il malato dice di soffrire di vertigini ed è falso ;
- il malato non parla delle sue vertigini ma ne ha.

Articolo preso dal libro : "Rééducation des vertiges d'origine périphérique" di Jean-Luc Sagniez , edito da "Sully éditions".

Jean-Luc Sagniez, Terapista della Riabilitazione ("Kinésithérapeute"), è stato formato alla Rieducazione Vestibolare nel reparto di ORL dell'Ospedale St Pierre a Bruxelles con il Professore Hennebert e alla Terapia Manuale da A.

Bénichou, P. Fried e N. Sergueef.

E' il responsabile della Rieducazione Vestibolare alla "Maison de la Thérapie Manuelle" (MTM) dove insegna, e pure ad "International Manual Therapy" (IMTA) in Italia.