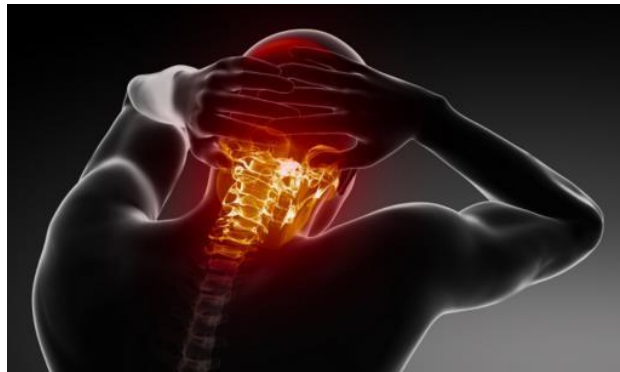


# VERTIGINE CERVICOGENA

- CHE COS'È
- VALUTAZIONE
- STRATEGIE TERAPEUTICHE
  - ESERCIZIO TERAPEUTICO
  - TERAPIA MANUALE
- VOCE AL PROFESSIONISTA



## CHE COS'È

Con “vertigine cervicogena” si intende una sensazione aspecifica di disorientamento nello spazio e sensazione di squilibrio associate ad anormale attività afferente del rachide cervicale. In parole semplici, è una condizione comune (prevalenza del 20-30%) e disabilitante che si presenta come un **disequilibrio associato a dolore e/o rigidità del collo e mal di testa, influenzato dal movimento o dalla posizione del rachide cervicale<sup>(1)</sup>**; può persistere per anni portando ad uno stress psicologico ed emotivo che riduce la qualità della vita.

Le **cause** possono essere diverse, associate tra loro e coinvolgere più sistemi (muscoloscheletrico, vestibolare, cardiovascolare, sistema nervoso periferico e centrale, sistema nervoso autonomo). Sebbene l'origine del disturbo sia controversa, il sintomo appare legata a segnali alterati che il rachide cervicale manda ai nuclei vestibolari<sup>(2)</sup>. I due sistemi, infatti, sono collegati da vie afferenti che, partendo dalla muscolatura profonda del collo, arrivano ai nuclei vestibolari; in caso di dolore, rigidità o squilibrio muscolare, questa funzione viene alterata e genera dizziness (vertigine).

Il primo responsabile della vertigine cervicogena è il **colpo di frusta**, a seguito del quale spesso compare la sensazione di disequilibrio. Un'altra causa preponderante nell'adulto è la **spondilosi cervicale**.

1. COLLEDGE NR, BARR-HAMILTON RM, LEWIS SJ. Evaluation of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based control study. Br Med J 1996.
2. LI Y, PENG B. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of cervical vertigo. Pain Physician 2015.

## VALUTAZIONE

Per una corretta valutazione, è necessaria una dettagliata raccolta anamnestica. Spesso, il paziente fornisce informazioni riguardo un senso di sbandamento ed un'alterazione dell'equilibrio in assenza di cadute improvvise. La condizione di vertigine cervicogena deve essere attribuita a seguito dell'esclusione di problematiche di natura nervosa centrale e otorinolaringoiatrica, ed in presenza stretta di **relazione temporale tra dolore al collo e precedenti traumi o patologie a livello cervicale**<sup>(3)</sup>.

Durante la valutazione, il terapeuta deve chiedere al paziente il motivo della visita, la modalità e le tempistiche d'insorgenza del disturbo, la descrizione e la localizzazione del sintomo e quali attività sente difficoltà a svolgere. La terminologia con cui il descrive la vertigine spesso è varia, dipendentemente dalla varia percezione che può averne, mentre l'insorgenza è generalmente associata ad un trauma distrattivo o a traumi minori ripetuti nel tempo. Il dolore e la rigidità al collo sono i sintomi, percepiti per lo più nella zona del rachide cervicale, tale per cui anche i più semplici movimenti del collo risultano difficoltosi.

L'**esame obiettivo**, cioè la valutazione del terapeuta, si deve basare sulla mobilità attiva e passiva del rachide cervicale del paziente, e sui test provocativi.

Per avere uno strumento affidabile e validato, il terapeuta può somministrare al paziente la **Neck Pain and Disability Scale**. Questa scala di valutazione, usata per determinare e monitorare il dolore cervicale e la disabilità ad esso correlata, propone al paziente 20 domande a cui deve rispondere<sup>(4)</sup>.

3. WRISLEY DM, SPARTO PJ, WHITNEY SL. Cervicogenic dizziness: a review of diagnosis and treatment. JOSPT 2000.
4. MONTICONE M, BAIARDI P, NIDO N. Development of the Neck Pain and Disability Scale, NPDS-I: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine 2008.

## STRATEGIE TERAPEUTICHE

Una volta accertato il disturbo, occorre in primis informare ed educare il soggetto riguardo l'evoluzione del disturbo stesso, i fattori di rischio (cronicizzazione del sintomo) e la gestione del problema in modo attivo. Gli strumenti di cui dispone il fisioterapista per riabilitare il paziente con la vertigine cervicogena sono essenzialmente due: l'esercizio terapeutico e la terapia manuale.

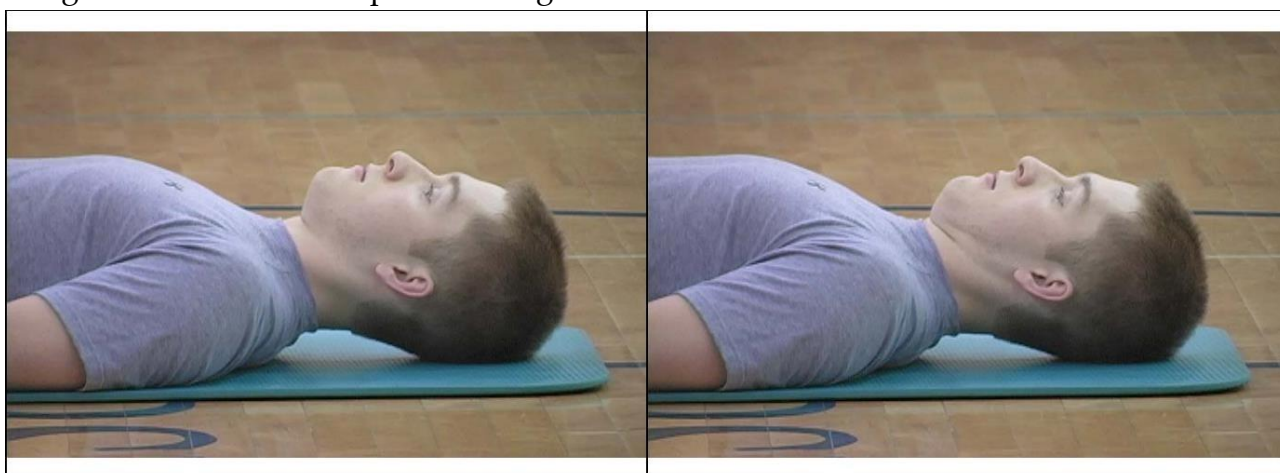
### ESERCIZIO TERAPEUTICO

È dimostrato che in pazienti affetti da dolore cervicale cronico siano riscontrate alterazioni di reclutamento muscolare, ritardo di attivazione, faticabilità e debolezza dei muscoli

flessori ed estensori superficiali che risultino essere iperattivi e non avere adeguato periodo di riposo<sup>(5)</sup>. Da ciò ne deriva l'importanza di insegnare ai pazienti **esercizi sensomotori**, mirati a migliorare la performance muscolare, la rapidità di reclutamento, la forza e la resistenza della muscolatura profonda, insieme al rilasciamento della muscolatura superficiale.

Un valido esercizio è il **self-SNAG** (self-sustained natural apophyseal glide): il paziente, in posizione seduta con la schiena in asse, porta le sue dita sull'apofisi spinosa cervicale di C2 (indicata dal fisioterapista) e, con una pressione costante, muove il collo nella direzione che provoca il sintomo. Il paziente muove il collo nella direzione sintomatica per sei ripetizioni una volta al giorno per circa 12 settimane<sup>(6)</sup>.

Un secondo esercizio è il **cervical flexor**, in cui il paziente è in posizione eretta col capo e le scapole appoggiate ad una superficie dura (muro, porta). Il paziente deve portare il mento in dentro, come ad accennare un "sì" col capo, senza contrarre la muscolatura anteriore del collo. La contrazione va mantenuta per tutta la durata dell'espiazione ed il paziente deve eseguire tre serie da 20 ripetizioni al giorno.



## TERAPIA MANUALE

Le tecniche di terapia manuale che hanno apportato più risultati nella gestione di questo disturbo sono il sustained natural apophyseal glide (SNAG) e la mobilizzazione articolare passiva a bassa velocità.

Lo **SNAG** consiste nel movimento attivo del paziente nella direzione del movimento che gli crea dolore, mentre il fisioterapista applica una leggera pressione a livello della vertebra su cui si lavora, e la mantiene. La direzione della pressione esercitata dipende dal piano su cui viene provocato il sintomo. Questa procedura si ripete sei volte in prima seduta, lavorando in assenza di dolore, mentre dalla seconda seduta la pressione esercitata aumenta<sup>(7)</sup>.

L'altra tecnica manuale è la **mobilizzazione passiva**, che il fisioterapista effettua a livello delle articolazioni vertebrali ipomobili o dolorose del tratto cervicale superiore. Consiste in movimenti oscillatori, centrali o laterali rispetto alla vertebra, della durata di 30-45 secondi applicati ad ogni tratto cervicale trattato<sup>(7)</sup>.



5. KRISTJANSSON E, TRELEAVEN J. Sensomotor function and dizziness in neck pain: implication for assessment and management. JOSPT 2009.
6. THOOMES-DE GRAAF M, SCHMITT MS. The effect of training the deep cervical flexors on neck pain, neck mobility, and dizziness in a patient with chronic nonspecific neck pain after prolonged bed rest: a case report. JOSPT 2012.
7. WRISLEY D, SPARTO P, WHITNEY S. Cervicogenic dizziness: a review of diagnosis and treatment. JOSPT 2000.

## VOCE AL PROFESSIONISTA

Se la teoria sulla vertigine cervicogena si presenta in questo modo, diversa è la pratica, e diverse sono le situazioni che il terapeuta si trova ad affrontare a contatto col paziente. Il fisioterapista dev'essere in grado di saper riconoscere il disturbo e come esso si ripercuote nella vita del paziente. Il nostro ruolo è quello di effettuare un trattamento sempre "paziente-centrico", in cui le difficoltà e i bisogni del paziente stiano al primo posto: per questo il trattamento varia, dev'essere individuale e mirato al singolo. D'altra parte il paziente dev'essere collaborativo e collaborante, soprattutto nell'esecuzione degli esercizi che il terapeuta gli insegna e deve svolgerli a casa autonomamente. Una volta sancito un rapporto di fiducia e collaborazione, la strada verso la guarigione è intrapresa.

Dott.ssa Perlo Elisa