

Vertigini e disturbi dell'equilibrio

Il termine vertigine viene spesso utilizzato per definire esperienze sensoriali molto diverse: sensazione di rotazione, di sbandamento, di "testa leggera" o instabilità nella stazione eretta. In realtà si definisce vertigine una falsa sensazione di rotazione del proprio corpo (o della testa) oppure degli oggetti dell'ambiente circostante che può provocare nausea, vomito, tachicardia e, a volte, diarrea.

Quando il sistema non funziona: vertigine, disequilibrio ed instabilità Se la funzione dell'apparato vestibolare è quella di stabilizzare l'angolo di sguardo e di garantire il mantenimento della stazione eretta, un danno a carico di tale sistema provocherà vertigine con incapacità totale o parziale di mantenere la stazione eretta. Tali sintomi nascono dagli effetti delle risposte di stabilizzazione errate (generate da una disfunzione del "sistema dell'equilibrio") che non possono confrontarsi con la previsione dell'effetto di un programma motorio non precedentemente elaborato. Esempio comune è la cinetosi o "mal d'auto", disturbo provocato da una stimolazione delle strutture vestibolari. Questi disturbi colpiscono più frequentemente il passeggero e quasi mai chi guida.

Da non confondere con le pseudovertigini Viene definita pseudovertigine una sensazione di instabilità del proprio corpo priva di carattere rotatorio. Un esempio potrebbe essere la pseudovertigine da "altezza", determinata dalla difficoltà di interpretare correttamente il rischio di cadere quando ci si trova, ad esempio, su una sedia o si guarda in basso dai piani alti di un palazzo; tale erronea interpretazione del rischio causa una reazione ansiosa con meccanismo di fuga. Altra forma di pseudovertigine è quella da spazi aperti e molto ampi (una forma di agorafobia), nella quale l'eccessiva distanza dei punti di riferimento crea una sensazione di instabilità. Queste interpretazioni errate delle relazioni spaziali causano reazioni ansiose con meccanismo di fuga e di evitamento. **Le cause** Occorre sottolineare che le vertigini sono un sintomo e non una malattia e quindi si riferiscono a una disfunzione dell'apparato dell'equilibrio (o di sistemi cerebrali a questo connessi). Tra le cause più frequenti di vertigine ricordiamo le patologie dell'orecchio interno e/o del nervo dell'udito (tra le più frequenti: malattia di Ménière, neuro-labirintite, vertigine parossistica posizionale benigna, traumi delle strutture labirintiche, neurinoma dell'acustico); le patologie del sistema nervoso centrale (tra le più frequenti: ischemia vertebro-basilare, emicrania, epilessia, patologie degenerative quali sclerosi multipla, tumori). Tra gli esempi di traumi che possono causare le vertigini c'è il colpo di frusta (traumatismo della colonna cervicale): una traumatica escursione della testa come avviene, per esempio, in un tamponamento automobilistico. I sintomi conseguenti sono dolori al collo con mal di testa, formicolii alle mani e vertigini spesso accompagnate da nausea o vomito. Le vertigini possono presentarsi precocemente e sono dovute al violento spostamento della testa che provoca il movimento del liquido interno dell'apparato dell'equilibrio (endolinfa); oppure si verificano più tardivamente perché i muscoli del collo, irrigidendosi progressivamente (contratture) insieme all'irritazione delle vie nervose cervicali, causerebbero una stimolazione asimmetrica dell'organo dell'equilibrio con disfunzione del sistema che regola quest'ultimo (come nell'artrosi cervicale); la malattia di Ménière è, invece, caratterizzata da un aumento abnorme del liquido ("endolinfa") all'interno del "labirinto membranoso" (orecchio interno). La malattia si presenta (prima fase) con lieve diminuzione dell'udito e senso di ripienezza auricolare; si ha un peggioramento (seconda fase) con diminuzione dell'udito (ipoacusia) e fischi auricolari (acufeni) e crisi vertiginose. Infine (terza fase) peggiora ancora la ipoacusia e le vertigini diventano sempre più violente, fino a provocare improvvise cadute a terra (senza mai perdita di coscienza). Le labirintiti processo infiammatorio batterico o virale del labirinto membranoso; le intossicazioni in persone predisposte, ad esempio dopo un pasto di frutti di mare, crostacei, oppure dopo assunzione di alcuni farmaci anche molto comuni (aspirina), possono far insorgere una forte crisi vertiginosa senza diminuzione dell'udito (sindrome di Arslan), con incapacità di alzarsi o addirittura di muoversi nel letto; le sindromi menieriformi. Esposizioni al freddo o al caldo intensi, stress, strapazzi fisici, tensioni psicologiche, stati ansiosi, pressione arteriosa bassa, sono tutte condizioni che possono causare vertigine.

La vertigine parossistica posizionale benigna La cupulolitiasi (vppb) è la forma più frequente, si manifesta con crisi vertiginose improvvise (parossistiche) intense e della durata di qualche secondo, scatenate da una particolare posizione della testa. Le crisi sono tanto più violente quanto più è rapido il movimento della testa. La vppb è definita benigna perché, dopo un periodo di tempo variabile, le crisi si attenuano e scompaiono spontaneamente. Si ritiene che la causa di queste vertigini sia il distacco di piccoli cristalli di carbonato di calcio, normalmente fissati in una parte del labirinto, che

vanno a stimolare il canale semicircolare (cupo e canalolitiasi). La causa del distacco degli otoliti è in genere sconosciuta, spesso è preceduta da un trauma cranico, anche lieve, una infezione virale, o per disturbi della circolazione del labirinto, specie negli anziani. Il trattamento consiste in alcune manovre specifiche di movimento del capo che faciliterebbero il riposizionamento delle particelle nei canali.

Gli accertamenti da fareLe caratteristiche della vertigine, se associate ad un attento esame del paziente, consentono una agevole distinzione fra vertigine vera e pseudovertigine, che indirizzerà il medico nella richiesta degli accertamenti più appropriati per una corretta diagnosi e terapia. Fra gli esami strumentali da poter eseguire troviamo: radiografia della colonna cervicale, eco-doppler, audiometria, esame otovestibolare, risonanza magnetica nucleare cerebrale. **Medico capo della Polizia di Stato**Dirigente superiore medico della Polizia di Stato*

01/12/2006