

IL PAZIENTE CON VERTIGINI ISOLATE: QUANDO E' VIETATO SBAGLIARE. A CASE REPORT

•F. Ranieri*, A. Strazzullo**, G. Perrotta*, A. Cozzolino***, B. Carotenuto***, T. Cuomo*, G. Esposito**

•*Unità Operativa Neurologia Ospedale Nocera Inferiore

•**Pronto Soccorso e Medicina d' Urgenza Ospedale Nocera Inferiore

•***Unità Operativa Neuroradiologia Ospedale Nocera Inferiore

INTRODUZIONE: la vertigine è una delle più comuni cause di accesso in Pronto Soccorso e riconosce nella maggior parte dei casi una causa periferica. Circa il 6% è a genesi centrale e si accompagna a segni clinici che rimandano ad una patologia cerebellare. Purtroppo, la vertigine cerebellare può rimanere isolata, senza altri segni di accompagnamento, ed ingannare il clinico, con ritardo diagnostico e terapeutico che può essere fatale per il paziente.

CASE REPORT: riportiamo il caso di un uomo di 48 anni, iperteso e cardiopatico valvolare in trattamento anticoagulante con parametri di PT e INR al di sotto dei valori indicativi di scagulazione, giunto in PS lamentando un' intensa sintomatologia vertiginosa oggettiva, di apparente origine periferica. Venne fatta diagnosi di Neuronite Vestibolare (VN), con TAC cranio che risultava negativa e dimesso con terapia corticosteroidica. Il giorno successivo il paziente ritornava in ospedale, lamentando un' intensificazione della sintomatologia vertiginosa e cefalea con impossibilità alla deambulazione. Una seconda TAC evidenziava la presenza di un' ischemia nella branca mediale dell' Arteria Cerebellare Postero-Inferiore (PICA) destra. Ricoverato in Neurologia, la sintomatologia nei giorni successivi peggiorava, e cominciavano a comparire periodi di sopore. Una terza TAC praticata a 72 ore dall' inizio della sintomatologia evidenziava un infarto chiaramente delineato in tutto il territorio di PICA destra con effetto massa sul IV° ventricolo, ed idrocefalo tetraentricolare, con coma e morte del paziente.

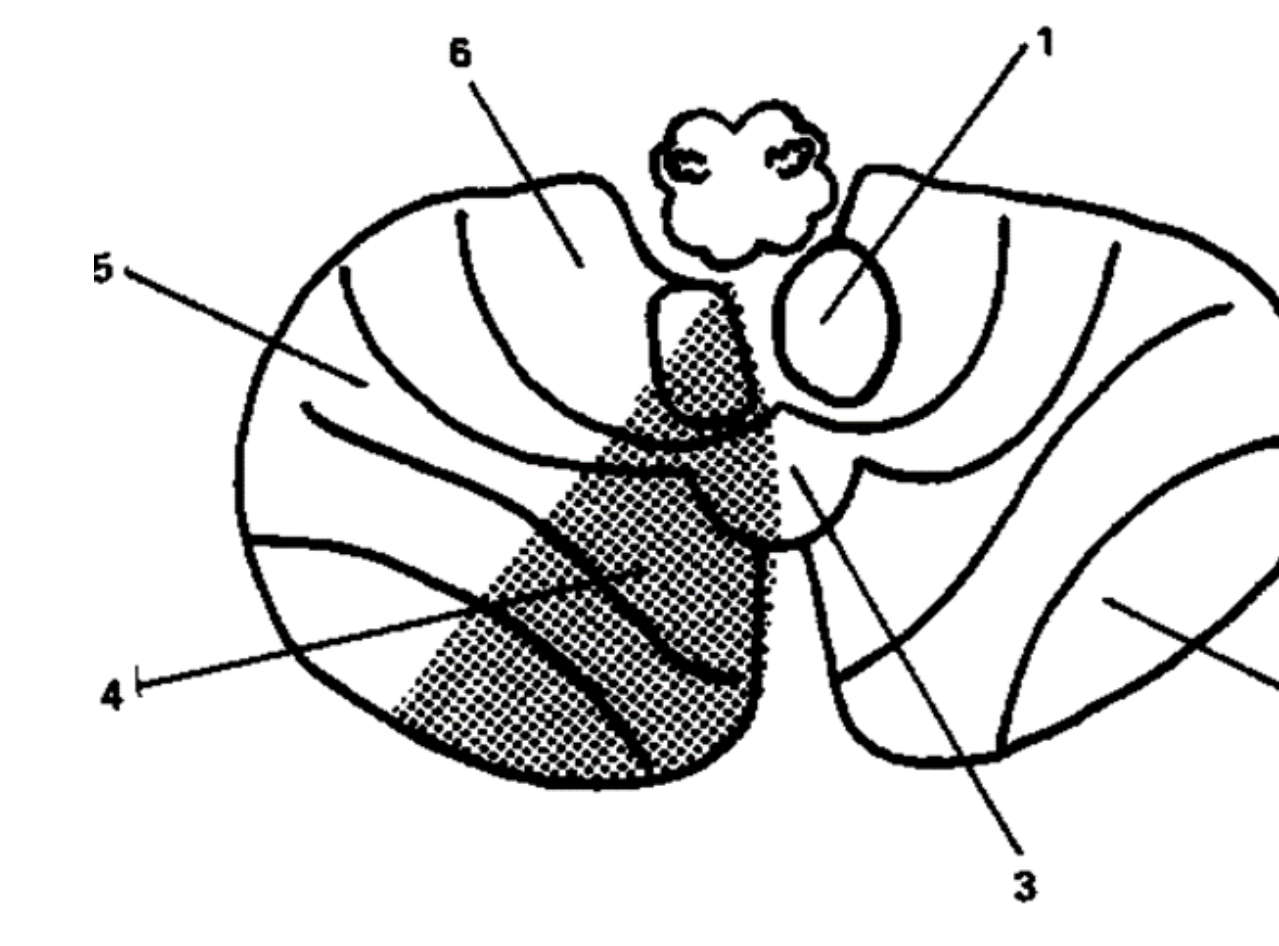
DISCUSSIONE: circa 11% dei pazienti con stroke cerebellare può presentare vertigine oggettiva come sintomo isolato. Questo accade allorquando occorre un' ischemia in una regione del cervelletto che è irrorata dalla branca mediale dell' Arteria Cerebellare Postero-Inferiore (PICA). Il quadro clinico che ne deriva facilmente può trarre in inganno, facendo pensare ad un' origine periferica supportata da un' apparente paresi canalare o infiammazione del nervo vestibolare. Riconoscere nell' immediatezza la genesi di questa vertigine è di importanza cruciale, richiedendo la trombolisi e il pronto ricovero in stroke unit, per il rischio di infarto cerebellare massivo.

CONCLUSIONI: in mancanza del gold standard diagnostico (risonanza magnetica in diffusione), la TAC cranio misconosce la lesione in fase acuta. Soltanto l' approfondita anamnesi ed il completo esame clinico con l' esecuzione dell' Head Impulse Test (insuperabile nella distinzione tra vertigine periferica e centrale) consentono di localizzare la sede lesionale e di stabilire in pochi minuti se la sintomatologia vertiginosa è di origine centrale o periferica, e provvedere al corretto management di questa pericolosa ischemia.

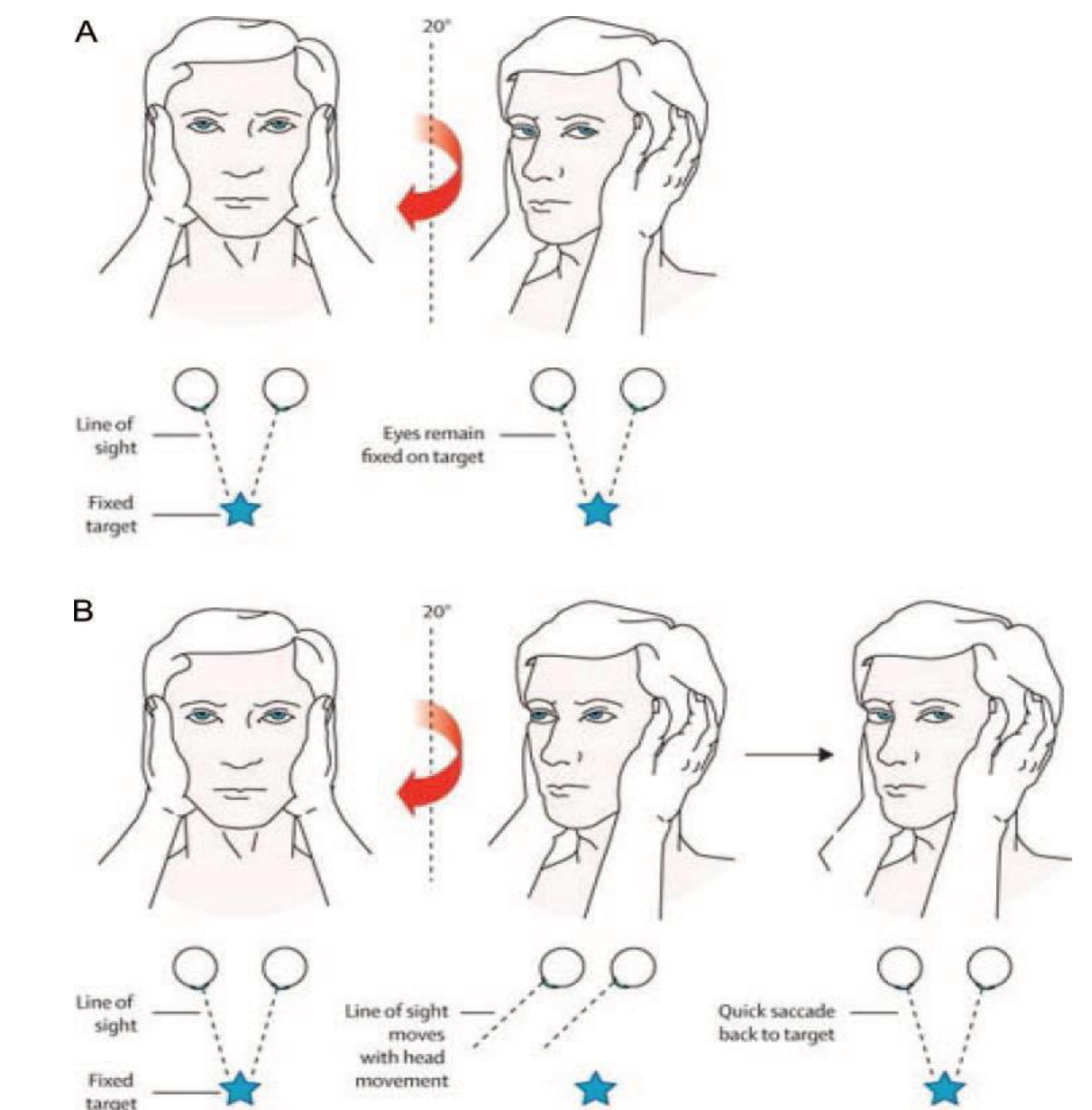
Spazio per immagini o testo aggiuntivo



(Fig.1)



(Fig.2)



(fig.3)

Fig. 1: Ipodensità nel territorio mediale di PICA destra.

Fig 2: Anatomical drawing of the territory of the medial branch of the posterior inferior cerebellar artery (mPICA). 1, cerebellar tonsil; 2, lobulus semilunaris inferior; 3, vermis (pyramis); 4, territory of mPICA; 5, lobulus gracilis; 6, lobulus biventer.

Fig.3: Normalmente, a seguito di brusca deviazione del capo a destra di 20° , il paziente è in grado di mantenere la fissazione sul naso dell' esaminatore (target). (B) In caso di vestibulopatia periferica, quando la testa è girata bruscamente a destra, la fissazione segue il movimento della testa a causa dell' ipoattività del VOR (riflesso vestibulo-oculomotore), necessitando di un rapido compenso che viene effettuato mediante un movimento saccadico degli occhi verso sinistra per rifissare l' immagine.

*1)Crespi, V: dizziness and vertigo: an epidemiological survey and patient management in emergency room – Neurological Sci – 2004

*2)Lee H: Cerebellar infarction presenting isolated vertigo – Neurology, 2006

*3)Heros RC: Cerebellar hemorrhage and infarction – Stroke, 1982

*4)Amarenco P: The spectrum of cerebellar infarctions – Neurology, 1991

*5)Edlow JA, Newman-Toker DE, Savitz SI: Diagnosis and initial management of cerebellar

infarction - Lancet Neurol, 2008.

*6)Lee H: Neuro-otological aspects of cerebellar stroke syndrome

*7)Società Otorinolaringoiatri Ospedalieri: La diagnosi bedside della vertigine acuta – 2016

*8)Pagnini P, Di Giustino F. Anamnesi dei disturbi vertiginosi. In: Casani AP, Nuti D, Pagnini P. Vestibologia clinica. Eureka srl 2014; p. 89-96.

*9)Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke, 2009

*10)Oppenheim C, Stanescu R, Dormont D, Crozier S, Marro B, Samson, Rancurel G, Marsault C: False-negative diffusion-weighted MRI findings in acute ischaemic stroke - American Journal of Neuroradiology, 2020

*11)Brandt T, Dieterich M: The dizzy patient: don't forget disorders of the central vestibular system – Nat Rev Neurol, 2017

*12)Keselman B, Gdovinová Z, Jatuzis D, et al: Safety and outcomes of intravenous thrombolysis in posterior versus anterior circulation stroke – Stroke, 2020