



LO SPECIALISTA ORL NELLA PATOLOGIA POST-TRAUMATICA

M. Patrizi*, G. Larosa*, G. Santiemma*, R. La Gamma*, I. Precopio*, P. De Carli**

I più frequenti insulti patogenetici da traumatismo stradale che possono sfociare in turbe dell'apparato vestibolare sono:

- il trauma cranico, con o senza frattura del temporale;
- il colpo di frusta, anche in assenza di impatto diretto sul capo;

Quest'ultimo, secondo molti autori, è assimilabile al trauma cranico minore in considerazione di quadri anatomico-patologici simili, quali microlesioni cerebrali diffuse e microlesioni del troncoencefalo e della regione basofrontale¹.

La sintomatologia è quasi sempre in diretto rapporto con l'entità del trauma, con le strutture anatomiche coinvolte e con l'età dell'infortunato. In percentuale le turbe statocinetiche riferite variano dal 67 all'80% nei traumi cranici, e dal 5 all'80% nel colpo di frusta¹.

Dal punto di vista patogenetico possiamo distinguere:

- per quanto riguarda il danno periferico:
 - lesione delle membrane otolitiche
 - fistole perilinfatiche
 - concussioni labirintiche
 - fratture labirintiche
- per quanto riguarda il danno di tipo centrale il trauma cranico può determinare una sofferenza del sistema vestibolare centrale attraverso un meccanismo di deformazione della massa cerebrale; si possono così realizzare traumatismi neuronali, lesioni degli assoni e dei vasi sanguigni con conseguenti micro-emorragie od emorragie massive. In particolare il colpo di frusta può provocare uno stiramento sia del tronco encefalico che del cervelletto; nella fattispecie il trauma andrebbe ad incidere sui riflessi vestibolari danneggiandone le vie afferenti dai canali semicircolari, otricolo e sacco, lo stimolo visivo, la propriocezione spinale e cervicale dalle zone deputate alla loro integrazione e le vie efferenti, che permettono strategie posturali di equilibrio e di mantenimento della mira.

La sintomatologia soggettiva dipende dall'entità e dalla localizzazione delle lesioni e non esiste quindi un quadro clinico unico, sia per la frequente concomitanza di danno periferico e centrale, sia per la frequente associazione di danni periferici (ad es. sintomi dovuti a concussione labirintica sommati ad una lesione delle membrane otolitiche), sia per il polimorfismo del danno di tipo centrale dovuto alla molteplicità delle sedi di possibile interessamento.

Le possibili patologie vestibolari post-traumatiche risultanti dalle note patogenetiche sopra menzionate possono essere inquadrare in:

* Istituto di Clinica ORL Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

** Ospedale civile di Avezzano

- deficit labirintico mono o bilaterale
- vertigine parossistica posizionale
- vertigine otolitica traumatica
- deficit vestibolare asimmetrico
- sindrome da deiscenza del CSS
- deficit dei riflessi visuo-oculomotori
- segni vestibolari di fistola labirintica
- idrope endolinfatica tardiva

I sintomi riscontrabili in queste patologie sono la vertigine (vertigo) e l'instabilità (dizziness), spesso concomitanti o succedentisi. La vertigine è generalmente un sintomo acuto direttamente proporzionale al danno vestibolare, può essere violenta-oggettiva, provocata da nistagmo (ny) spontaneo posizionale patologico che è un movimento involontario degli occhi caratterizzato da una fase lenta sui piani orizzontale o verticale definito come un illusorio movimento degli oggetti nello spazio, o tollerabile soggettiva. L'instabilità è invece un sintomo cronico, non direttamente proporzionale al trauma ed è a genesi multifattoriale, che può presentarsi immediatamente dopo il trauma oppure a seguire la sintomatologia acuta.

In risposta ad un deficit vestibolare labirintico o nucleare si instaura un compenso su base centrale, che può essere:

- di tipo statico, dovuto ad un ribilanciamento delle risposte nucleari;
- di tipo dinamico, che si avvale di strategie di:
 - adattamento, con conseguente riduzione della risposta lato sano
 - sostituzione, che consta del potenziamento di altri riflessi per il mantenimento della postura e della mira.

Il deficit vestibolare è costituito da una **fase acuta (vertigo)**, ove il sintomo predominante è il ny spontaneo posizionale, e da una **fase cronica (dizziness)**, nella quale si instaurano, spesso in maniera non completa, meccanismi di compenso²⁻³.

Compito del vestibologo è la diagnosi e la quantificazione del deficit vestibolare attraverso corretti esami vestibolari. Tale esame non può prescindere da:

- Attenta raccolta anamnestica;
- Rigorosa strategia semeiologica clinica e strumentale
- Attenzione nell'accertamento di eventuale simulazione
- Giudizio clinico sulla significatività patologica dei segni obiettivi
- Corretta interpretazione dei segni clinici
- Inquadramento della sindrome vestibolare
- Giudizio sul "nesso di causalità"
- Giudizio sulla fase di compenso o su esiti stabilizzati

La fase clinica di tale indagine dovrebbe comprendere i seguenti esami⁴

- Esame obiettivo ORL
- Audiometria
- Ny spontaneo e di posizione
- Ny di lateralità
- Ny di rimbalzo
- Ny di posizionamento
- Test di Halmagyi
- Ny di scuotimento

- Ny calorico
- Ny rotoacceleratorio
- Smooth pursuit
- Saccadici
- Ny otticocinetico
- Ny da fistola
- Stabilometria
-

Le strumentazioni diagnostiche a nostra disposizione (ENG, VOG, VOG digitale, Stabilometria statica e dinamica) permettono un'attenta analisi delle caratteristiche dei ny ricercati, in particolare lo studio della velocità angolare della fase lenta dei ny spontanei e provocati, che è attualmente il metodo più accurato e sicuro per quantificare la gravità del deficit vestibolare³.

Per quanto concerne il giudizio clinico sulla significatività dei segni obiettivi il vestibologo non può esimersi dal repertare i suddetti segni come di nullo, possibile o sicuro significato patologico; occorre quindi classificare tale concerto semeiologico come aspecifico oppure con significato patognomico generale, specifico, patogenetico.

Il risultato ultimo di tali esami sarà quindi una diagnosi il più precisa possibile, con un giudizio di compatibilità con il trauma, dello stato del compenso e di eventuali deficit residui e stabilizzati.

Allorquando il vestibologo segua i criteri sopra specificati, il medico legale dovrebbe considerare esclusivamente gli esami eseguiti con questi rigidi criteri in modo da evitare le troppo frequenti "sindromi da indennizzo" a discapito di meno frequenti ma più serie lesioni vestibolari.

BIBLIOGRAFIA

1) Lenzi A., Precerutti G.

"La Patologia Uditiva in Medicina Legale"

Ed. Sorbona, 2000.

2) Mira E.

"L'Esame Vestibolare in Medicina Forense"

In.- Ed. S Burdo "controversie in Tema Di Audiovestibologia Forense "Milano: 159-160, 1992

3) Vicini C., Campanini A., Maraldi C., Ravagli A.

"Revisione dei criteri valutativi del danno vestibolare"

In: "XX Giornata Italiana di Nistagmografia Clinica " Ed. Comitato Simposi Scientifici Formenti, Milano 2000

4) Pagnini P.

"Criteri di valutazione del danno vestibolare post-traumatico"

In: Pixeddu P., Balli R., Guidetti G., Mallardi V, Mira E., Morra B., Pagnini P.: " La valutazione medico legale del danno vestibolare ". Acta Otorhynol Ital vol. 8, 3: 239-249, 1988.