



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



UMBERTO I
POLICLINICO

MASTER

DI VESTIBOLOGIA PRATICA

Direttore del Master: Prof. Giovanni Ralli

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

Policlinico Umberto I
Viale dell'Università, 55 - ROMA

VPPB: varianti e forme atipiche

La VPPB difficile



Giacinto Asprella Libonati

U.O.S.D. VESTIBOLOGIA e g.i.a. Otorinolaringoiatria

Ospedale "Giovanni Paolo II" Policoro (MT) - Italy

Responsabile: G. Asprella Libonati

www.otorinomatera.it

www.otorinopolicoro.it

asprella@tin.it



VPPB

■ TIPICA

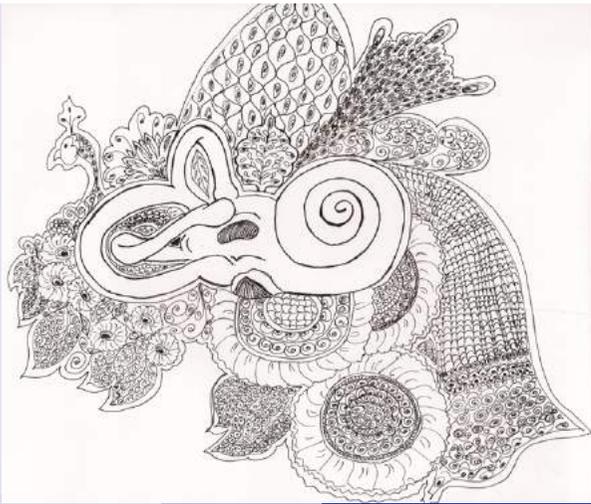
- Caratteri del Nistagmo**
- Andamento temporale**
 - **Ricorrente recidivante**
- Risposta alla terapia**

Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

VPPB difficile

- Elevata ricorrenza
 - Risoluzione parziale
- Forme pluricanalari
 - Sincrone (post-traumatiche)
 - Metacrone (switch canalare)
- Varianti meno frequenti
 - Apogeotropa del CSL
 - Apogeotropa del CSP
 - CSA
- Resistenza alle terapie (+3manovre)
 - A nistagmo tipico o atipico
 - Anomalie morfologiche dei canali
 - Canalolitiasi Vs cupulolitiasi
 - Impedimenti fisici alle esecuzione delle manovre
- Diagnosi differenziale e/o coesistenza con altra forma di vertigine ricorrente
 - Eemicrania vestibolare di tipo posizionale
 - Menière
 - Crisi posizionale?
 - Pseudo VPPB centrale



MASTER

DI VESTIBOLOGIA PRATICA

Direttore del Master: Prof. Giovanni Ralli

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

*Il paziente con VPPB tipica ed impedimenti fisici
alle manovre classiche*

Giacinto Asprella Libonati

Unità Operativa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale

Ospedale "Giovanni Paolo II" POLICORO

Responsabile Dott. G. Asprella Libonati

www.otorinomatera.it

www.otorinopolicoro.it

asprella@tin.it



VPPB: impedimenti alla esecuzione delle manovre

- Condizioni oculari
 - Ptosi palpebrale
 - Paziente monocolo
 - Paralisi muscoli oculari estrinseci
 - Nistagmo congenito
- Limitazioni fisiche
 - Obesità
 - Alterazioni della colonna
 - Ernie espulse
 - Esiti di chirurgia, stabilizzazioni
 - Esiti di fratture vertebrali
 - Cifosi dorsale
 - Rigidità del rachide
 - Gravidanza
 - Recenti traumatismi
 - Toracici
 - Rachide
 - Arti, apparecchi gessati
- Limitazioni psicologiche
 - Ansia
 - Fobia per la vertigine
 - Fobia per il buio «acluofobia»
- Corredo neurovegetativo
 - Nausea e vomito
- Età
 - Anziani
 - Bambini

Caso 1

■ Paziente F 47 aa

■ Anamnesi

- No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
- No rischio vascolare
- Non assume farmaci
- politrauma
 - Grave trauma cranio-facciale fratturativo, ematoma cerebrale
 - Fratture multiple, esiti funzionali arto superiore sinistro

■ Ha praticato manovre

- Di cui non ha documentazione clinica
- Ma che descrive come Semont per CSP destro
- La paziente continua a lamentare vertigine posizionale e grave dizziness diurna, con necessità di appoggio nella deambulazione, forti oscillazioni del tronco, instabilità, e retropulsione nel passaggio da supina a seduta (BPPV type 2)
- Entra in studio sottobraccio a figlia e marito

Published in final edited form as:

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011 January ; 82(1): 98–104. doi:10.1136/jnnp.2009.199208.

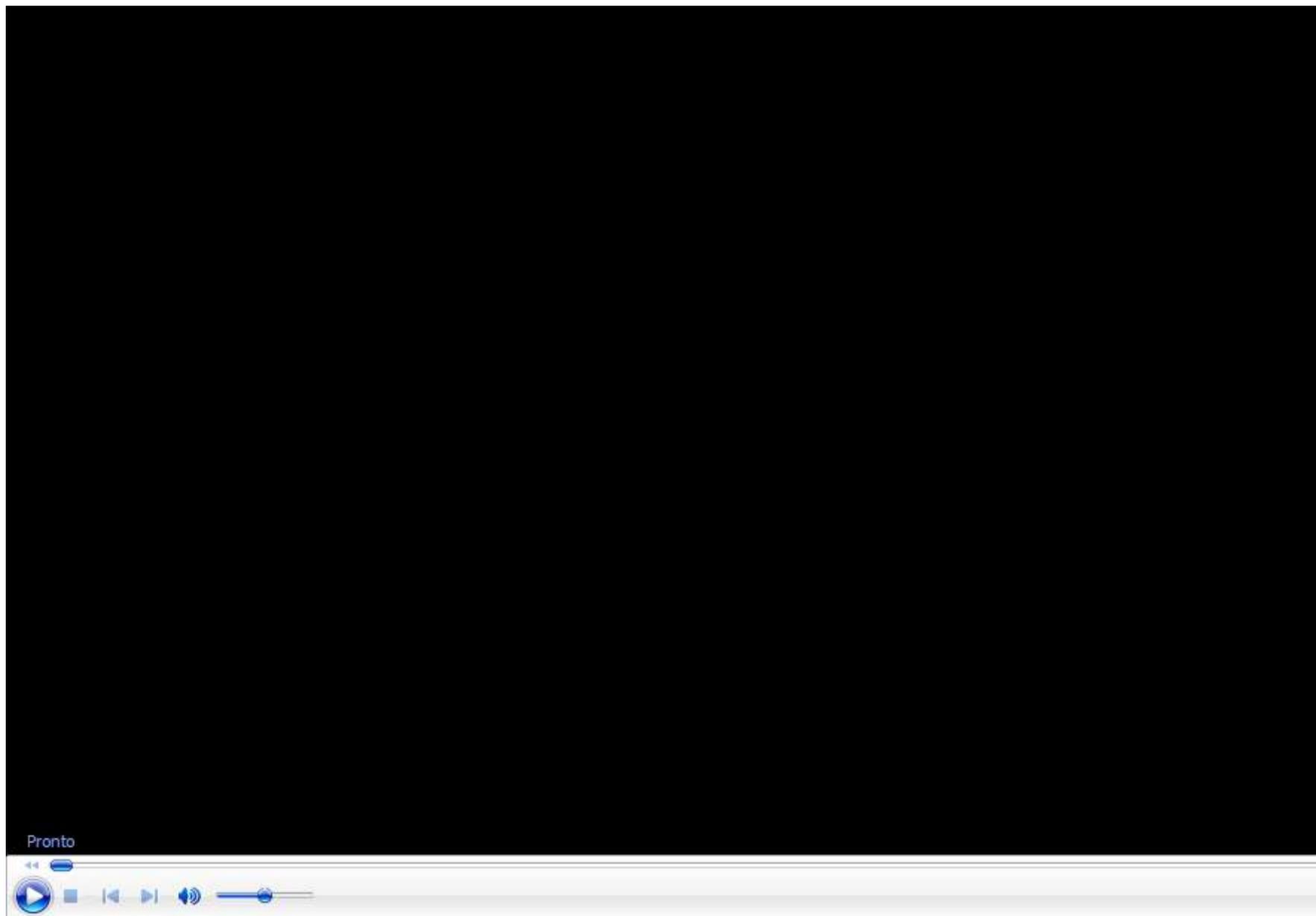
Sitting-up vertigo and trunk retropulsion in patients with benign positional vertigo but without positional nystagmus

Béla Büki¹, László Simon², Sándor Garab², Yunxia W. Lundberg³, Heinz Jünger¹, and Dominik Straumann⁴

In conclusion, we suggest that sBPPV is more common than anticipated. Type 2 BPPV may be identical with sBPPV or constitute a major subgroup of it. For a definition of Type 2 BPPV, we suggest the following: (1) complaints suggesting BPPV (short episode of vertigo when bending forward, lying down, sitting up or turning over in bed); (2) no nystagmus during either Dix–Hallpike positioning or supine roll to the left and right; and (3) a short episode of vertigo during and immediately after sitting up from the a Dix–Hallpike position. We did not find any patients with sBPPV complaints who could not be assigned to the group with Type 2 BPPV. Nevertheless, we prefer to leave open the possibility that mechanisms other than chronic short-arm canalolithiasis may cause sBPPV. We suggest that the introduction of Type 2 BPPV as a valid differential diagnosis of patients with positioning vertigo will lead to better classification and therapy in numerous cases.

Caso 1 prima visita

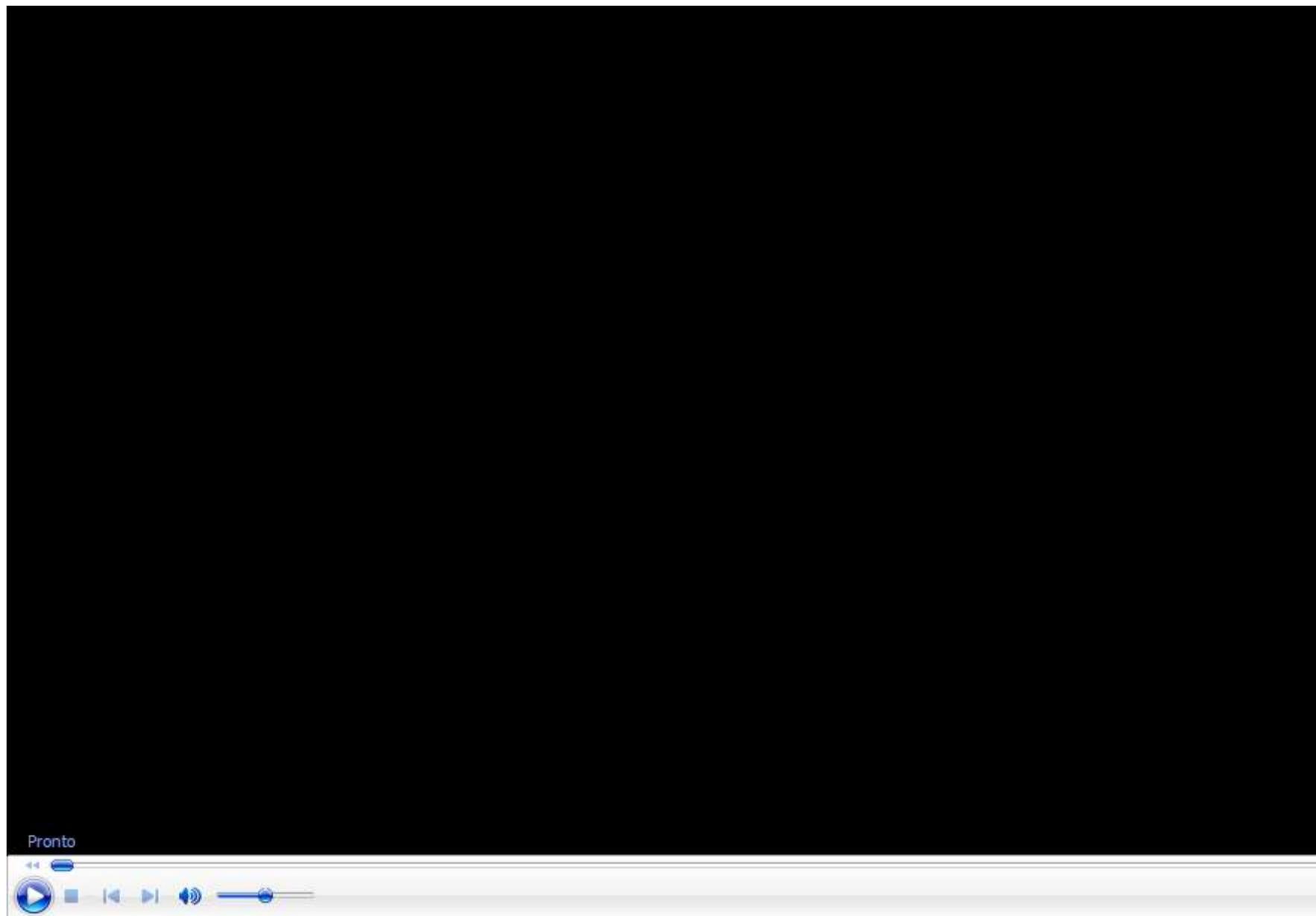
26 ottobre 2016



Caso 1 controllo

novembre 2016

Paziente deambula
 autonomamente



Caso 2

- Paziente F 27 aa

- Anamnesi

- No patologie otologiche

- No emicrania/Menière
- Storia di VPPB trattata con manovre

- No rischio vascolare

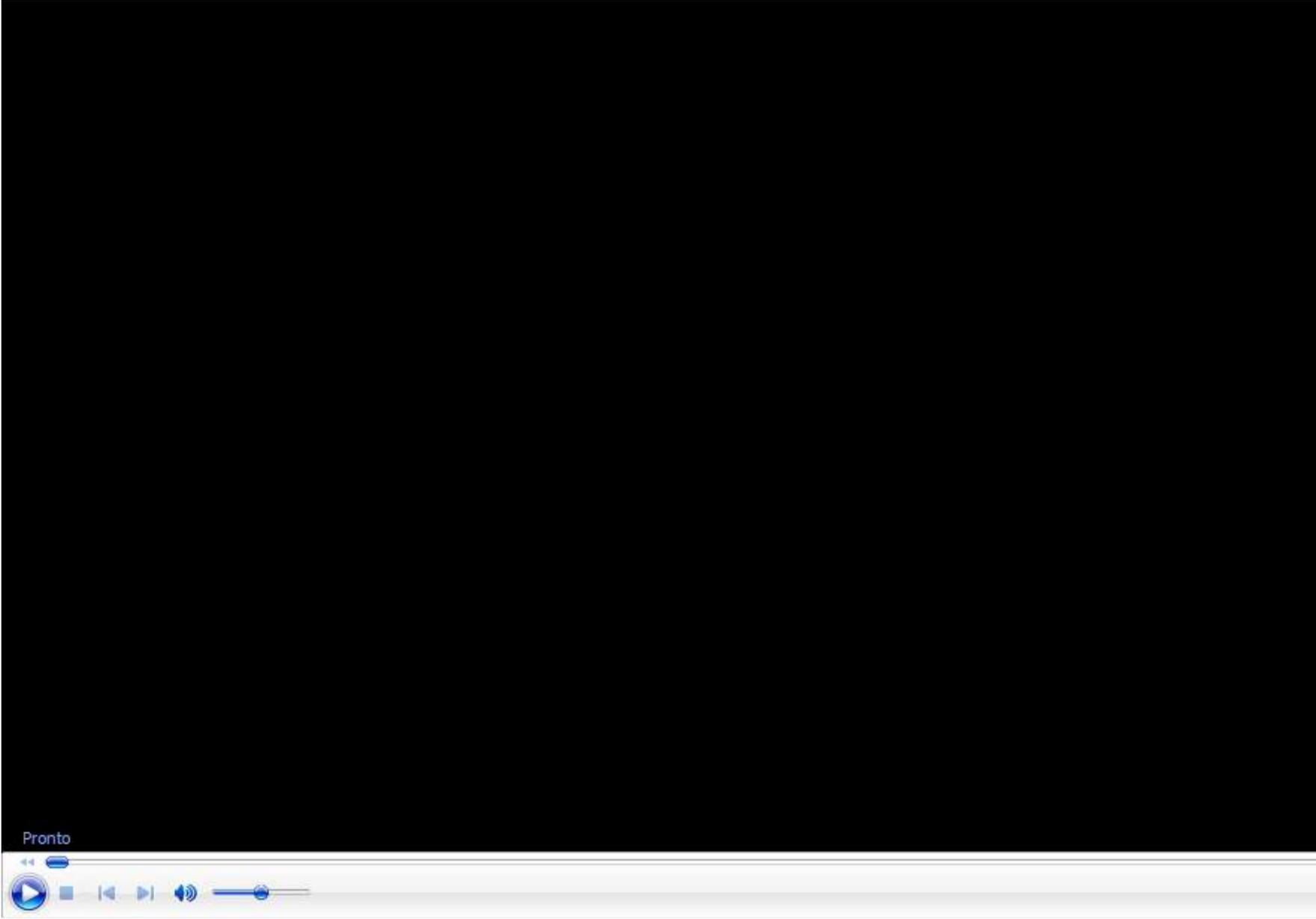
- Non assume farmaci

- Gravidanza a termine

- Primipara
- Data prevista del parto naturale 24|48 ore

- Ansia con attacchi di panico

**Caso 2 prima
visita**
01 giugno 2006



Pronto

**Parto spontaneo il giorno
successivo**

**Abbiamo
mangiato i
confetti rosa!!!!**



Caso 3

■ Paziente M 67 aa

■ Anamnesi

No patologie otologiche

■ No emicrania/Menièrè

■ Storia di VPPB trattata con manovre, ultimi episodi 2014 «fase attiva» prolungata con recidive frequenti e ravvicinata, alcune «difficilmente trattabili» + 3 manovre

No rischio vascolare

Non assume farmaci

Sovrappeso

■ Grave

■ Migliorato: calo ponderale di oltre 15 kg negli ultimi due anni

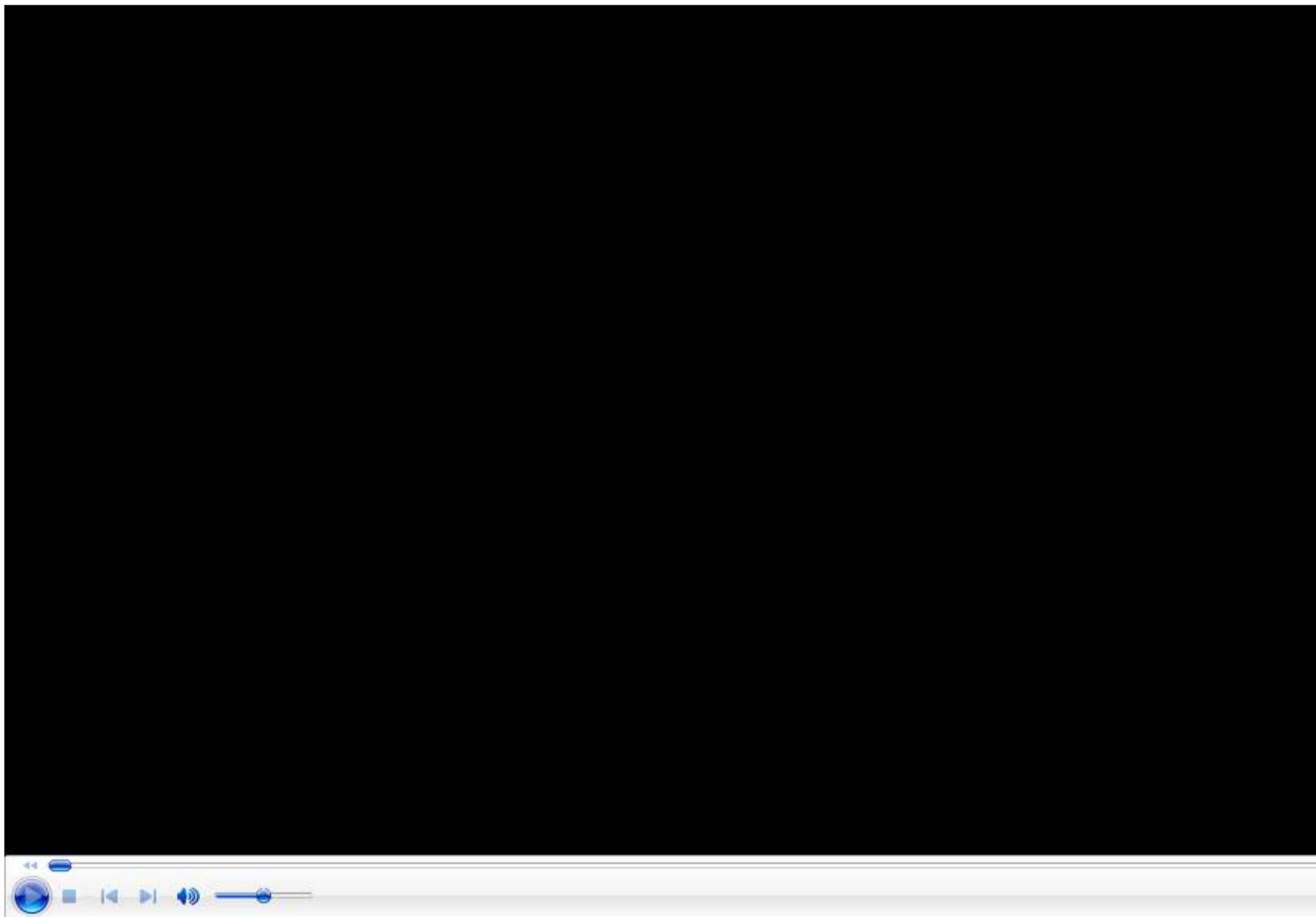
Patologia degenerativa della colonna vertebrale

■ Ernie espulse con lombo-sciatalgia

■ Difficoltà alla deambulazione, ed a mantenere la posizione seduta con gambe sul lettino

Ptosi palpebrale

**Caso 3 prima
visita**
26 ottobre 2016

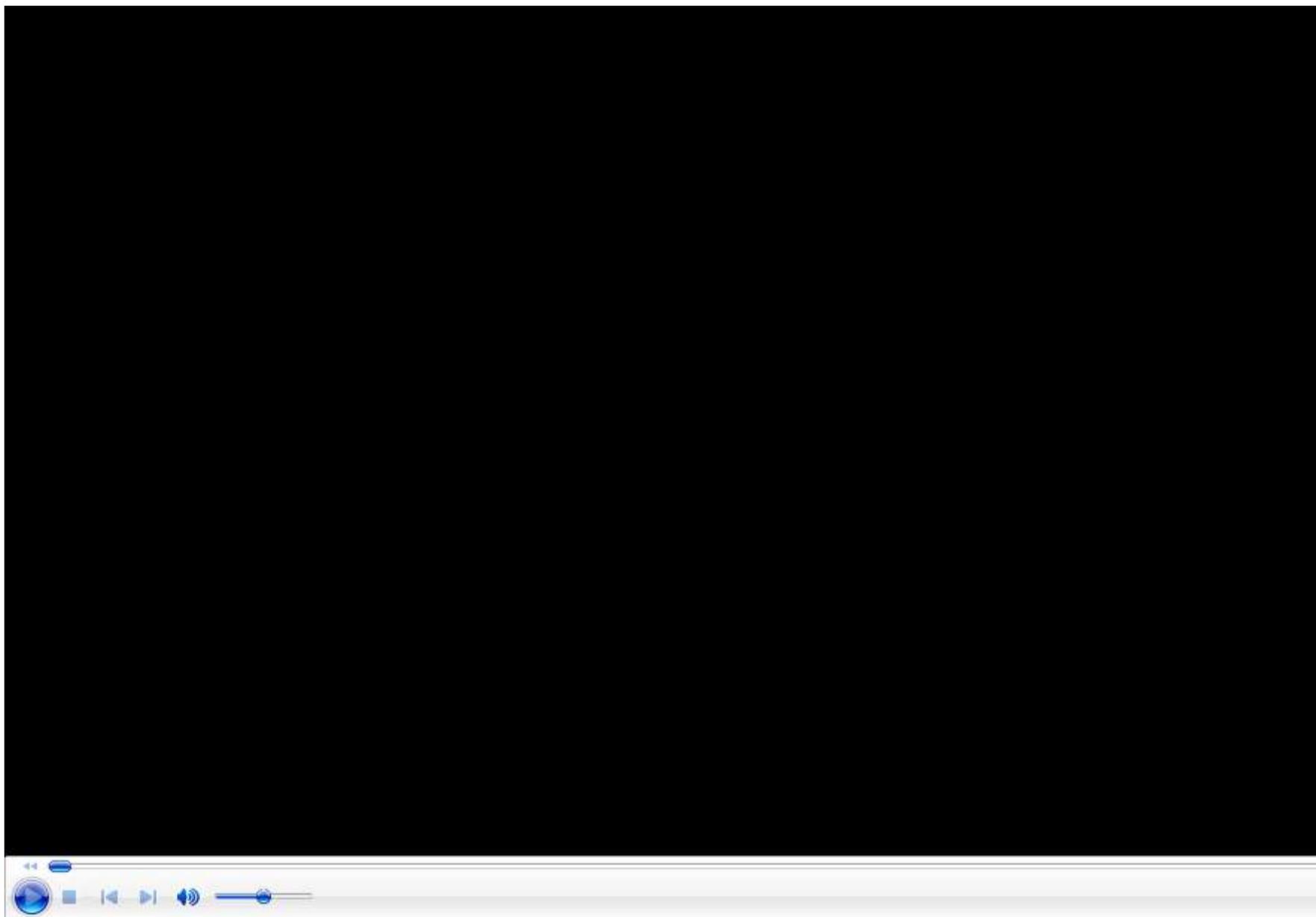


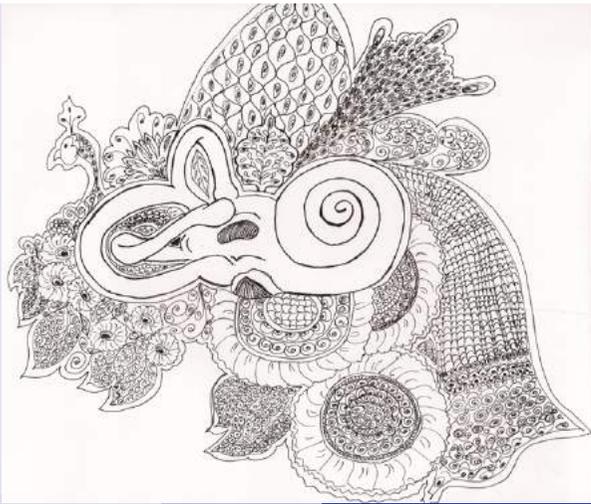
Caso 3 primo controllo

3 novembre 2016

Grave carenza
vitamina D

5-OH





MASTER DI VESTIBOLOGIA PRATICA

Direttore del Master: Prof. Giovanni Ralli

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

La VPPB con decorso non favorevole

Giacinto Asprella Libonati

Unità Operativa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale

Ospedale "Giovanni Paolo II" POLICORO

Responsabile Dott. G. Asprella Libonati

www.otorinomatera.it

www.otorinopolicoro.it

asprella@tin.it

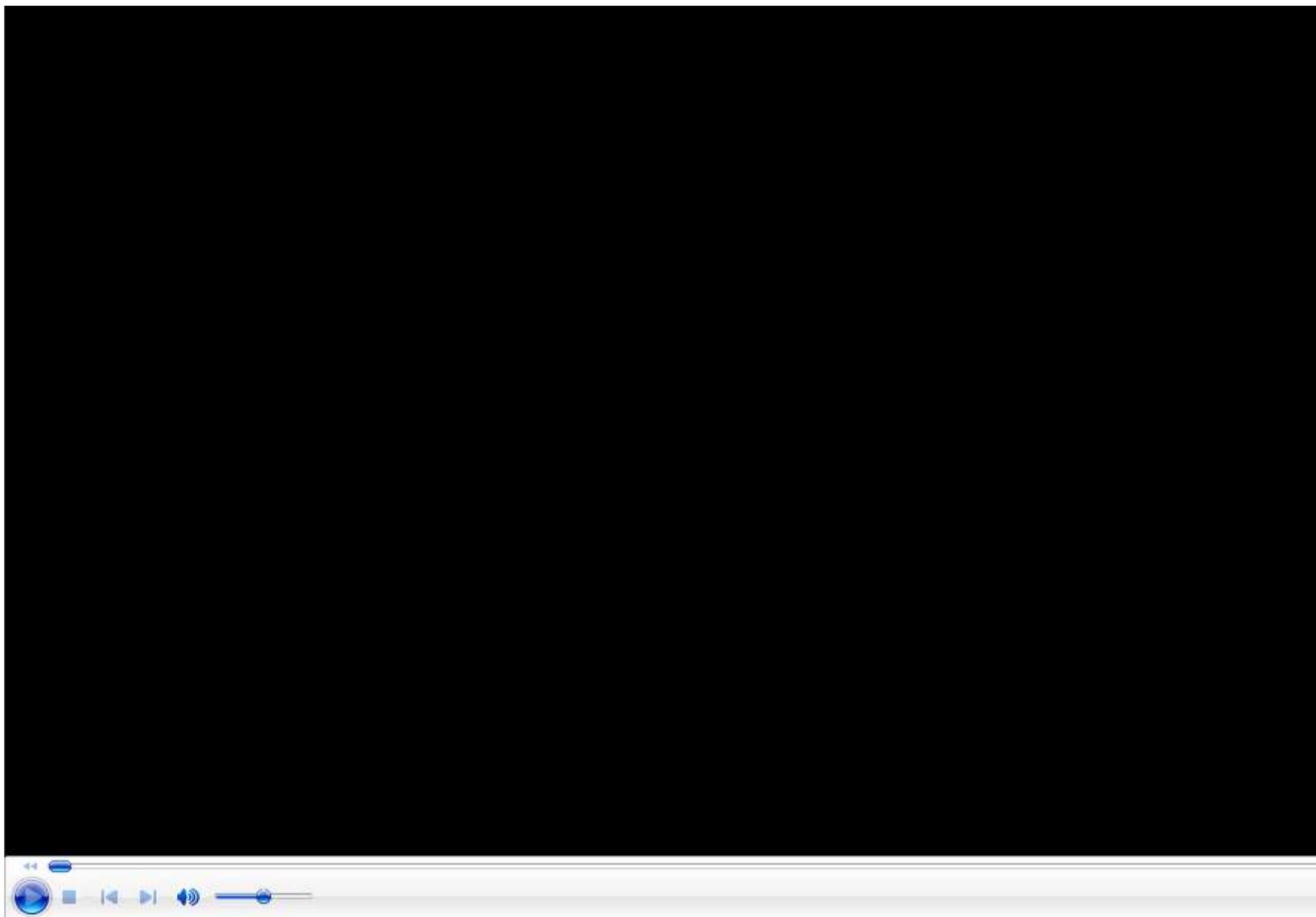


Caso 1

- Paziente F 50 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - No rischio vascolare
 - Non assume farmaci
 - Non traumi cranici
- Primo episodio di vertigine posizionale circa 2 mesi
- Ha praticato manovre
 - Di cui ha documentazione clinica
 - che riporta Semont per CSP destro
 - non descrizione del nistagmo
 - La paziente continua a lamentare
 - vertigine posizionale
 - dizziness diurna
 - disagio nella flessione-estensione del capo

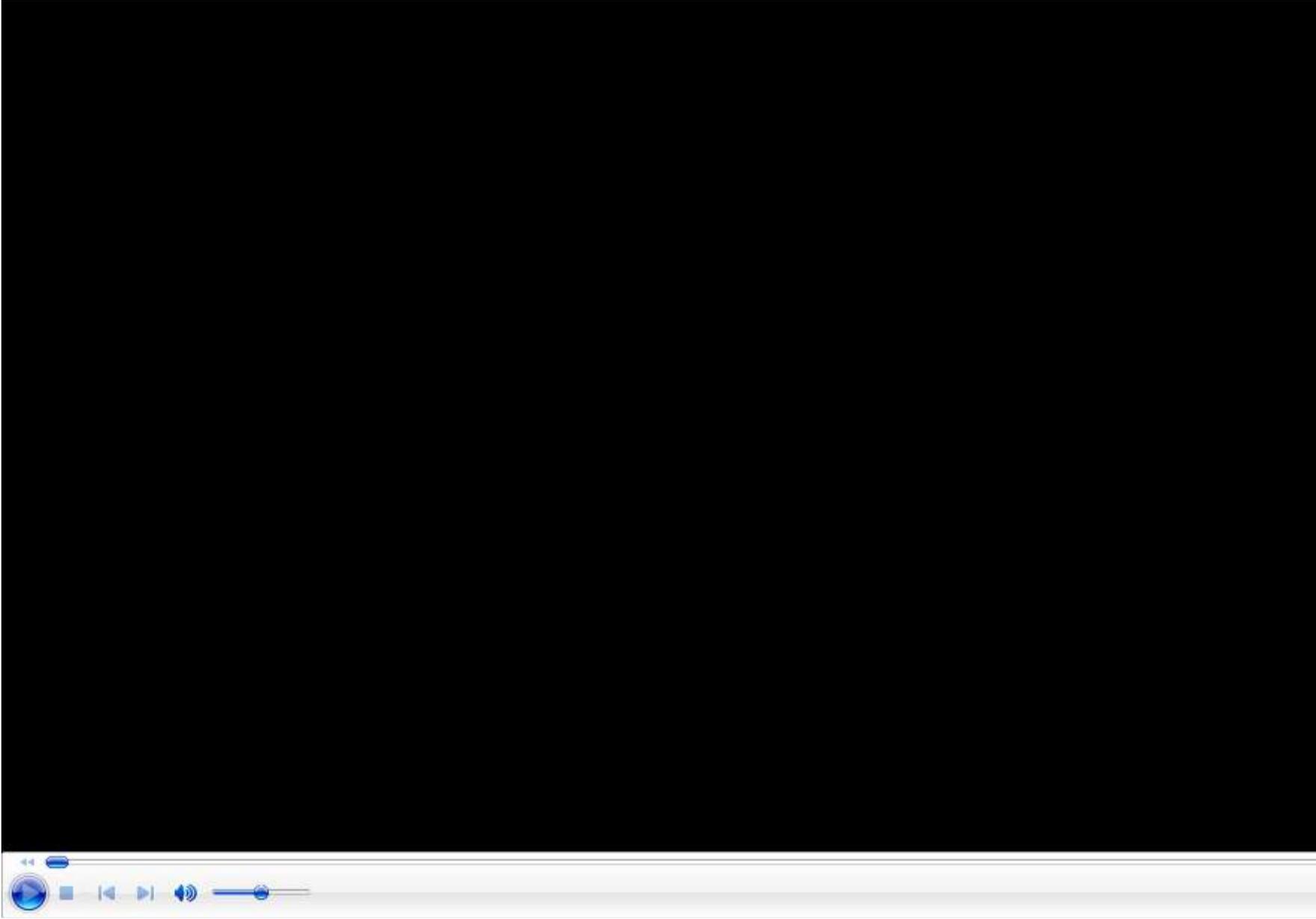
Caso 1 prima visita

26 ottobre 2016



Caso 1 controllo

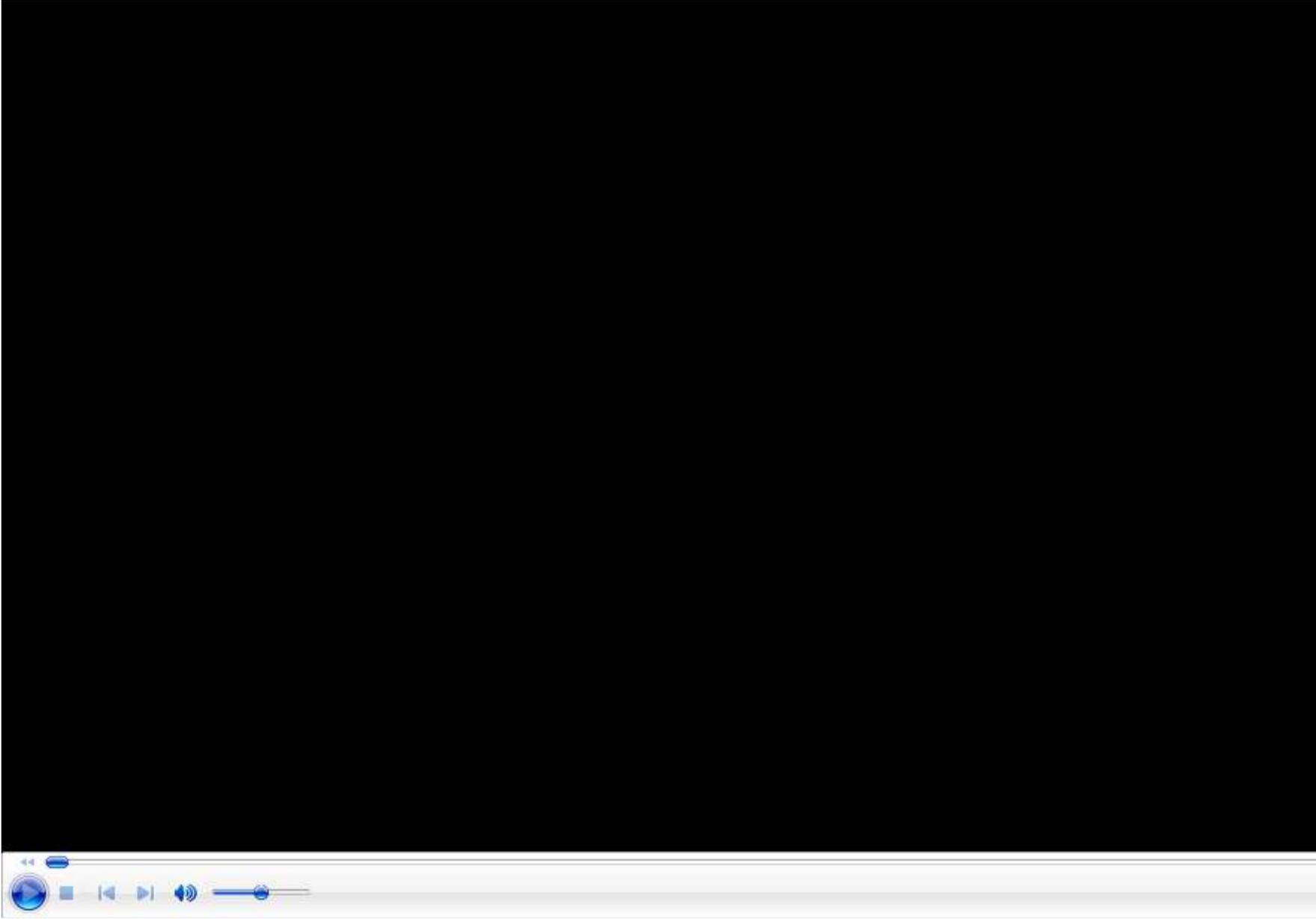
04 novembre 2016



Caso 2

- Paziente F 49 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - No rischio vascolare
 - Non assume farmaci
- Recente incidente stradale
 - Non riferito trauma cranico
 - Frattura piede destro, con apparecchio gessato, immobilità a letto per 20 giorni circa

**Caso 2 prima
visita**
28 aprile 2016



Caso 3 e 4: anziani

CASO 3

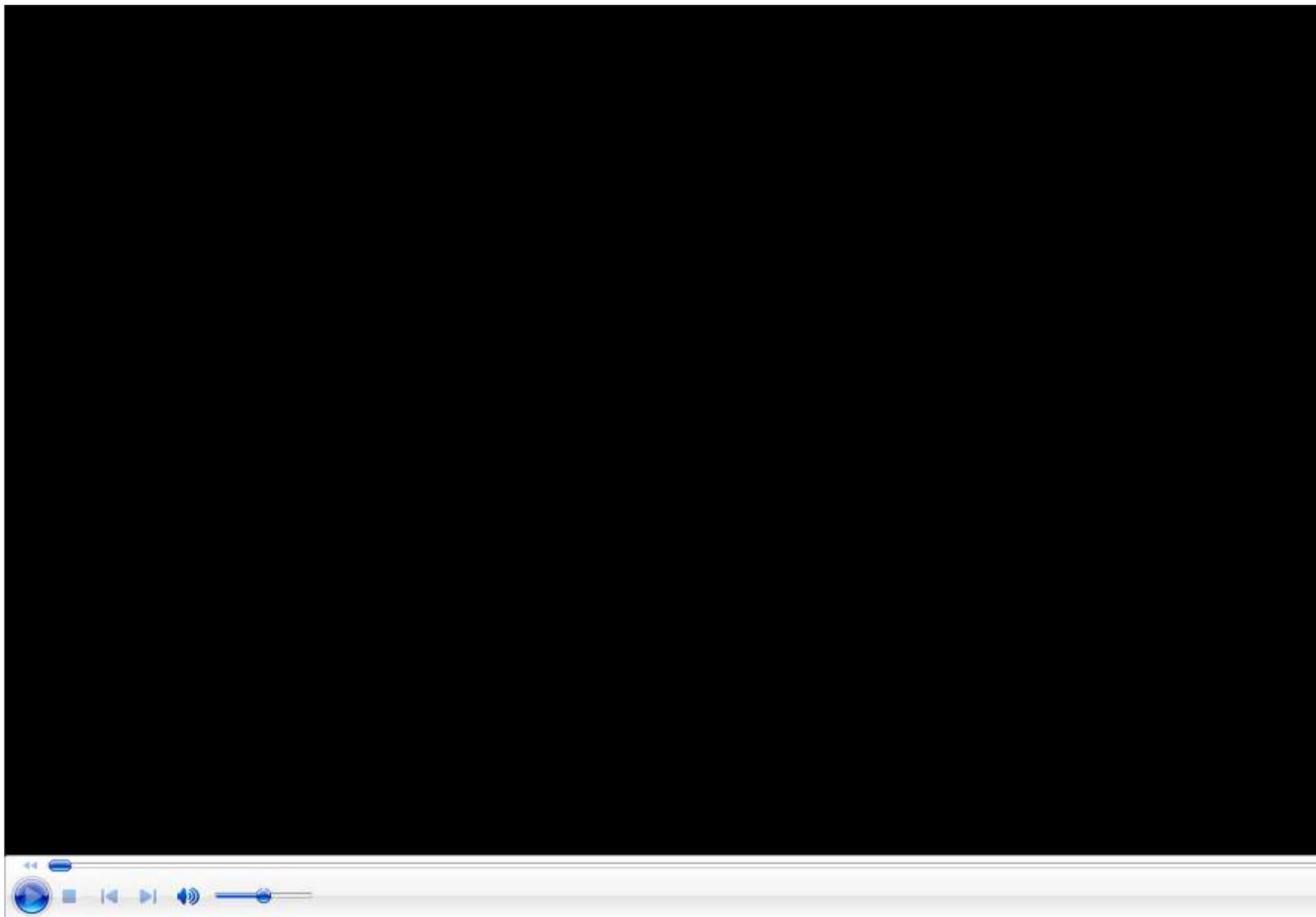
- Paziente F 93 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - rischio vascolare, ipertesa
 - assume farmaci anti ipertensivi

CASO 4

- Paziente F 89 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - No rischio vascolare
 - Non assume farmaci
 - Ansia

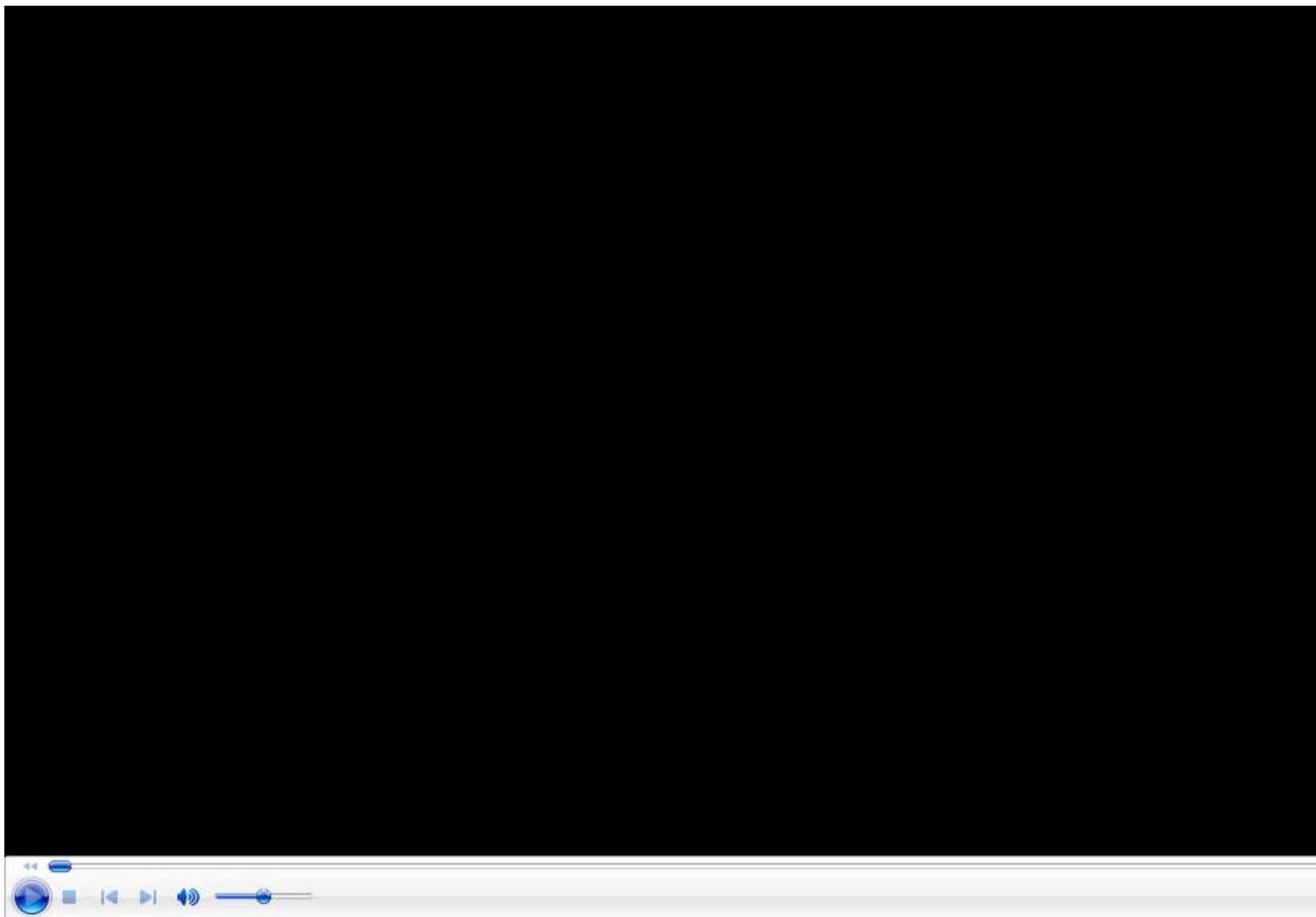
Caso 3 prima visita

93 anni F



Caso 4 prima visita

39 anni F, ansia



Caso 3bis e 4bis: anziani

CASO 3bis

- Paziente F 83 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - rischio vascolare, ipertesa, cardiomiopatia dilatativa, dispnea lieve a riposo
 - assume farmaci anti ipertensivi
 - Problemi alla colonna, rigidità e dolori

- Paziente F 89 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - No rischio vascolare
 - Non assume farmaci
 - Ansia

Caso 3 bis

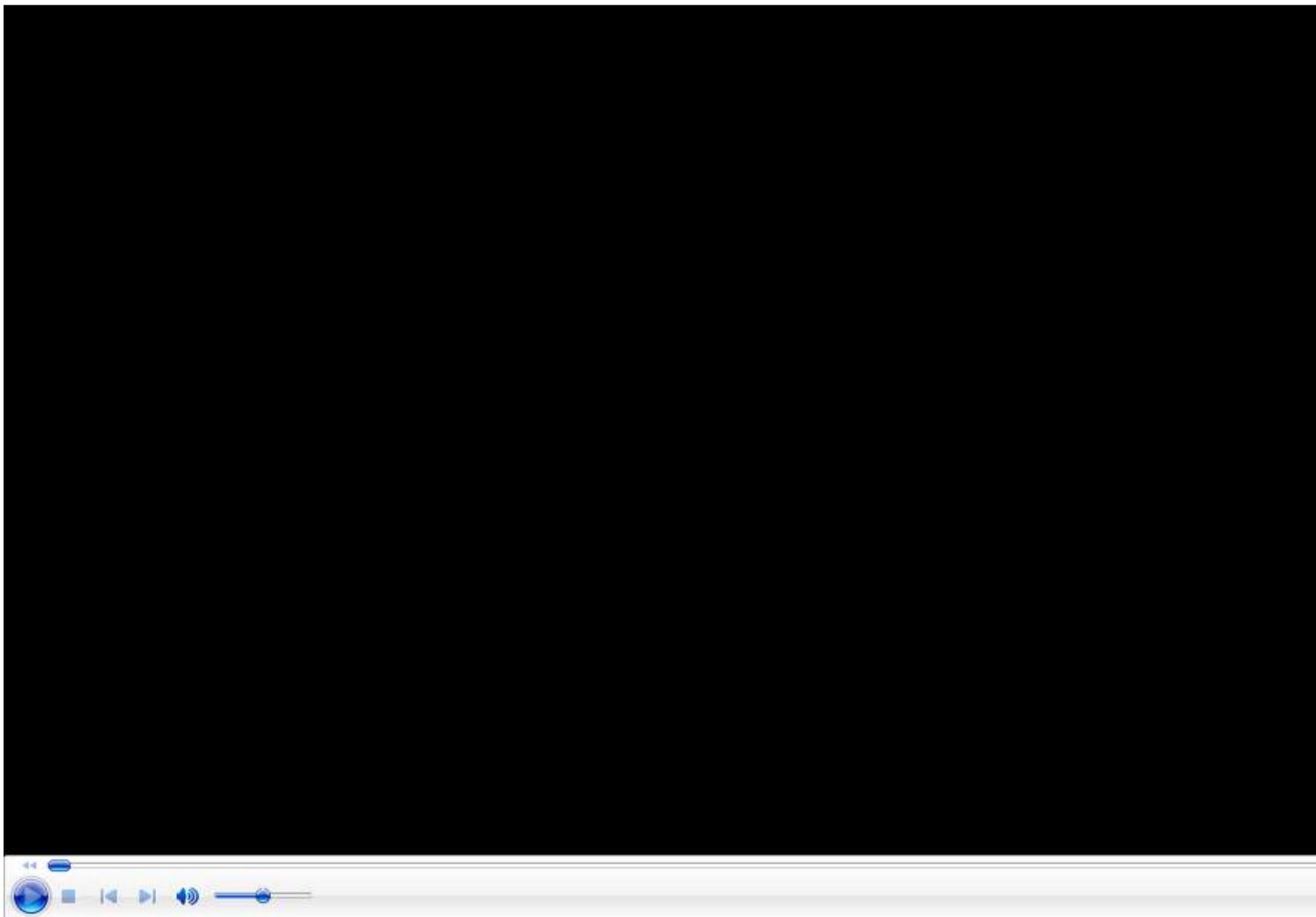
prima visita

**33 anni F, difficoltà
di movimento**

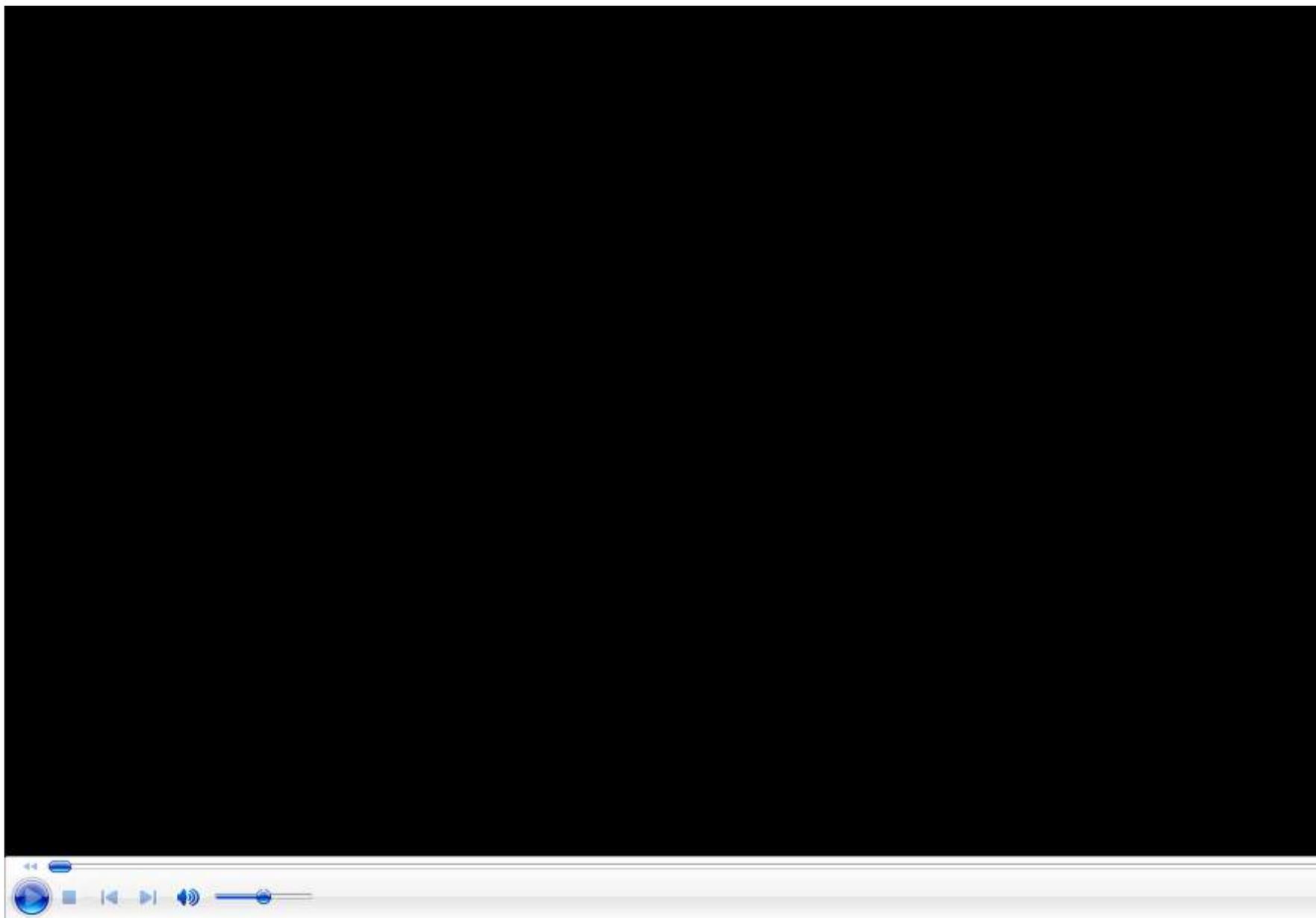
**La paziente
riferisce di avere la
vertigine
posizionale da oltre
1 anno**

**Ha effettuato
manovre non
efficaci**

**Ha imparato a
convivere con il
problema, dorme
con doppio
cuscino, sul lato
destro, evita
movimenti nel
piano sagittale del
capo**



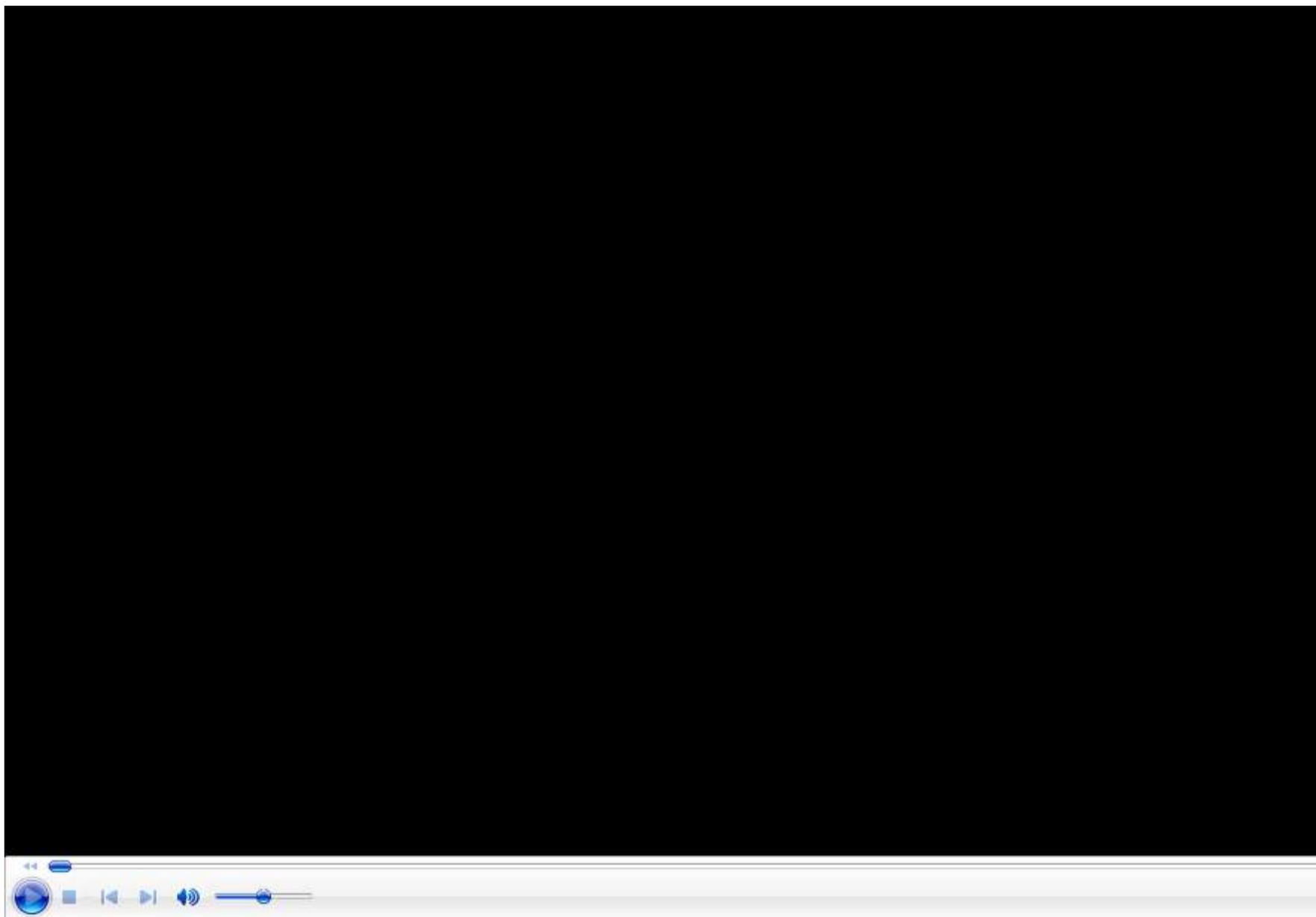
Caso 4 bis
prima visita
30 anni M



Caso 5

- Paziente F 9 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - trauma cranico minore palestra

**Caso 5 prima
visita**
9 anni F



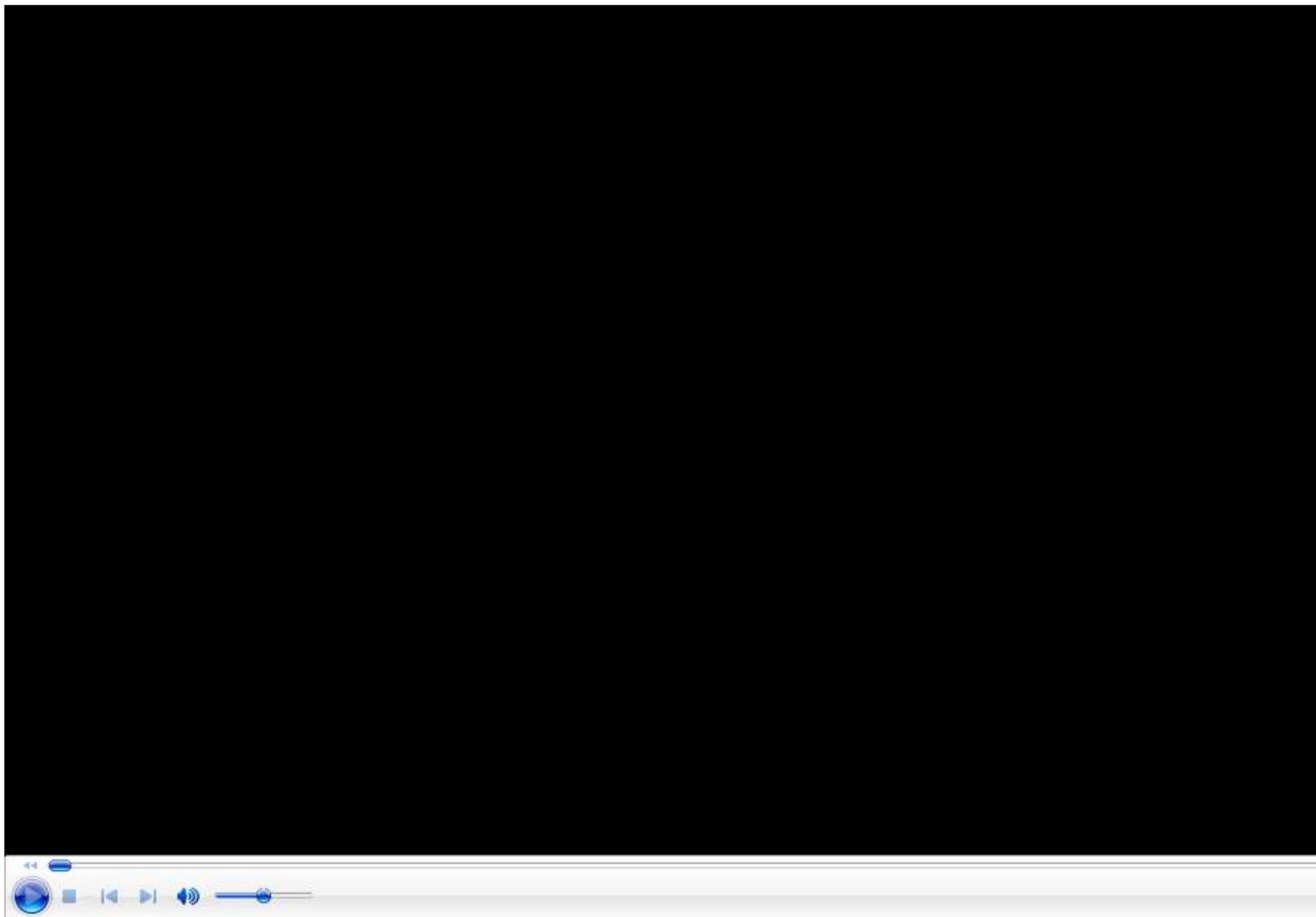
Caso 6

- Paziente F 54 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - Non traumi cranici
 - Non fattori di rischio vascolare
- Vertigine posizionale
 - Insorta alcuni mesi prima
 - Trattata con manovre liberatorie
 - Probabilmente Semont
 - Incertezza di diagnosi di lato, eseguite su entrambi i lati
- Persistenza
 - vertigine posizionale
 - dizziness

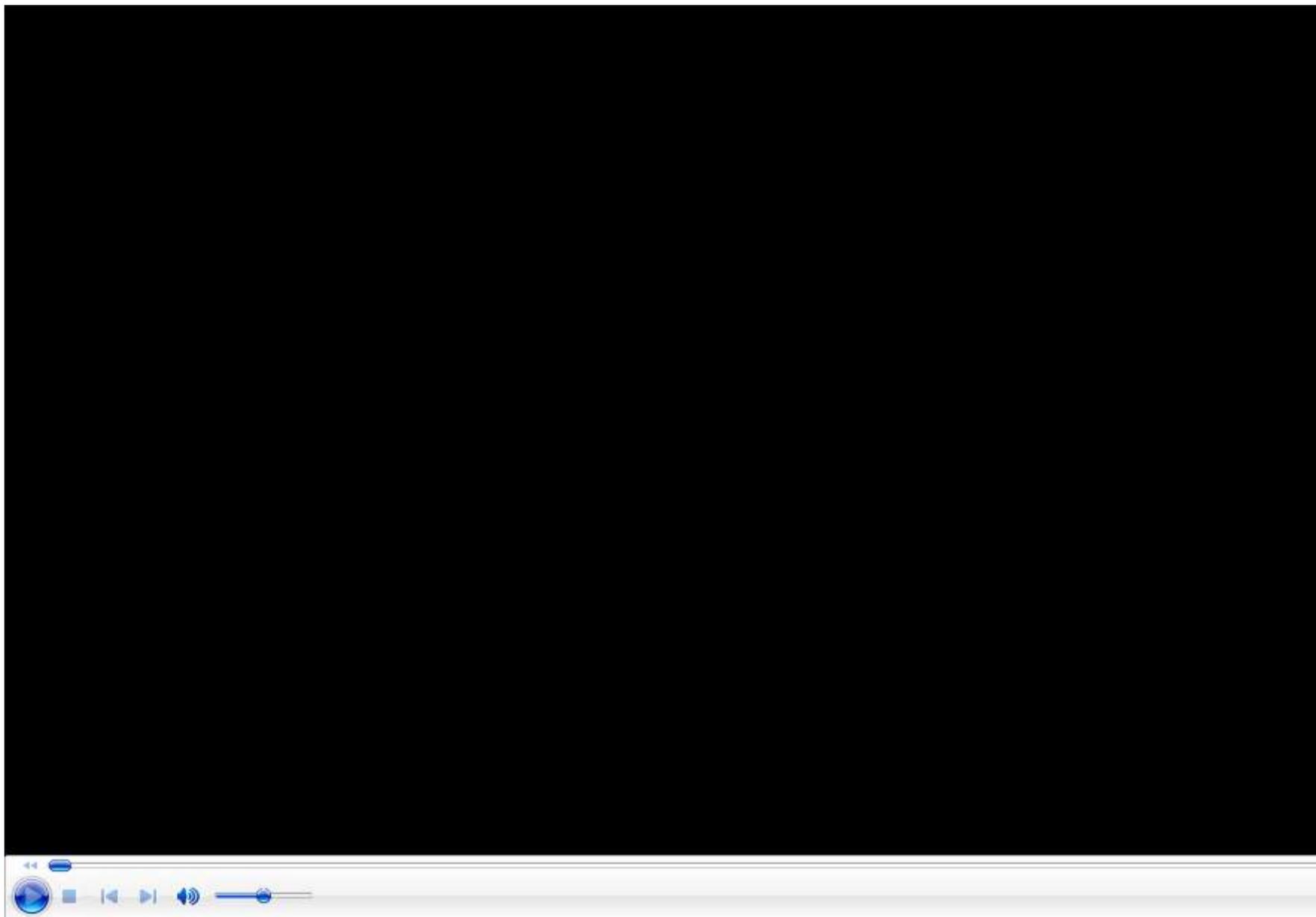
Caso 6

- Alla prima visita
 - Down beating posizionale
 - Non componente torsionale
 - Ripetibile
- Esegue in studio
 - Yacovino
 - Epley + Semont
 - Vibratore mastoideo
- Prescrivo a domicilio
 - Semont ripetuta 10 dx + 10 sx
 - Yacovino ripetuta 10 volte
- Pausa per motivi di lavoro
- Nessun risultato
 - Head-hanging to chin-chest seated
- Controllo dopo 4-5 mesi

Caso 6
controllo dopo
4-5 mesi
54 anni F



Caso 6
controllo dopo
1 anno
54 anni F



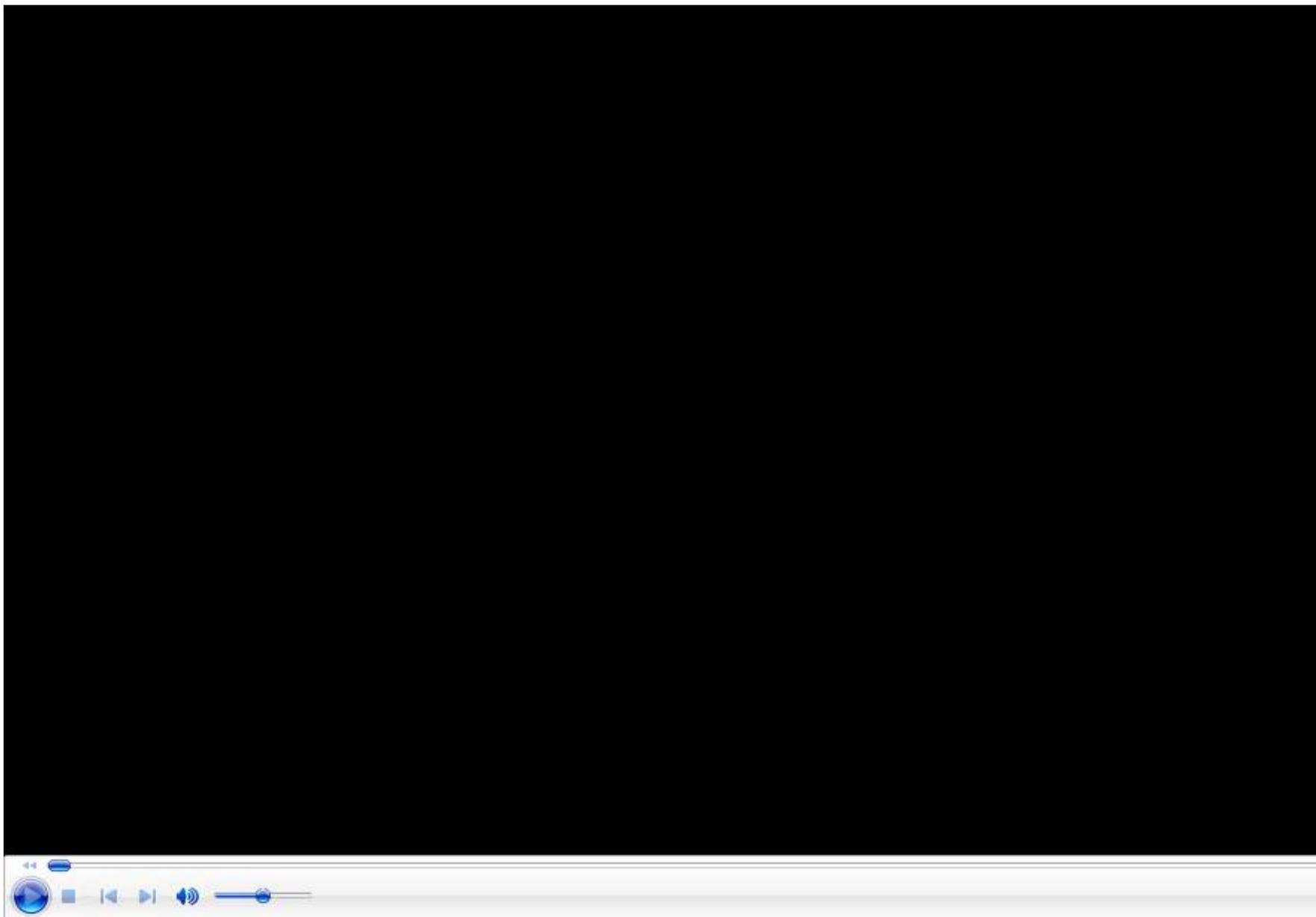
Caso 7

- Paziente M 63 aa
- Accesso da PS
 - Sindrome vertiginosa acuta, prevalentemente posizionale
 - Quesito: VPPB?

Caso 7

63 anni M

Accesso da PS



TC encefalo in urgenza negativa

REFERTO DEFINITIVO

TC ENCEFALO

Esame eseguito mediante acquisizione volumetrica di 3 mm. di spessore in condizioni di base, senza iniezione di mdc.

Assenza di apprezzabili alterazioni tomodensitometriche a carico del parenchima cerebrale, da fatti vascolari recenti.

Modesta ipodensità della sostanza bianca periventricolare da sofferenza vascolare cronica.

Millimetrica calcificazione alla porzione posteriore del centro semiovale di destra.

Sistema ventricolare in asse, non dilatato.

Lieve dilatazione della a. vertebrale destra con calcificazioni della parete.

RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

Esame eseguito mediante tecnica SE e FSE con immagini dipendenti da T1, T2, T2 DWI, DP e sequenza FLAIR nei tre piani dello spazio.

IV° ventricolo in sede normale per morfologia e volume.

Strutture tronco-encefaliche e cerebellari nella norma.

Sistema ventricolare sovratentoriale in asse, normale per morfologia e dimensioni.

Lieve dilatazione degli spazi liquorali della volta e della base.

Si segnala la presenza di una piccola area di alterato segnale parenchimale, iperintensa in T2 sequenza FLAIR, in regione pontina di destra riferibile a verosimile esito vascolare.

Sono presenti alcune ulteriori minute aspecifiche aree di alterato segnale parenchimale, tenuemente

Caso 8

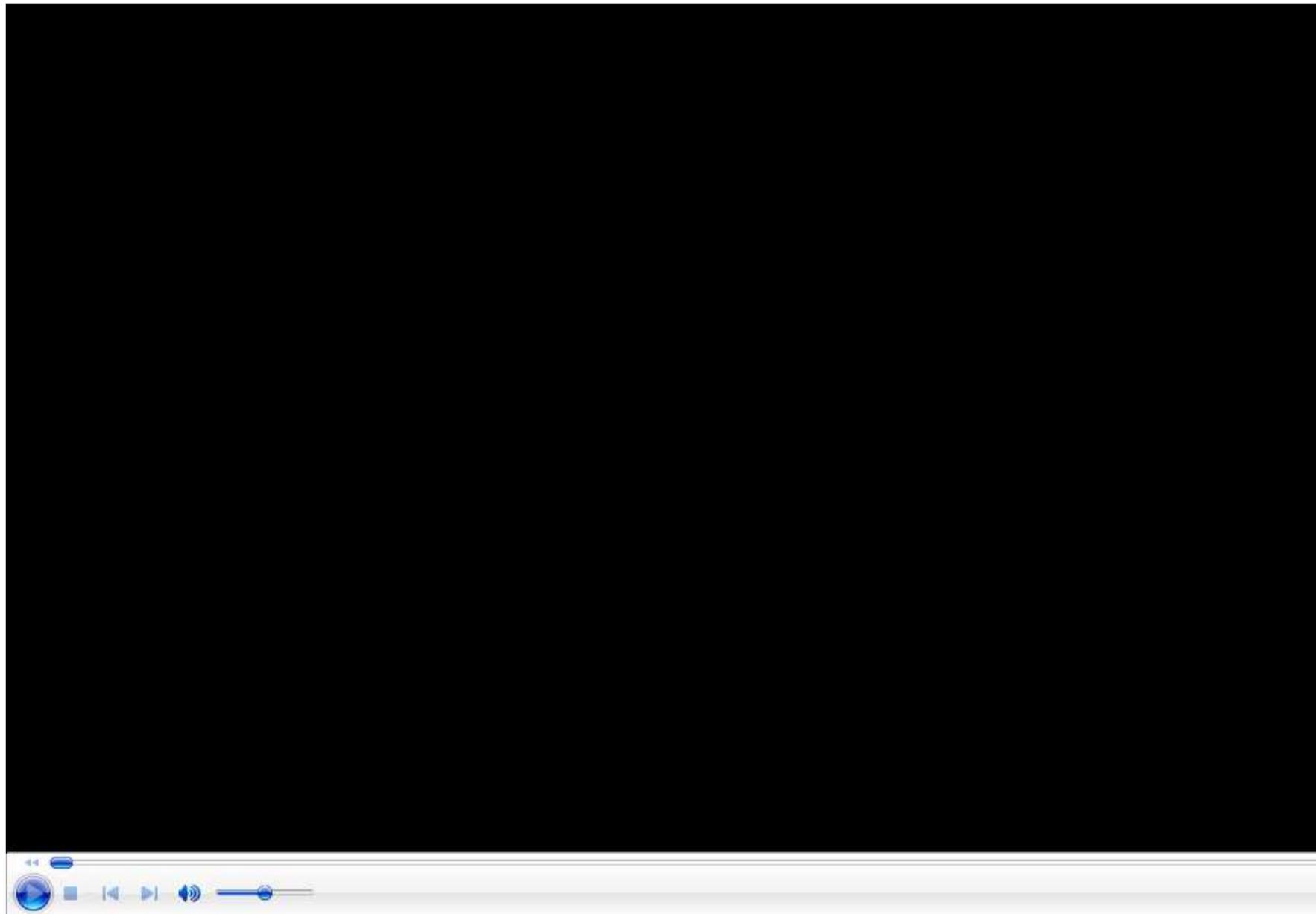
- Paziente M 67 aa
- Accesso da PS
 - Sindrome vertiginosa acuta, posizionale
 - Quesito: neuronite vestibolare?

Caso 8

67 anni M

Accesso da PS

Neuronite
vestibolare?

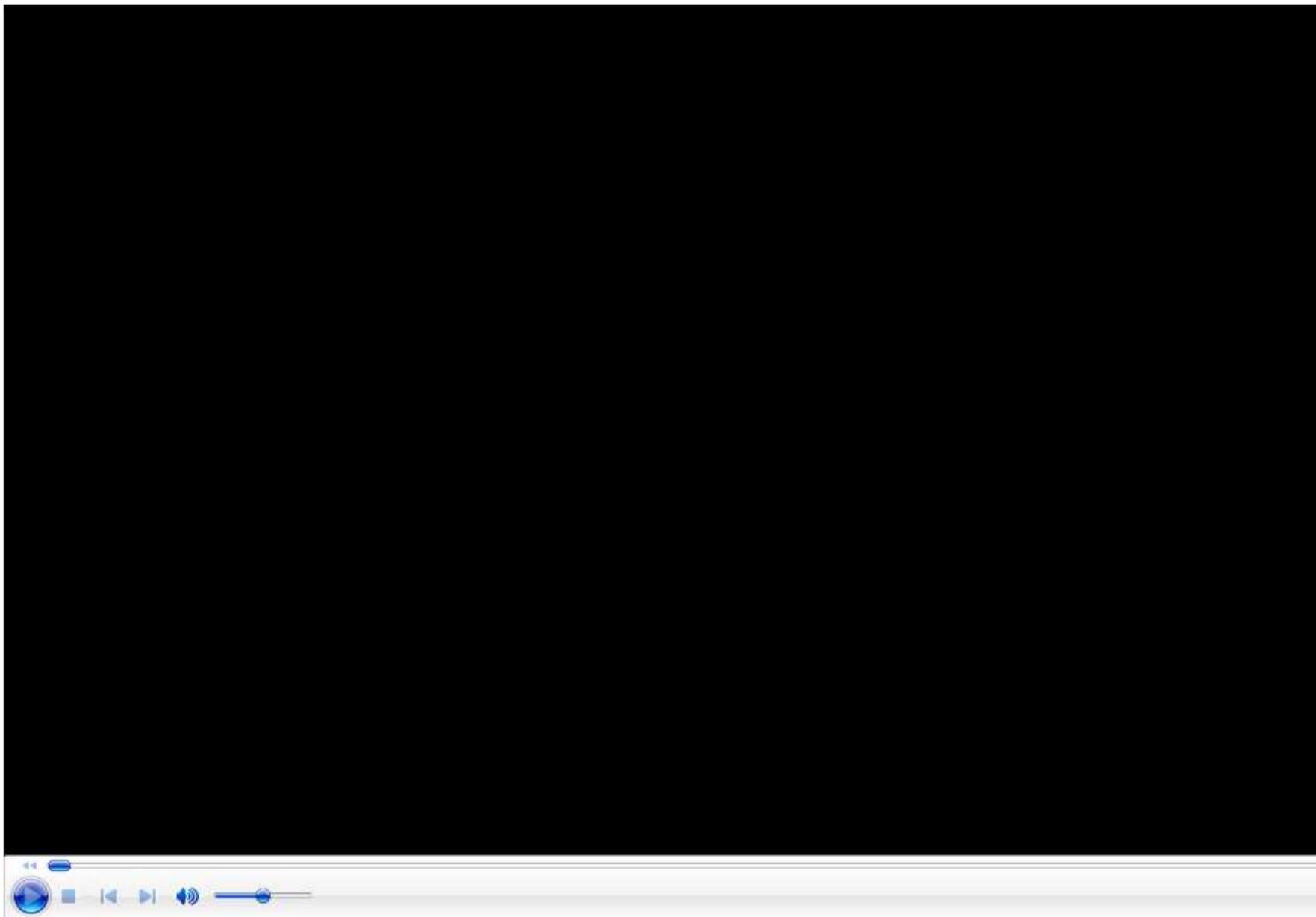


Caso 9

- Paziente M 47 aa
- Vertigine posizionale insorta da alcuni giorni
- Paralisi bilaterale delle corde vocali in adduzione post tiroidectomia
- Trattata con sola riabilitazione logopedica

Caso 9

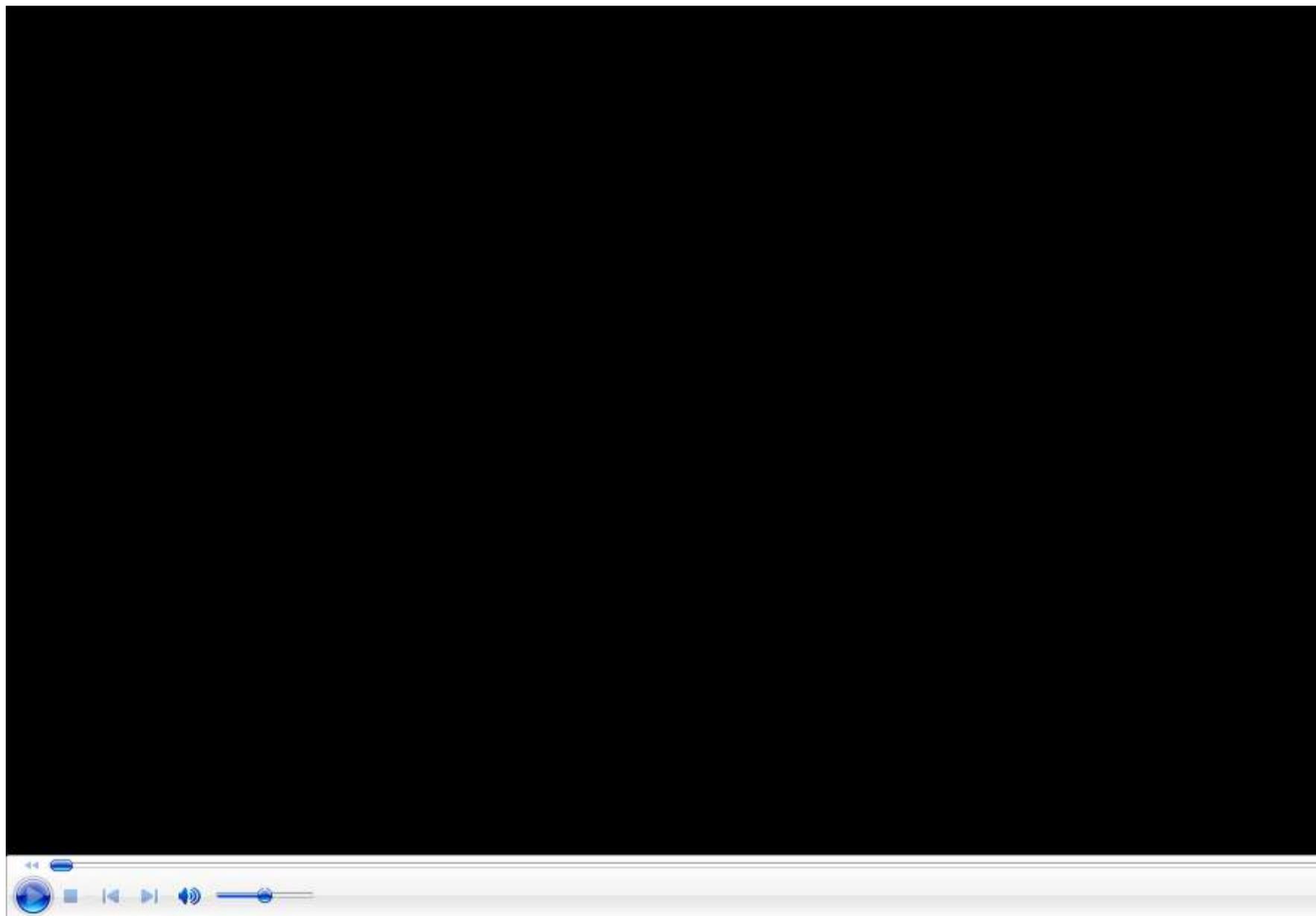
47 anni F



Caso 10

- Paziente F 69 aa
- Vertigine posizionale insorta da alcuni giorni
- Ansia

Caso 10
69 anni F

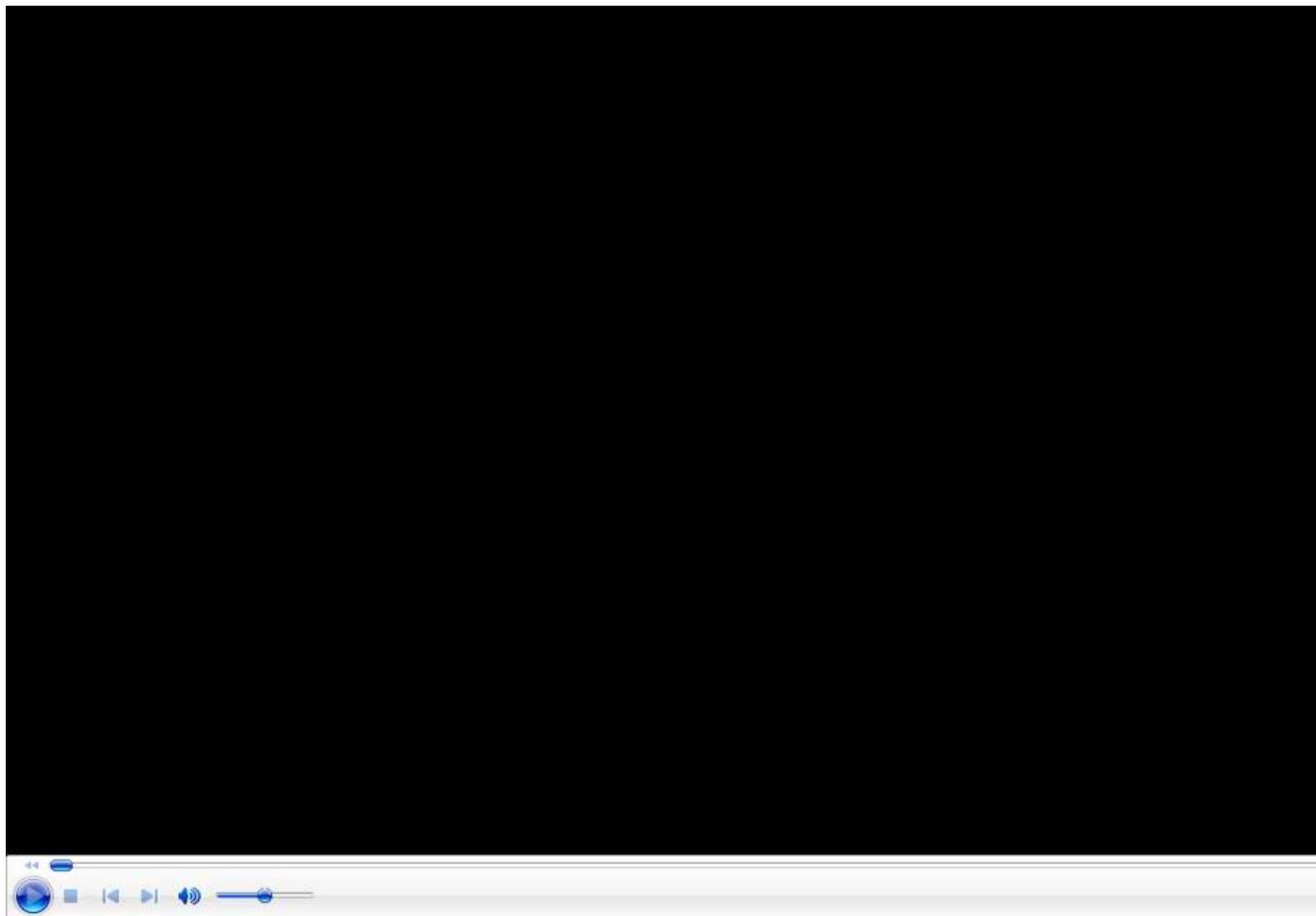


Caso 11

- Paziente F 68 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - Non traumi cranici
 - Non fattori di rischio vascolare
- Trattata con beneficio per VPPB CSP
- Successi episodi di VPPB
 - CSP CSL trattati con iniziale beneficio
 - Poi recidive intrattabili.....

Caso 11

68 anni F



FONDAZIONE POLICLINICO "S. MATTEO"
 ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
 DI DIRITTO PUBBLICO - (D.M. 28/04/2006)
 C.F. 00580590180 - P.IVA 00580590180
U. O. C. di RADIODIAGNOSTICA
 Segreteria: +39 - 0382 - 502872 / .2761 Fax: +39 - 0382 - 526380
 e-mail: radiodiagn@smatteo.pv.it
 V.le C. Golgi n°19 - 27100 Pavia

Direttore dott. Federico ZAPPOLI THYRION

: BICCHIERAI VITTORIA ID Paziente 355731
 Data nascita: 16/07/1939 Età: 68
 Località: Ambrogio
 Tipo visita: AMBULATORIO

Data: 05/07/2007
 Orecchio MEDIO DESTRO (SENZA MDC)

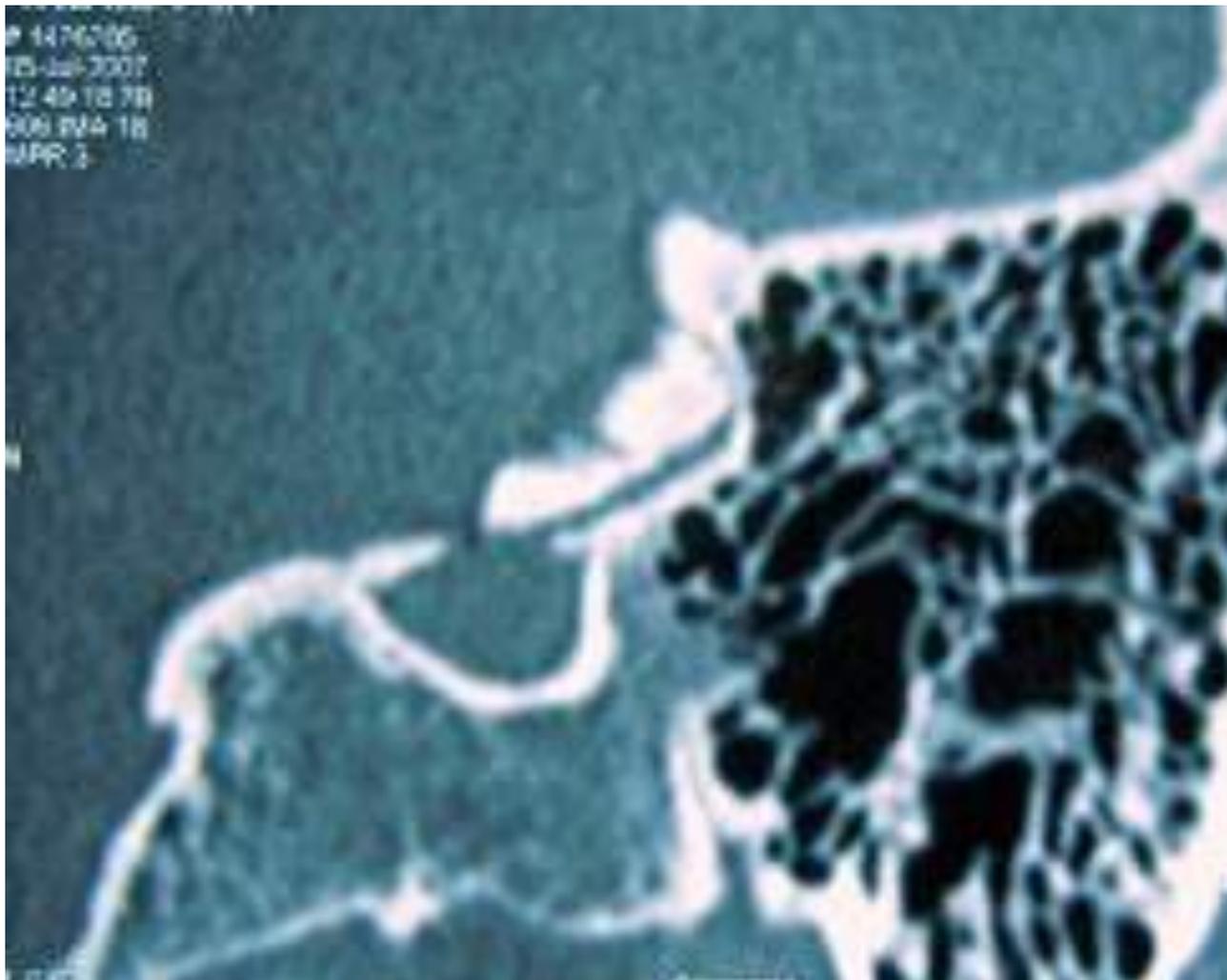
Effettuate scansioni secondo il piano assiale con tecnica spirale 6S e successive ricostruzioni utilizzando algoritmo di ricostruzione ad alta definizione senza infusione di mdc.

Strutture ossee dell'orecchio esterno.
 Timpanica con spessore regolare.
 Malleola normoareata.
 Incudine in sede, normoconformata ed ossificata.
 Martelletto e rappresentati lo scutum ed il setto di Koerner.
 Canale del nervo faciale.
 Vestibolo presenta l'acquedotto vestibolare in prossimità del suo aditus cisternale.
 Acquedotto cocleare.
 Continuità a carico delle pareti ossee dei canali semicircolari.
 Restanti strutture ossee dell'orecchio interno.
 Mastoide atizzata la mastoide.

Orecchio MEDIO SINISTRO (SENZA MDC)

Effettuate scansioni secondo il piano assiale con tecnica spirale 6S e successive ricostruzioni utilizzando algoritmo di ricostruzione ad alta definizione senza infusione di mdc.

Strutture ossee dell'orecchio esterno.
 Timpanica con spessore regolare.
 Malleola normoareata.
 Incudine in sede, normoconformata ed ossificata.
 Martelletto e rappresentati lo scutum ed il setto di Koerner.
 Canale del nervo faciale.
 Vestibolo presenta diametro modicamente superiore alla norma e decorre in stretta contiguità con la vena mediana del golfo della giugulare che in tale sede presenta soluzione di continuità.
 Acquedotto cocleare.
 Continuità a carico delle pareti ossee dei canali semicircolari.



Giacinto Asprella Libonati
 Roma, 20 Ottobre 2018

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



**U.O. OTORINOLARINGOIATRIA
e CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE
OSPEDALE GIOVANNI PAOLO II – POLICORO
Resp. Dr. Giacinto Asprella Libonati
mail: asprella@tin.it**

Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018



MASTER

DI VESTIBOLOGIA PRATICA

Direttore del Master: Prof. Giovanni Ralli

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

Shift e Switch Canalare

Giacinto Asprella Libonati

Unità Operativa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale

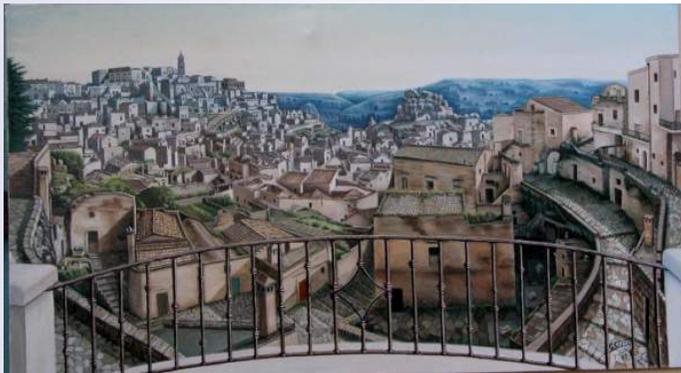
Ospedale "Giovanni Paolo II" POLICORO

Responsabile Dott. G. Asprella Libonati

www.otorinomatera.it

www.otorinopolicoro.it

asprella@tin.it



Switch o conversione di canale e shift intra-canalare

Switch o conversione di canale

- Migrazione post manovra degli otoliti da un canale in un altro
 - CSP > CSL
 - CSL > CSP
 - CSP > CSA

Shift intra-canalare

- Migrazione da un braccio all'altro dello stesso canale

Canal Switch or Canal Conversion

■ Canal switch

- Is the most common post-treatment complication.
- The most common conversion is from PSC to LSC.
 - It occurs in 6 to 7 % of BPPV treated with CRP.
 - It occurs if the head is not properly moved along the PSC plane
 - keep the patient head sufficiently extended turning it from the 1st to the 2nd position of the CRP.
 - Moreover, the head should remain constantly turned 90° away from the affected ear bringing up the patient to seat.

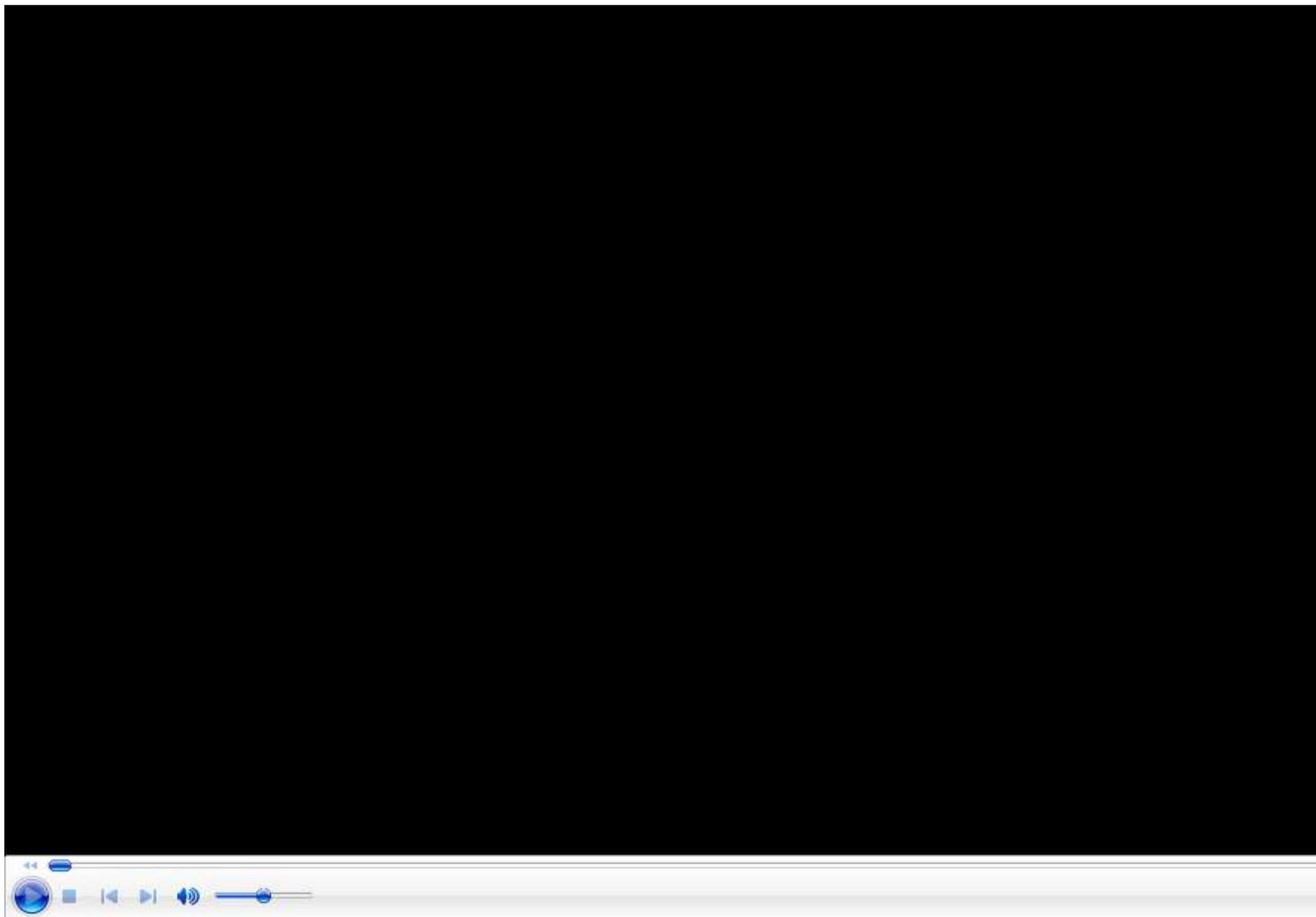
Caso 1

- Paziente F 50 aa
- Anamnesi
 - No patologie otologiche
 - No emicrania/Menière
 - No rischio vascolare
 - Non assume farmaci
 - Non traumi cranici
- Primo episodio di vertigine posizionale circa 2 mesi
- Ha praticato manovre
 - Di cui ha documentazione clinica
 - che riporta Semont per CSP destro
 - Non descrizione del nistagmo
 - La paziente continua a lamentare
 - vertigine posizionale
 - dizziness diurna
 - disagio nella flessione-estensione del capo

Caso 1 prima visita

26 ottobre 2016

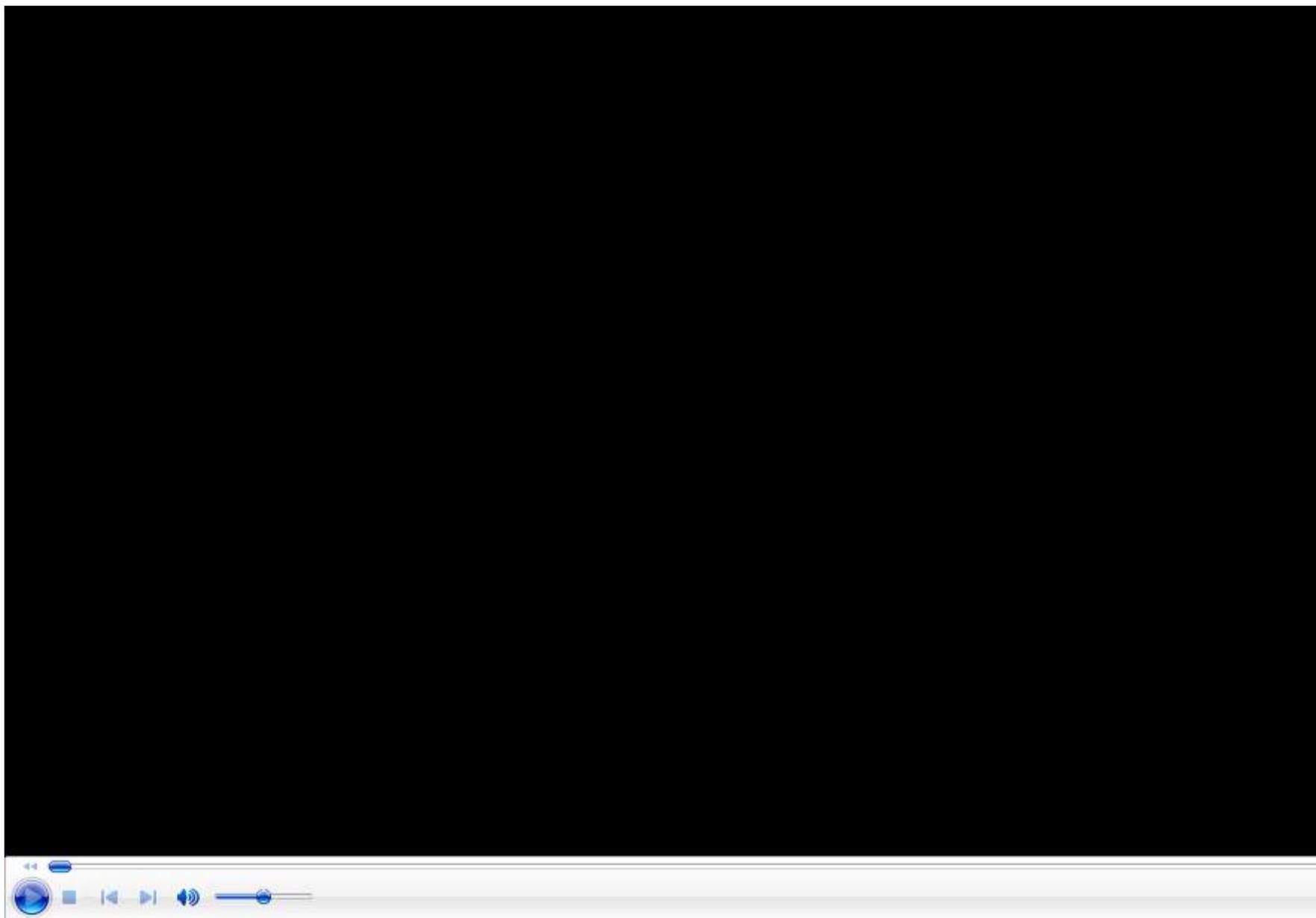
CONVERSIONE
CANALARE
«Switch»



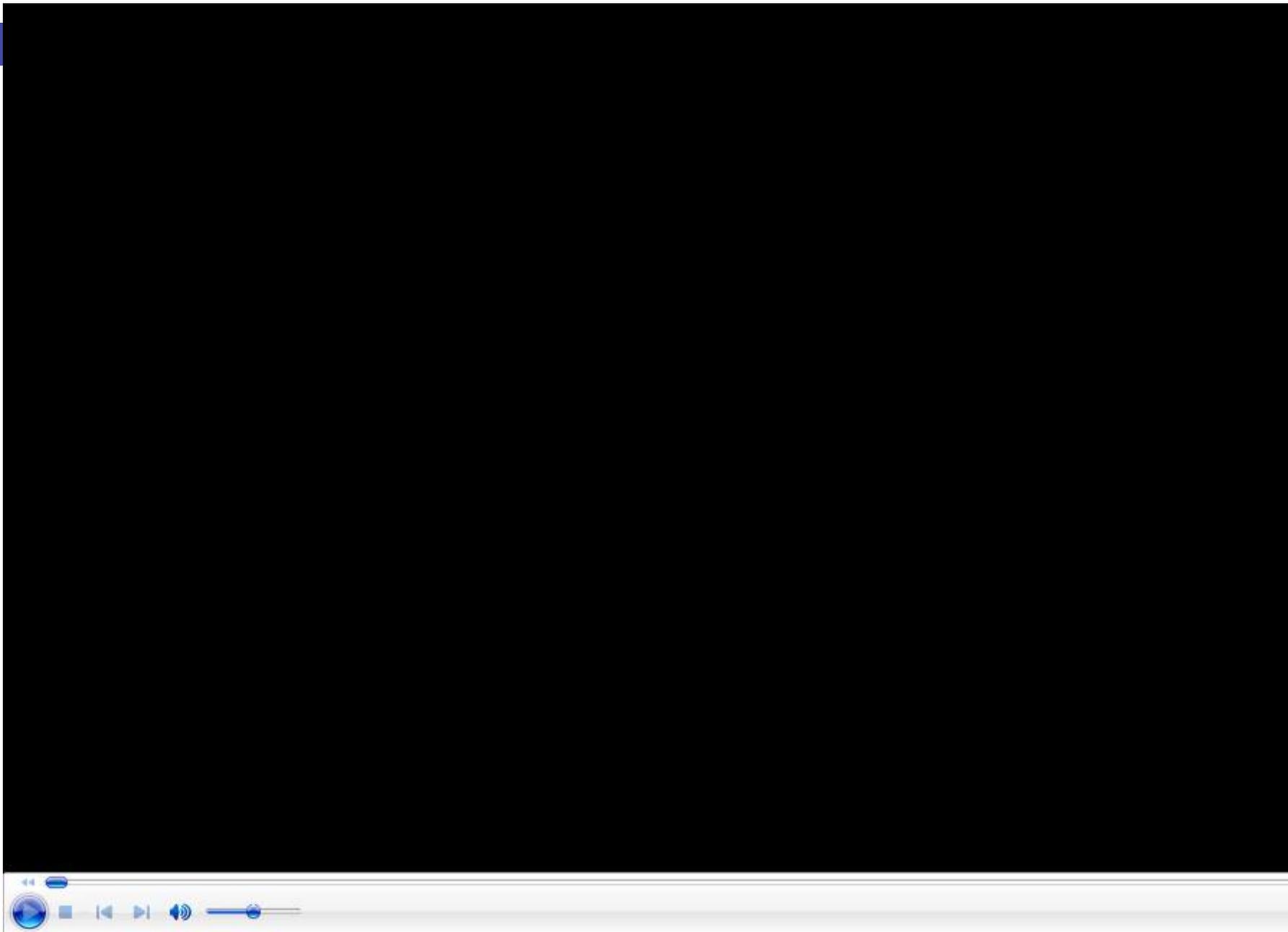
Caso 1 controllo

04 novembre 2016

CONVERSIONE
CANALARE
«Switch»



VERSIONE
ALARE
ch»



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

VERSIONE
ALARE
ch»

o dopo 1 settimana



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

VERSIONE
ALARE
ch»



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

ramento intra-
are
t»

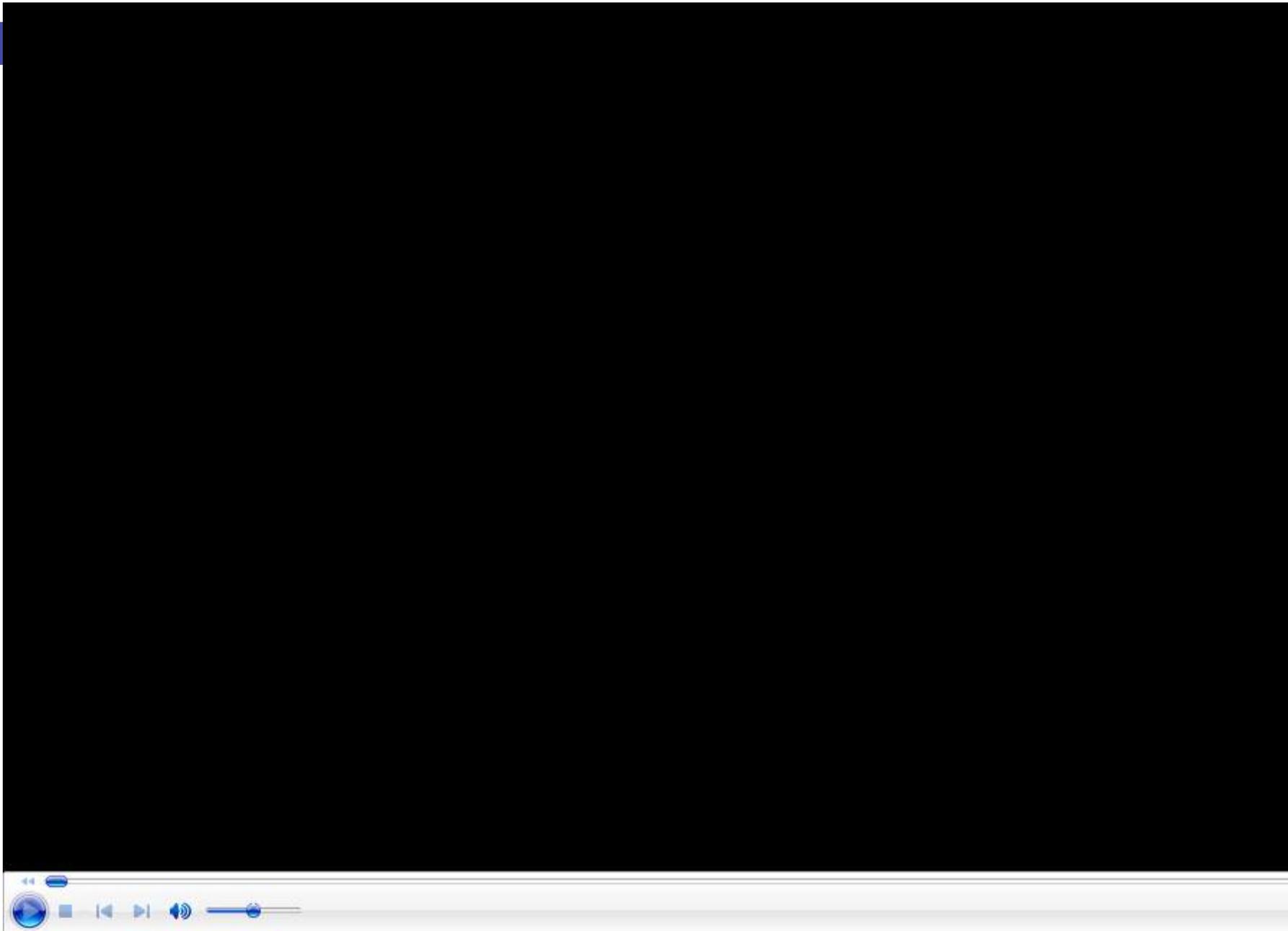
verticali



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

ramento intra-
are
t»

aterale



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018

Conclusions

Take Home Messages



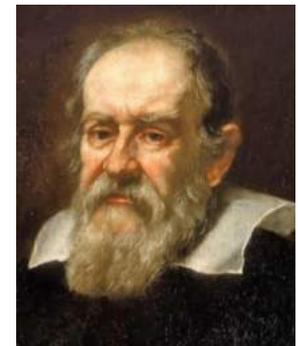
Take Home Messages

3 BPPV Treatment Pearls to Remember

- ✓ Apply a nystagmus based strategy
 - ✓ Always look at the nystagmus evoked in each position
 - ✓ it suggests us where the otoliths are and the direction they are moving to
- ✓ Move the patient's head following the involved canal plane
 - ✓ It allows us to avoid a canal switch.
- ✓ In performing any liberatory manoeuvre
 - ✓ Keep the otoliths always in movement !!!
 - ✓ Wait until the evoked nystagmus begins to decrease but not completely motionless
 - ✓ In so doing we don't stop the inertial movement

A body moving on a level surface will continue in the same direction at a constant speed unless disturbed.

Galileo Galilei



Thank you for your attention



Giacinto Asprella Libonati
Roma, 20 Ottobre 2018