

# **POSITION PAPER SIMEU-VIS**

## **DOCUMENTO DI CONSENSO SULLA GESTIONE DEI PAZIENTI CON VERTIGINE ACUTA NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA**

**Simone Vanni<sup>1</sup>, Paolo Vannucchi<sup>2</sup>, Rudi Pecci<sup>3</sup>, Giuseppe Pepe<sup>4</sup>,  
Maurizio Paciaroni<sup>5</sup>, Andrea Pavellini<sup>6</sup>, Mattia Ronchetti<sup>6</sup>, Maurizio  
Bartolucci<sup>7</sup>, MD, Angela Konze<sup>8</sup>, Andrea Castellucci<sup>9</sup>, Marco  
Manfrin<sup>10</sup>, Augusto Pietro Casani<sup>11</sup>.**

1. SOC Percorsi Intraospedalieri delle Urgenze, AOU-Careggi, Università degli studi di Firenze
2. Medico Audiologo, Firenze
3. Audiologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze,
4. Medicina Emergenza Urgenza e PS, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Viareggio
5. Stroke Unit, Santa Maria della Misericordia Hospital, Perugia
6. Medicina d'urgenza, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze
7. Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Azienda UsI Toscana Centro, Prato
8. SOSD Neuroradiologia - Azienda USL Toscana Centro, Firenze
9. U.O. Otorinolaringoiatria Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL – IRCCS, Reggio Emilia
10. U.O Otorinolaringoiatria, Policlinico San Matteo, Pavia
11. Pisa University Medical School, Pisa.

## Razionale

La vertigine acuta, intesa come la sensazione di movimento del sé o del mondo circostante in assenza di un reale movimento (Bisdorff A, Staab J 2015), è un motivo di accesso comune al Pronto Soccorso (PS), che negli USA rappresenta il 2,1-3,6% delle visite (Bisdorff Acad Emerg Med. 2008), con un costo annuo stimato di circa 10 miliardi di dollari, in gran parte correlato all'elevato uso di imaging cerebrale (Newman-Toker 2008). Per questi pazienti l'uso delle risorse e la permanenza nei PS americani sono superiori rispetto ad altri gruppi di pazienti con motivi di presentazione di simile frequenza (Chang AK 2004, Newman-Toker 2008). L'uso del neuro-imaging, in particolare la tomografia computerizzata (TC) senza mezzo di contrasto, sta aumentando progressivamente (Newman-Toker 2008, Cheung CS et al Emergency med 2010), con una resa diagnostica (n° di test positivi /tutti i test richiesti) che sta parallelamente diminuendo, dal 10% al 5-6% (Idil H, Neurologist. 2020, Kerber KA Acad Emerg Med. 2008). La percentuale sugli accessi totali nei PS italiani è simile, ovvero l'1-3%, e anche la richiesta di esami di imaging cerebrale risulta elevata, fino al 70% dei pazienti (Vanni S 2014, Vanni S 2017). L'uso dell'imaging cerebrale nella fase acuta risulta ancor meno efficiente se si considera che la sensibilità della TC e della RM per la diagnosi di un ictus acuto è del 20-30% per la prima metodica e del 80-90% della seconda se effettuate nelle prime 12 ore dall'evento (Chalela 2007). Se l'ictus è del circolo posteriore, la TC ha una sensibilità di circa il 10% (Kabra Clin radiol 2015) e la probabilità di avere una RM negativa è 5 volte superiore rispetto ad un ictus del circolo anteriore (32). L'elevato utilizzo di test di imaging oltre a non apparire giustificato sia per la ridotta accuratezza diagnostica, che per motivi di radioprotezione e di costi, può indurre una falsa rassicurazione in caso di test negativo (12,13) e aumentare il tempo di permanenza in PS senza migliorare l'accuratezza diagnostica (14,15).

La tendenza a chiedere un alto numero di test di imaging cerebrali è verosimilmente dovuta, almeno in parte, ad una conoscenza poco approfondita sulle possibili cause di vertigine. Altre motivazioni possono essere legate al fatto che generalmente il risultato di un test di imaging sia ritenuto più accurato di un esame clinico, a timori di natura medico-legale, al tentativo di rassicurare o di assecondare le richieste dei pazienti (23,24).

Se da una parte i test di imaging cerebrale hanno dimostrato i loro limiti nella valutazione iniziale del paziente con vertigine acuta, l'esame clinico, comprendente una corretta osservazione del nistagmo, si sono dimostrati invece particolarmente accurati ed efficienti nelle mani di esperti (25,26). Purtroppo, i dati della letteratura sottolineano come i medici dell'emergenza di solito non usano questi sistemi di valutazione o li usano in modo scorretto (27), e non applicano quanto suggerito dalle linee guida specialistiche di settore (28,29,30-32). Non è un caso che gli stessi medici d'urgenza hanno riconosciuto nella vertigine acuta

uno degli argomenti che necessita prioritariamente di un approccio standardizzato e di linee guida o documenti di consenso dedicati (33,34).

Proprio per cercare di riempire questo vuoto formativo e conoscitivo, negli ultimi anni sono stati proposti alcuni algoritmi clinici volti a migliorare l'accuratezza diagnostica del medico dell'urgenza in questa particolare patologia (11,17-20). In particolare, gli algoritmi 'HINTS' e 'STANDING' sono stati validati anche esternamente dimostrando una buona accuratezza diagnostica (21,22). Molto recentemente inoltre sono state pubblicate linee guida internazionali dedicate alla gestione in PS dei pazienti con vertigine (35).

Scopo di questo documento di consenso è quello di cercare di proporre in modo semplice e condiviso a livello multidisciplinare l'evidenza scientifica necessaria a supportare le scelte cliniche quotidiane dei medici che valutano pazienti adulti con vertigine acuta senza una chiara origine centrale, senza cioè altri chiari segni neurologici associati (cosiddetta vertigine isolata).

Si intende inoltre fornire dei punti riferimento riguardo alla stesura di percorsi diagnostici terapeutici locali e spunti di riflessione per lo sviluppo e l'implementazione di progetti formativi e di ricerca.