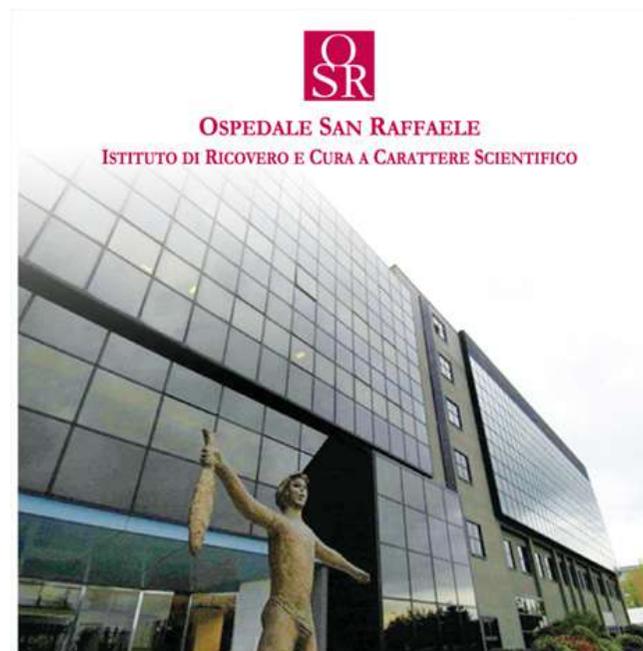




Anamnesi

Roberto Teggi
San Raffaele Scientific Institute
Milano



E' stato detto come **l'anamnesi** sia un momento fondamentale nella valutazione del paziente vertiginoso.



Spesso deve essere ridefinita

Come vedremo in seguito, due delle forme di vertigine episodica più diffuse (la Sindrome di Menière e l'Emicrania Vestibolare) presentano criteri diagnostici puramente anamnestici (ad esclusione di un esame audiometrico). Inoltre la cupololitiasi è praticamente sempre dubitabile dalla storia clinica di una vertigine che viene scatenata dall'assunzione di una posizione a letto o dallo sdraiarsi o alzarsi da letto.

Anamnesi



- Vertigine (oggettiva o soggettiva); instabilità
- Durata della vertigine
- Singolo episodio o recidivante
- Sintomi cocleari
- Patologie concomitanti **neurologiche** (emicrania)
- Patologie **autoimmunitarie, vascolari**
- **Ansia!**



La vecchia distinzione tra vertigine oggettiva legata a patologia vestibolare periferica e soggettiva legata a patologia neurologica alla luce della recente letteratura sembra aver perso di validità. E' stato detto come la vertigine contrariamente ad altri sintomi (si pensi al dolore) non abbia una validazione «linguistica» socialmente accettata.

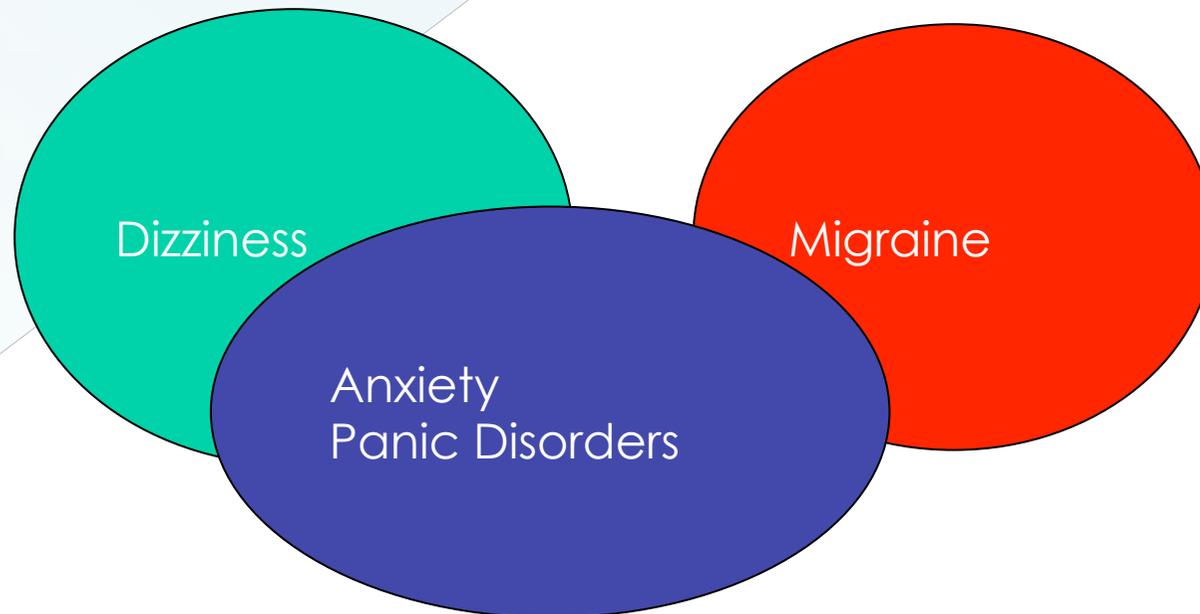
- **Vertigine oggettiva:** caratterizzata dalla sensazione di veder ruotare gli oggetti nel mondo esterno
- **Vertigine soggettiva:** caratterizzata dalla sensazione che sia l'individuo a muoversi \ ruotare nello spazio
- **Instabilità**

Ricordiamo come la sensazione di **nausea** e vomito faccia parte del normale corteo sintomatologico della vertigine a seguito dell'attivazione del riflesso vestibolo autonomico

Particolare attenzione deve essere prestata alla co-occorrenza di emicrania e disturbi d'ansia, in presenza dei quali un disordine vestibolare più facilmente fa sviluppare una condizione, l'instabilità cronica. La sindrome è stata denominata MARD (Migraine Anxiety Related Dizziness)



Di rilevanza risulta quindi la diagnosi di emicrania, le cui caratteristiche sono riassunte dall'acronimo inglese POUNDING e riassunte nella diapositiva seguente; si raccomanda la ricerca di fastidio per luci e suoni anche non elevati (fono e fotofobia) associato alla cefalea pulsante, più facilmente presente nel periodo catameniale.



Ansia dopo un primo episodio di vertigine: in questo lavoro viene sottolineato come dopo una neurite vestibolare i pazienti sviluppino un'ansia 3 volte più elevata rispetto ad un gruppo di pazienti ricoverati per un episodio vascolare cerebrale senza vertigine; da notare come l'ansia pre evento fosse sovrapponibile nei 2 gruppi



	gruppo	Severa	Moderata	Assente	Chi-square
Ansia	Vertigo	17/30 (57%)	6/30 (20%)	7/30 (23%)	p=0.002
	Neurol	<u>6/35 (17%)</u>	9/35 (26%)	20/35 (57%)	
Depressione	vertigo	13/30 (44%)	7/30 (23%)	10/30 (33%)	p=0.09
	neurol	10/35 (29%)	4/35 (11%)	21/35 (60%)	
Ansia pre	vertigo	4/30 (13%)	5/30 (17%)	<u>21/30 (70%)</u>	p=0.56
	neurol	2/35 (6%)	6/35 (17%)	<u>27/35 (77%)</u>	
Disabilità	vertigo	<u>11/30 (37%)</u>	2/30 (7%)	17/30 (56%)	p=0.06
	neurol	<u>16/35 (40%)</u>	8/35 (23%)	11/35 (31%)	



Inoltre questo lavoro riferisce come la concomitante presenza di vertigine, evitamento agorafobico e senso di svenimento, che può essere una componente di un disturbo dello spettro panico-fobico, sono eventi predittivi indipendenti per lo sviluppo di dizziness cronica invalidante.

[Nazareth, 2006]

Emicrania e Disturbi della sfera emotiva



- Il 9.1% degli emicranici presenta ansia o depressione, contro il 2.5% della popolazione normale [McWilliams]
- Ansia e disturbi di tipo fobico sono i più comuni; significativa la correlazione con DP
- Diversi studi sottolineano che la relazione temporale è nella direzione cefalea-PD



Eemicrania: “The chicken and egg syndrome”



- Altri lavori sottolineano che durante i periodi di stress gli episodi di cefalea accadono più facilmente e i pazienti che sviluppano maggiore ansia risultano più difficili da trattare



Emicrania e Vertigine



- On megrim [Living, 1873]
- VPB [Basser, 1964; Moretti, 1980; Mira, 1985]
- Negli emicranici, vertigine 3 volte più frequente [Kuritzky, 1981; Vukovic, 2007]
- Nei vertiginosi, emicrania 1.6 volte più elevata che cefalea muscolotensiva [Neuhauser, 2001]



Autoimmunità: diverse patologie autoimmuni possono determinare disordini nell'orecchio interno.
Nella seguente diapositiva vengono riassunte le più comuni



Sindrome di Menière – Idrope ritardata

Sindrome di Cogan (Congiuntivite – Ipoacusia – Vertigine episodica)

Sindrome di Behcet (aftosi orale e genitale recedivante – disordini neurologici nel 40% dei casi) Ipoacusia presente nel 12-80% dei casi; disturbi vestibolari nel 25-38%

Sindrome di Vogt – Koyanagi – Harada (la patologia colpisce i melanociti dell'uvea, orecchio interno, cute ed annessi, meningi; determina segni meningei cefalea associati a ipovisus spesso con dolore periorbitario, ipoacusia e vertigine, vitiligine ed alopecia)

Sindrome di Susac (disordini cocleovestibolari e retinici associati a segni meningei; colpisce giovani donne tra 20 e 40 anni)

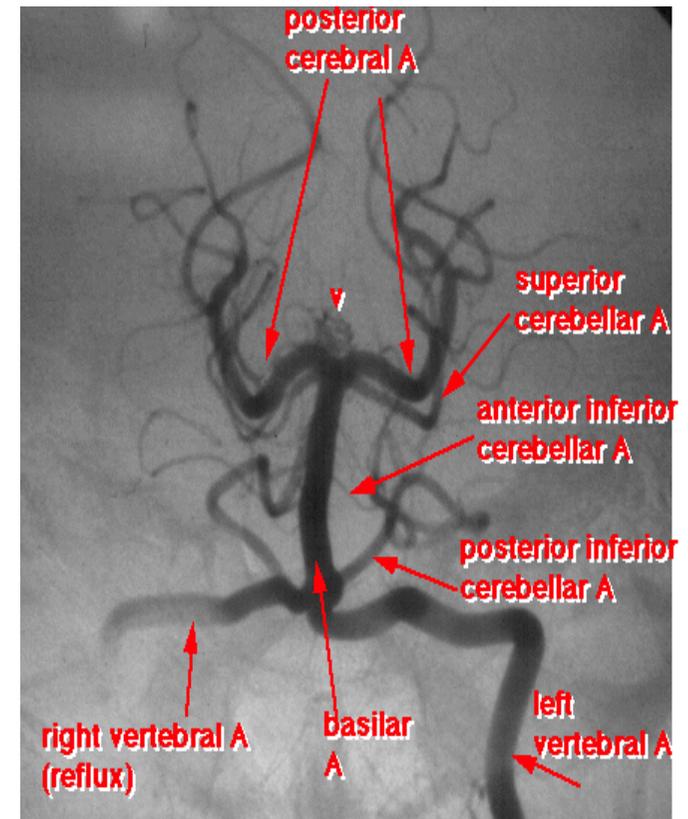


Disordini vascolari: devono sempre essere indagati con attenzione, ricordando come esista una condizione chiamata vertigine vascolare ma come concause «vascolari» sono state dimostrate nella cupololitiasi, nella Sindrome di Menière, e di come l'emicrania sia una patologia in cui vi è una vasocostrizione \ vasodilatazione nei vasi sanguigni cerebrali (ricordiamo come lesioni microgliotiche siano spesso presenti nelle RMN di emicranici anche non di età avanzata)

L'arteria uditiva interna deriva dal circolo cerebrale posteriore (arterie vertebrali), il quale presenta alcune condizioni sotto elencate di maggior fragilità rispetto alla circolazione derivante dalle carotidi



- Lunghezza identica a carotidi interne
- Calibro inferiore rispetto alle carotidi (1/3)
- Assenza di autoregolazione

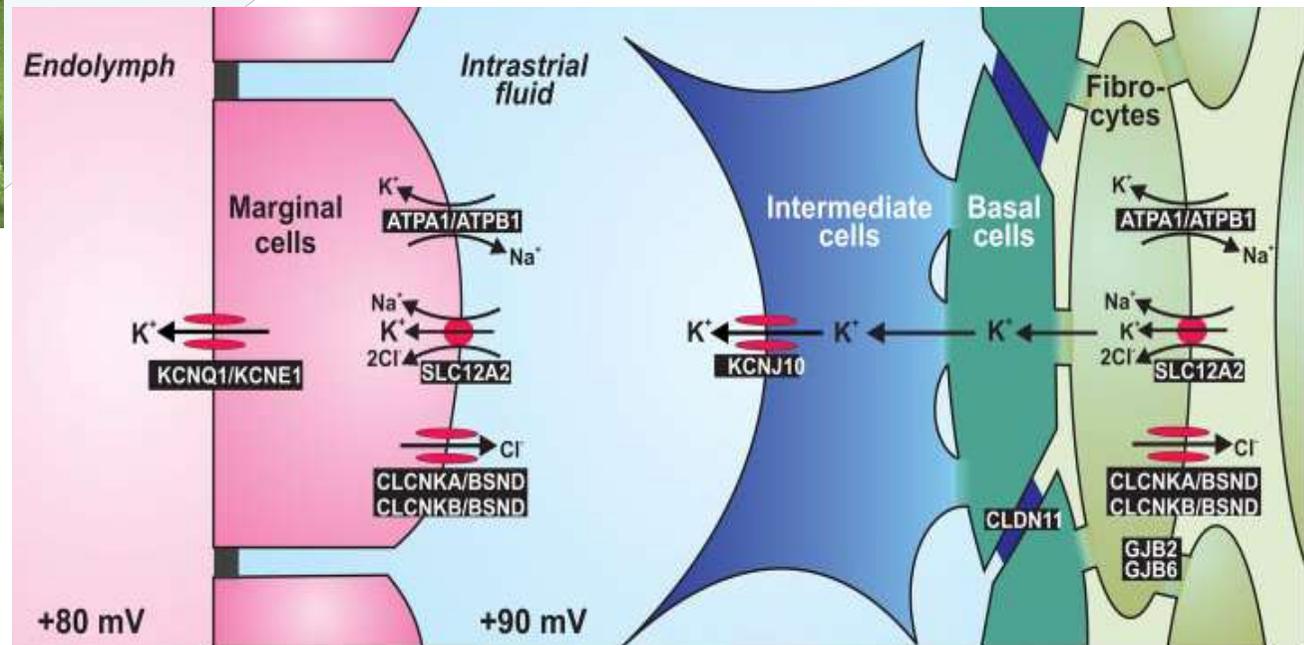


v =perforators off the top of the basilar

L'orecchio interno inoltre presenta un alto fabbisogno metabolismo per il meccanismo di trasporto degli ioni potassio nell'endolinfa



L'arteria uditiva interna non presenta inoltre un circolo collaterale come invece in altre aree cerebrali



Di seguito e nelle 2 successive diapositive vengono elencati i fattori di rischio vascolare che devono essere indagati



- ◆ Età, Sesso
- ◆ Ipertensione Arteriosa
- ◆ Cardiomiopatia dilatativa, pervietà forame ovale, valvulopatie, protesi valvolare meccanica, fibrillazione atriale.
- ◆ Diabete
- ◆ **Iperomocisteinemia**
- ◆ Ipercolesterolemia
- ◆ Eccessivo consumo alcolico
- ◆ Ridotta attività fisica
- ◆ Obesità
- ◆ Fumo di sigaretta
- ◆ Storia emicranica
- ◆ Vasculiti (Cogan)

Difetti di coagulazione



➤ *Congeniti*

- Antithrombin III deficiency
- Factor V Leiden mutation
- Protein C deficiency
- Protein S deficiency
- Prothrombin 20210A mutation

➤ *Acquisiti*

- **Antiphospholipid antibody syndrome**
- Heparin-induced thrombocytopenia and thrombosis syndrome
- Myeloproliferative disorders
- Thrombotic thrombocytopenia purpura

E' stato detto che una corretta anamnesi è spesso in grado di orientarci verso una corretta diagnosi; valorizzando tre parametri (durata delle crisi, episodicità e presenza di ipoacusia) si è spesso in grado di orientarci da subito verso la diagnosi.



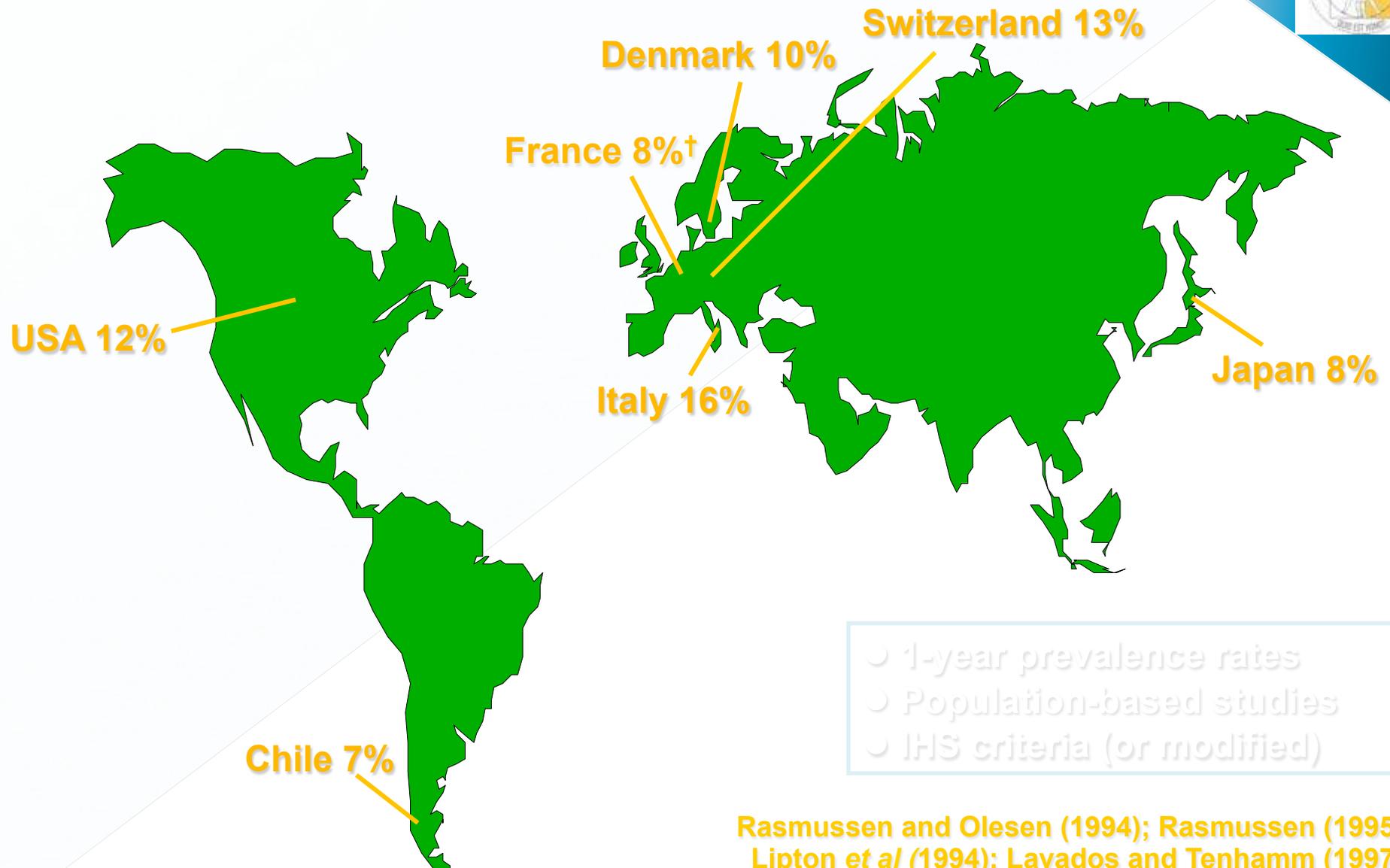
	Durata	Episodicità	Ipoacusia
Neurite	Giorni	-	-
Menière	Ore	+	+
Emicrania Vest	Minuti / giorni	+	-
VPPB	secondi	+	-

Emicrania Vestibolare



- La presentazione della condizione è stata definita camaleontica
- La durata delle crisi può variare da pochi minuti a pochi giorni
- La sintomatologia è altrettanto variabile: vengono descritte dai pazienti crisi vertiginose sia oggettive che soggettive, a volte con una componente posizionale.
- Presenta una prevalenza elevata, attorno all'1% della popolazione
- La diagnosi non si basa sull'evidenza di segni clinici tra le crisi ma è prettamente anamnestica

Prevalenza Eemicrania

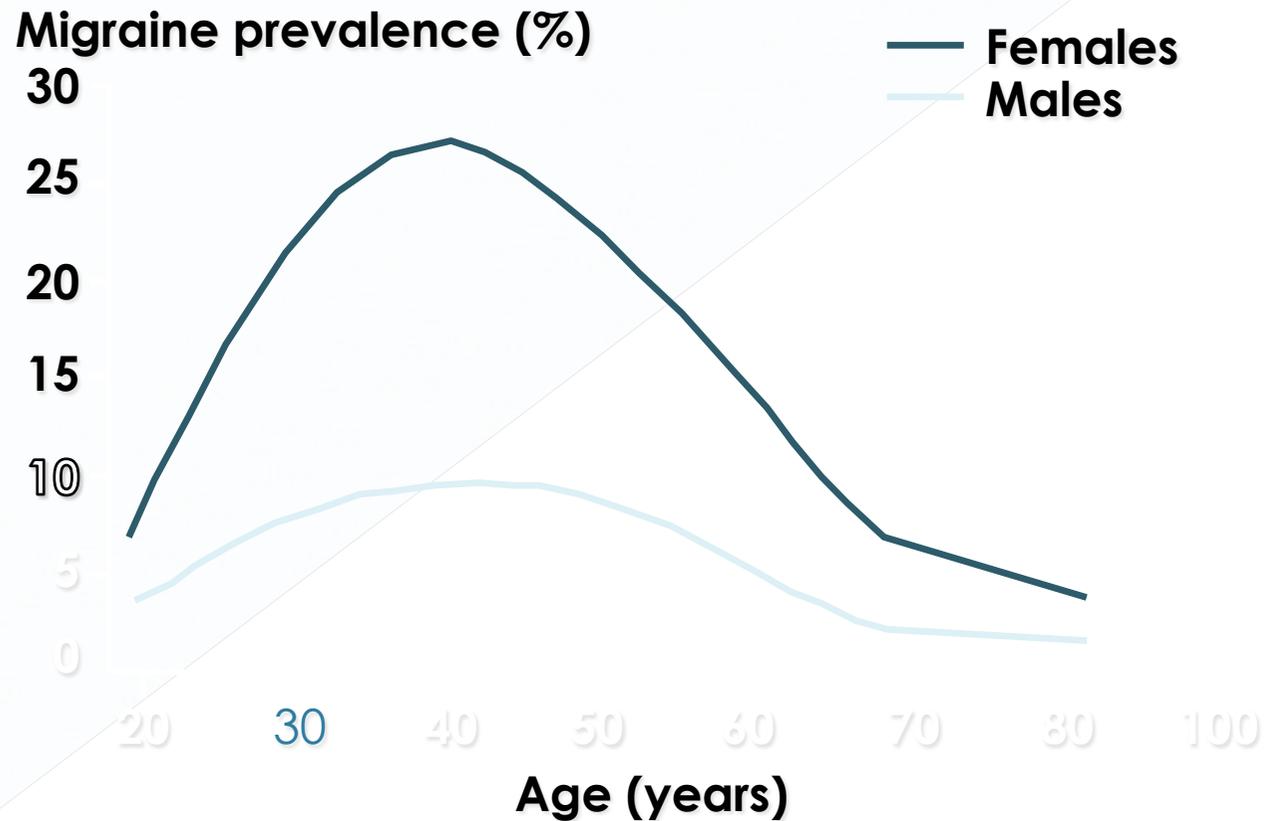


- 1-year prevalence rates
- Population-based studies
- IHS criteria (or modified)

Rasmussen and Olesen (1994); Rasmussen (1995);
Lipton *et al* (1994); Lavados and Tenhamm (1997);
Sakai and Igarashi (1997)

†Prevalence measured over a few years

Nel grafico è riassunta la prevalenza per età e sesso: le donne presentano una prevalenza 3 volte superiore rispetto agli uomini; più spesso la cefalea avviene nel periodo catameniale



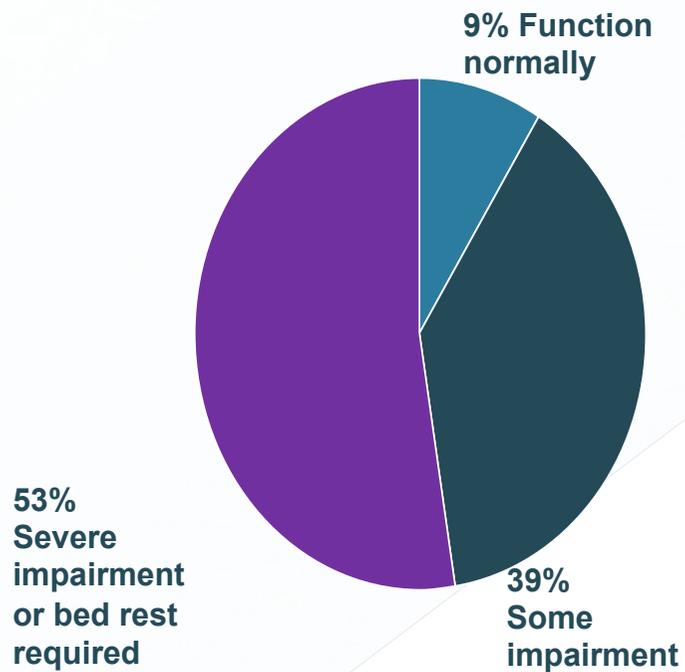
The American Migraine Study (n=2479 migraine sufferers)

Lipton and Stewart (1993)

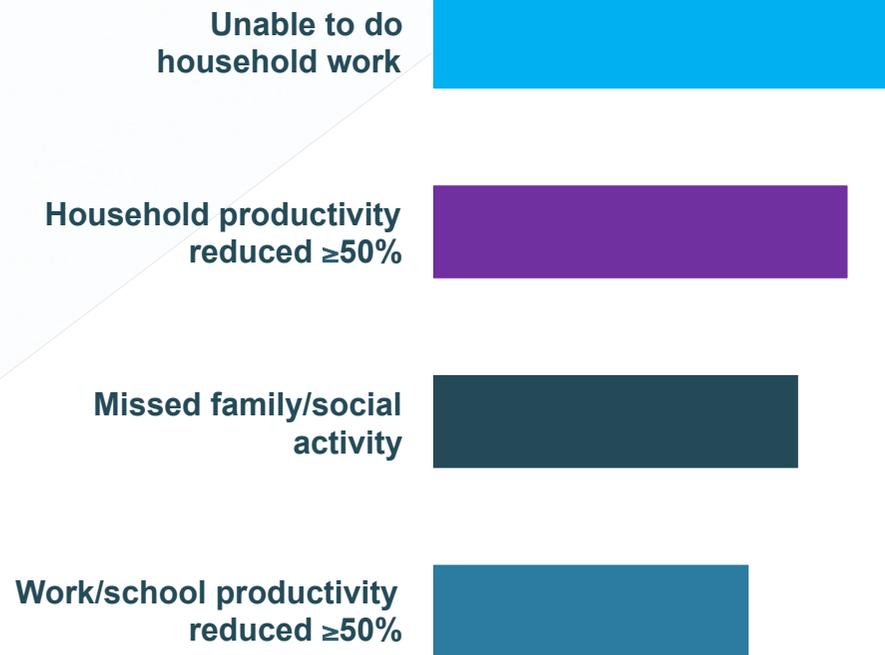
L'emicrania è una patologia invalidante



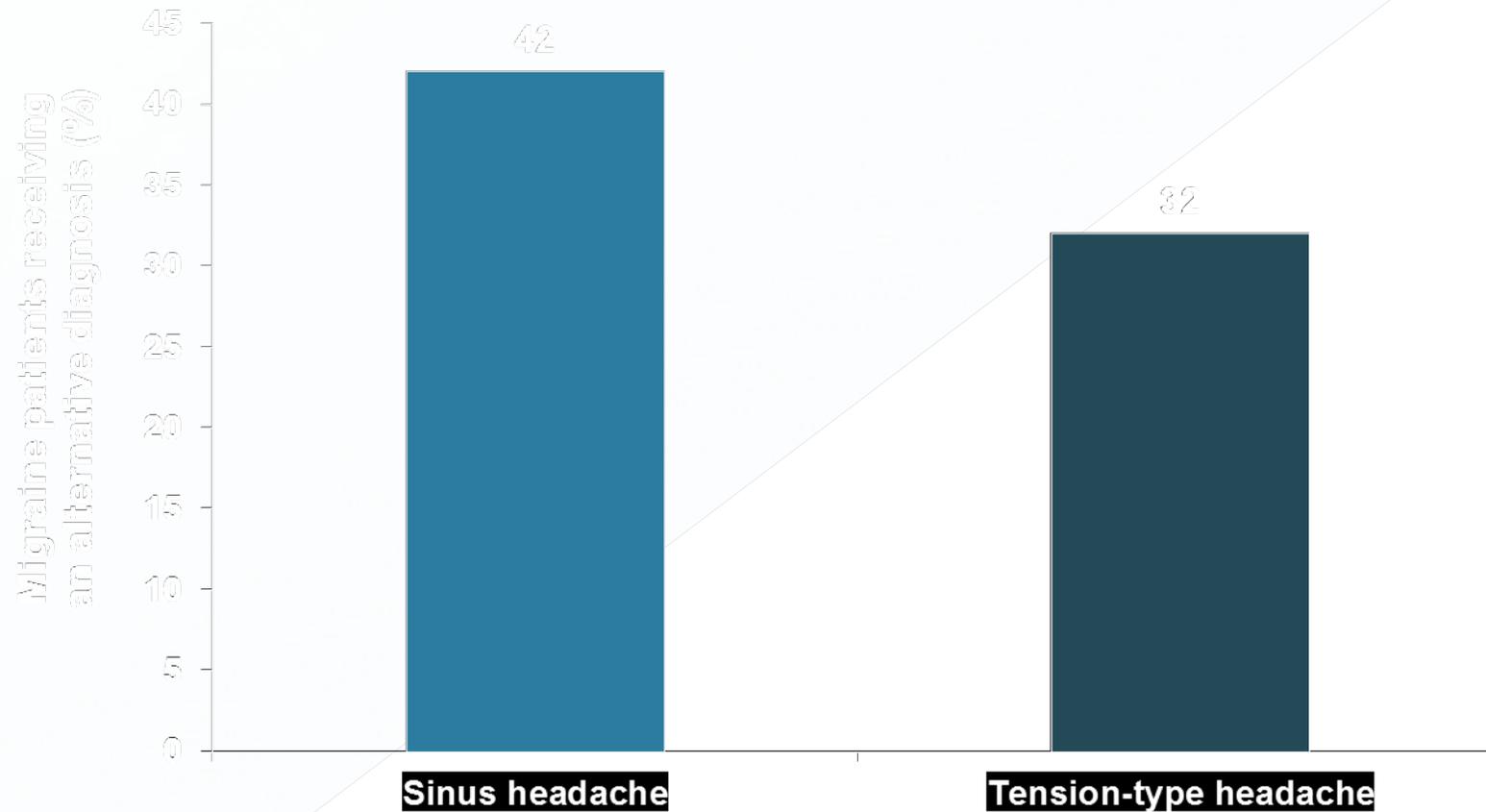
Proportion of patients reporting migraine-associated impairment



% Migraine sufferers reporting impairment

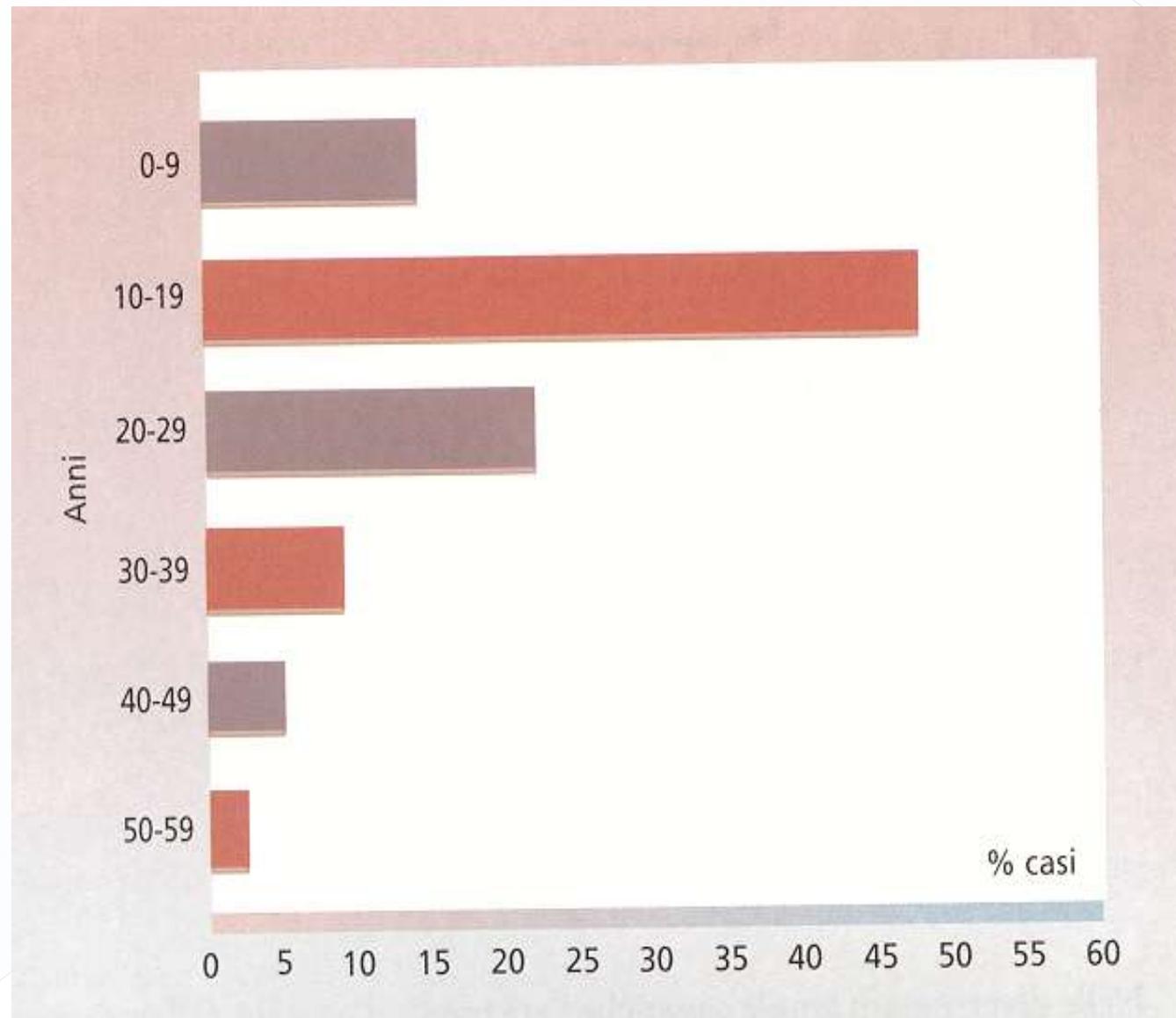


L'emicrania è spesso non correttamente diagnosticata

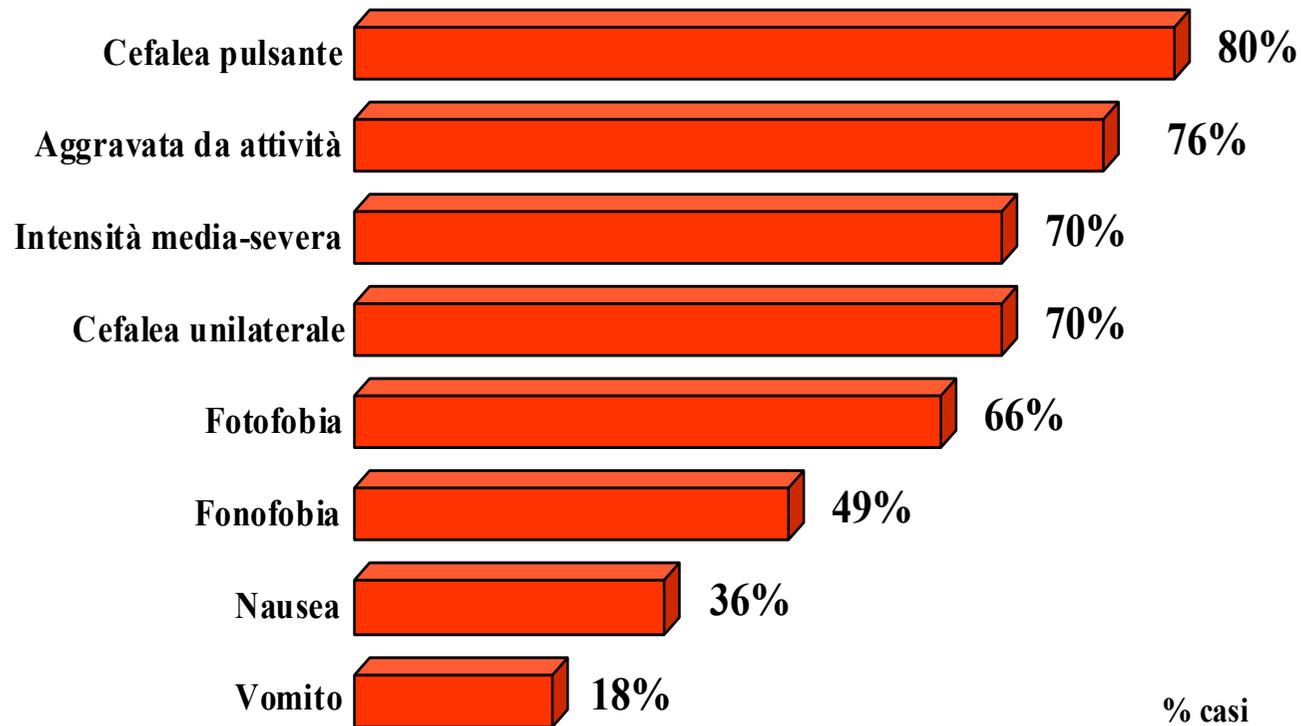


Lipton RB *et al.* *Headache* 2001;41:646-756

Età d'esordio dell'emicrania senz'aura



Caratteristiche cliniche dell'emicrania senz'aura (1)



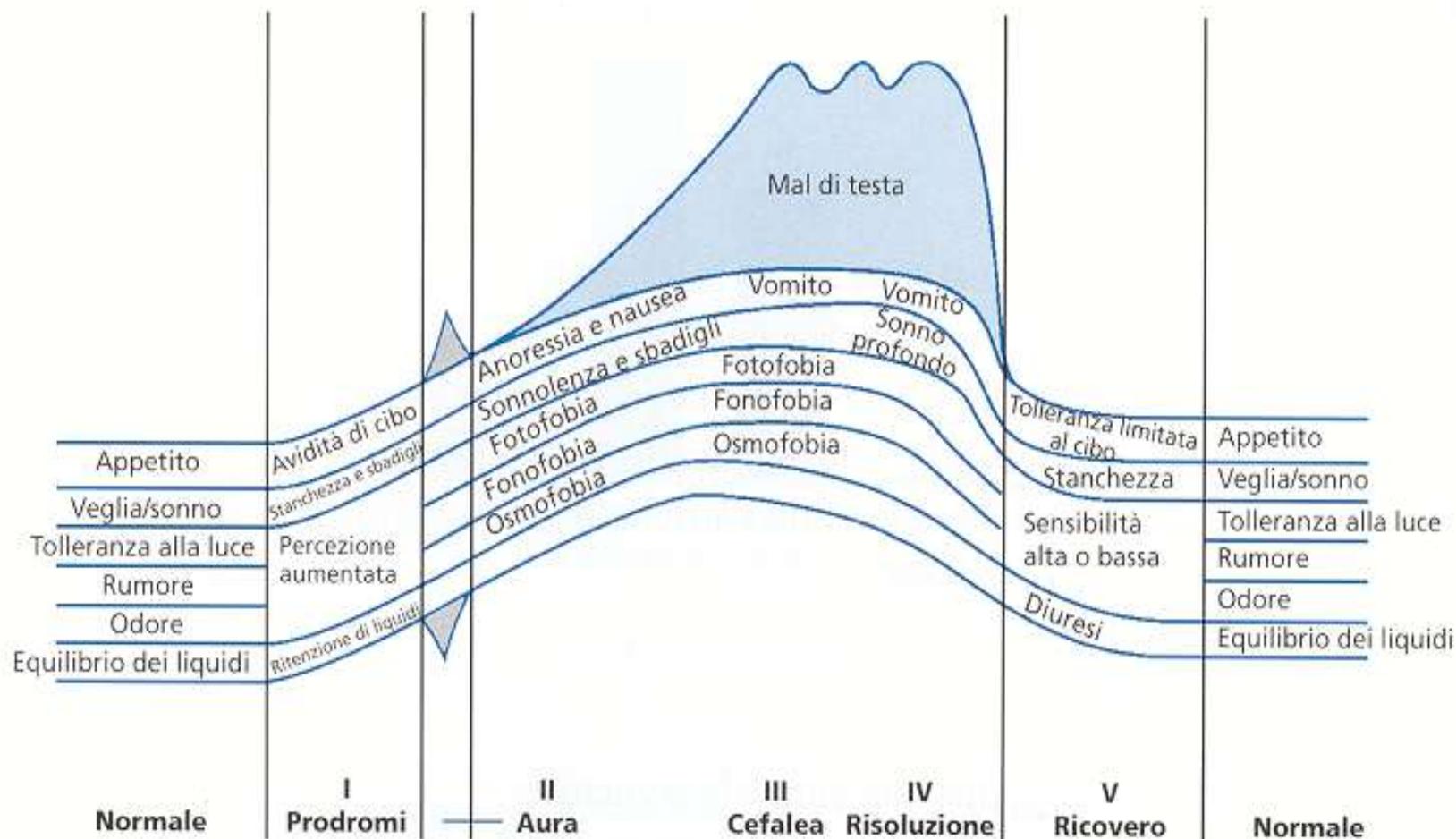
Durata degli attacchi

1.1 Emicrania senza aura



- A. Almeno 5 attacchi che soddisfano i criteri B-D
- B. Durata 4-72 ore senza terapia o con trattamento inefficace
- C. Almeno 2 delle seguenti caratteristiche
 1. unilateralità
 2. Dolore pulsante
 3. Intensità moderata o forte
 4. Aggravata da attività fisiche di routine o causa di evitamento di tali attività
- D. Almeno 1 fra
 1. nausea e/o vomito
 2. Fonofobia e fotofobia
- E. Non attribuibile ad altra patologia

Caratteristiche dell'attacco emicranico





Principali fattori scatenanti l'emicrania

- ✓ Fattori psicologici (emozioni 67%, situazioni conflittuali 58%,....)
- ✓ Cambiamenti della abituale routine (weekend 42%, risveglio ritardato 49%)
- ✓ Fattori alimentari (cioccolato, aspartame, vino rosso, “digiuno”,...)
- ✓ Fattori ambientali (fumo 10.3%, cambiamenti metereologici 15.5%,...)
- ✓ Fattori farmacologici
- ✓ Fattori ormonali nel sesso femminile (emicrania mestruale)

Definizione di aura (IHS)



“Disordine idiopatico caratterizzato da attacchi con sintomi neurologici espressione di una disfunzione locale emisferica e/o tronco-encefalica, che di solito si sviluppano gradualmente in 5-20 minuti e perdurano non più di 60 minuti.”

Tipologie di aura

- Aura visiva
- Aura sensitiva
- Aura motoria
- Aura afasica

Diagnosi di Eemicrania “**P**OUND**I**ng”



Pulsatile quality

Duration 4-72 h**O**urs

Unilateral location

Nausea and vomiting

Disabling intensity

Fono-fotofobia

Aura



Criteria Diagnostici EV definitiva



- A. Almeno 5 episodi con sintomi vestibolari di intensità da moderata a severa della durata da 5 minuti a 72 ore
- B. Diagnosi di emicrania senza o con aura secondo i criteri diagnostici IHS
- C. Almeno una delle caratteristiche emicraniche in almeno il 50% degli episodi vestibolari: a) cefalea con caratteristiche emicraniche; b) fono o fotofobia; c) aura visiva
- D. Altre cause escluse

Criteria diagnostici EV probabile



- A. Almeno 5 episodi con sintomi vestibolari di intensità da moderata a severa della durata da 5 minuti a 72 ore
- B. Solo 1 dei precedenti criteri B e C presenti (storia emicranica oppure caratteristiche emicraniche durante la vertigine)
- C. Altre cause escluse

Criteri Diagnostici: Menière definita



- Almeno 2 episodi di vertigine della durata di almeno 20 minuti fino a 12 ore;
- Perdita di udito confermata all'esame audiometrico sui toni gravi da un lato, che insorge prima durante o subito dopo la crisi vertiginosa
- Acufene o sensazione di pienezza dell'orecchio associata o meno alla vertigine nell'orecchio patologico
- Esclusione di altre cause di vertigine.



Criteri Diagnostici: Menière probabile



- Almeno 2 episodi di vertigine della durata di almeno 20 minuti fino a 12 ore
- Acufene o sensazione di pienezza dell'orecchio associata o meno alla vertigine nell'orecchio patologico
- Esclusione di altre cause di vertigine.



Diagnosi



- Anamnesi
- Audiometria
- RMN encefalo per escusione lesioni apc
- **Nessun test definitivo per la diagnosi**

Diverse manifestazioni cliniche



- Crisi classica (vertigine rotatoria che dura ore, preceduta da ipoacusia e fullness)
- Evoluzione dei sintomi cocleari spesso differenti
- Ipoacusia fluttuante può precedere di mesi la prima vertigine
- Delayed
- Lermoyez
- Tumarkin

Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD)



- The primary symptoms of PPPD are persistent sensations of rocking or swaying unsteadiness and/or dizziness without vertigo lasting 3 months or more;
- Symptoms are present on more days than not (at least 15 of every 30 days); most patients have daily symptoms.
- Symptoms are typically worse with:
 - ✓ Upright posture (standing or sitting upright)
 - ✓ Head or body motion
 - ✓ Exposure to complex or motion-rich environments

PPPD



PPPD typically starts shortly after an event that causes acute vertigo, unsteadiness, dizziness, or disruption of balance such as:

- ⦿ A peripheral or central vestibular disorder (e.g., BPPV, vestibular neuritis, Meniere's disease, stroke)
- ⦿ Vestibular migraine
- ⦿ Panic attacks with dizziness
- ⦿ Mild traumatic brain injury (concussion or whiplash)
- ⦿ Dysautonomia (disease of the autonomic nervous system)

Definite Vestibular Paroxysmia



- A)** At least ten attacks of spontaneous spinning or non-spinning vertigo
- B)** Duration less than 1 minute
- C)** Stereotyped phenomenology in a particular patient
- D)** Response to a treatment with carbamazepine/oxcarbazepine
- E)** Not better accounted for by another diagnosis.

Probable Vestibular Paroxysmia



- A)** At least five attacks of spinning or non-spinning vertigo
- B)** Duration less than 5 minutes
- C)** Spontaneous occurrence or provoked by certain head-movements
- D)** Stereotyped phenomenology in a particular patient
- E)** Not better accounted for by another diagnosis.



Grazie dell'attenzione
Grazie dell'attenzione

Domande?

