

LA CCSVI NELLA MALATTIA DI MENIERE UNA NUOVA PROSPETTIVA TERAPEUTICA

15° Congresso Nazionale 4° Convention Nazionale
SOCIETA' ITALIANA DI FLEBOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE (SIFCS)
4-6 Dicembre 2014

Parco dei Principi - Bari

Aldo Bruno^o – Vincenzo Giugliano*

^oDivisione di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

*** Divisione di Radiologia**

Casa di Cura Gepos Telesse Terme (BN)

Dichiarazione di Conflitto d'Interesse

Aldo Bruno e Vincenzo Giugliano
dichiarano di non avere
Nessun Conflitto d'Interesse
in correlazione agli Argomenti ed alle
Immagini presentate in questa relazione



**...QUANDO SI VERIFICA UNA
DIMINUZIONE RILEVANTE
DELL'UDITO, ALLORA LA MALATTIA
VERTIGINOSA HA SEDE NEL
LABIRINTO....**

Prospero Menière, 1861



Il riconoscimento nelle Scienze mediche del ruolo dell'orecchio interno nei riguardi dell'equilibrio risale a questa geniale intuizione

MD e alterazioni della microcircolazione a livello della stria vascularis

- Elevazione pressione idrostatica nelle arterie della SV
- Spostamento di fluidi dai capillari nello spazio endolinfatico
- Aumento di drenaggio a livello del sistema venoso
- L'eccesso di fluido viene compensato
- Un'alterazione del drenaggio venoso provocherebbe l'aumento di volume endolinfatico della MD

Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and therapy in Meniere's disease AAO 1995

Meniere's disease is a clinical disorder defined as the idiopathic syndrome of endolymphatic hydrops.

... endolymphatic hydrops can only be demonstrated with certainty by histopathologic study of the temporal bones.

... The presence of endolymphatic hydrops can be inferred during life by the presence of the following as further defined below:

Recurrent, spontaneous episodic vertigo;

Hearing loss; aural fullness; tinnitus.

Either tinnitus or aural fullness (or both) must be present on the affected side to make diagnosis for reporting purpose under these guidelines

Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and therapy in Meniere's disease AAO 1995

- 1. Certa** - MdM definita con conferma istopatologica
- 2. Definita**
 - almeno 2 episodi di vertigine di 20' o più
 - almeno una evidenza audiometrica
 - pienezza auricolare e/o acufene
 - altre cause escluse
- 3. Probabile**
 - almeno 1 episodio di vertigine
 - almeno una evidenza audiometrica
 - pienezza auricolare e/o acufene
 - altre cause escluse
- 4. Possibile**
 - episodi di vertigine simil-menierica
 - senza evidenza audiometrica
 - ipoacusia neurosensoriale (fluttuante o stabile)
 - con disequilibrio senza episodi vertiginosi
 - altre cause escluse

Epidemiologia

- I dati sono spesso molto contrastanti e poco confrontabili tra loro (e forse non del tutto attendibili...)
- Incidenza
 - 200/1.000.000 (Giappone)
 - 75/1.000.000 (Francia)
 - 460/1.000.000 (Inghilterra)
 - 101/1.000.000 (USA)
 - 140/1.000.000 (Italia)
 - 460/1-000.000 (Svezia)
 - 43/1.000.000 (Finlandia)

Epidemiologia

- **Età media di esordio: 30-40 anni**
- **Rara in età infantile (1-2%)**
- **Non esistono differenze significative di sesso**

Inizio Monolaterale

L'altro orecchio viene colpito negli anni successivi.

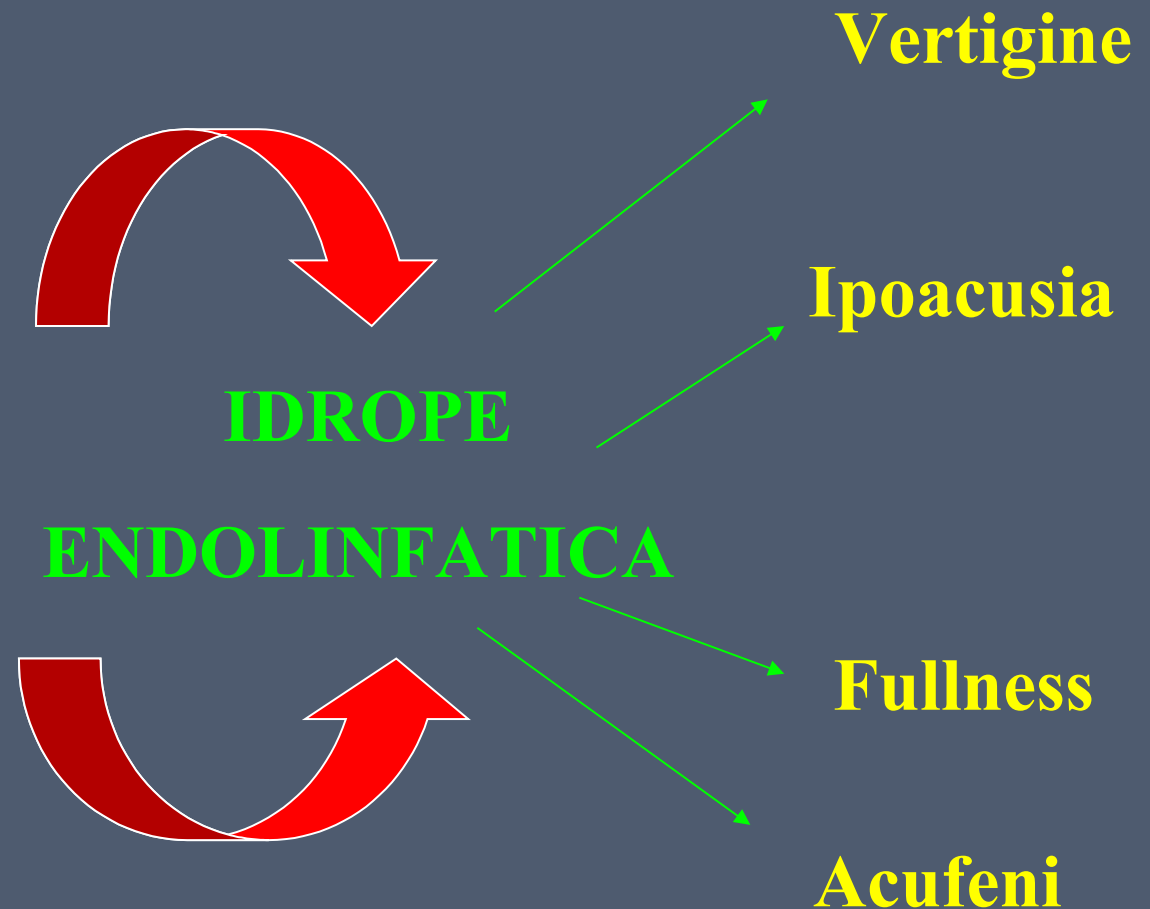
**La sintomatologia ha un aspetto Sinusoidale tipo
Recidivante Remittente**

**L'udito inizialmente tende a tornare normale, ma
negli anni la perdita di udito si osserva spesso.**

La Fisiopatologia della MdM: l'ipotesi "centrale"

- Predisposizione genetica
- Autoimmunità
- Infiammazione
- Blocco del drenaggio/aumento produzione endolinfa
- Alterazioni endocrine

- Alterazioni neurovegetative
- Infezioni virali
- Deficienze dietetiche
- Anomalie vascolari
- Traumi



TERAPIA

Al momento non vi è una terapia per la Malattia di Meniere.

L'iniezione Intratimpanica di Gentamicina è un trattamento efficace nel caso di episodi vertiginosi ricorrenti.



CASISTICA PERSONALE

CCSVI E' PRESENTE NEL 90% DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI MENIERE

140 pazienti valutati con Malattia di Meniere Clinicamente Definita

128 hanno presentato due o più parametri positivi per la CCSVI

Il Lato con maggiori lesioni è quello con la Diagnosi di Malattia di Meniere, ma anche l'altro presentava delle lesioni ultrasonograficamente rilevabili, ma di minore entità

Nei casi di Meniere bilaterali l'orecchio con iniziale diagnosi di Meniere è quello che ha presentato le lesioni maggiori.

NEI PAZIENTI SANI L'INCIDENZA E' DEL 3%

PARAMETRI ECD-TCCS

1. Flusso Bidirezionale in una o entrambe le IGV e/o le VV in tutte e due le posizioni o Flusso Bidirezionale in una posizione con Assenza di flusso nell'altra (65%)

2. Flusso bidirezionale nelle vene intracraniche e nei seni. (80%)

3. Difetti Intralumuninali (lembi, setti o valvole) associati a modificazioni emodinamiche (blocchi, reflussi o accelerazioni) e/o Riduzione della area della IGV in posizione supina a 0.3 cm/q. (90%)

4. Assenza di flusso in IGV e/o VV e/o assenza di flusso in una posizione e flusso bidirezionale nell'altra (45%)

5. DCSA di IGV maggiore o invariata sia a 90° che a 0° (3%)

LESIONI DI PIU' FREQUENTE RISCONTRO

Anulus: stenosi circonferenziale dell'intera vena

Setto: anomalia delle valvole causante un ostacolo al deflusso nel distretto della giunzione della VGI con il tronco brachio-cefalico

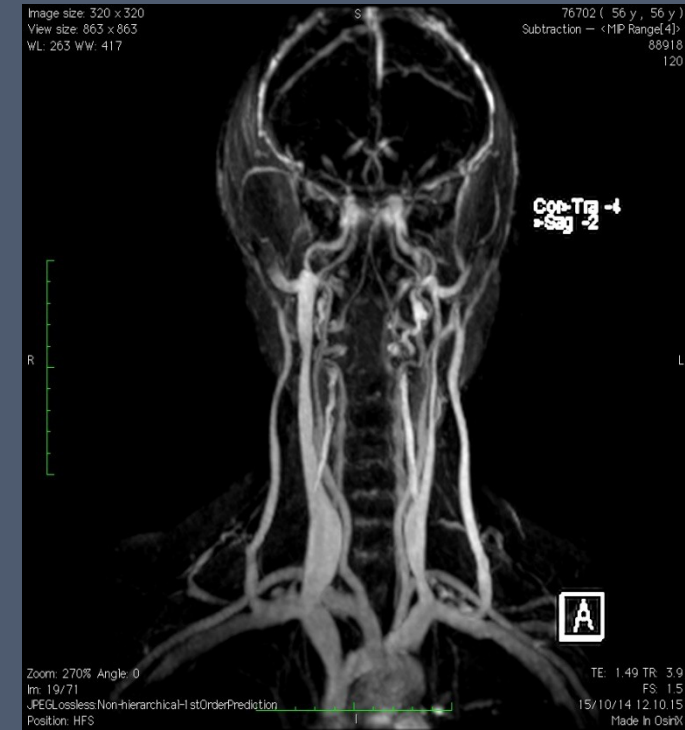
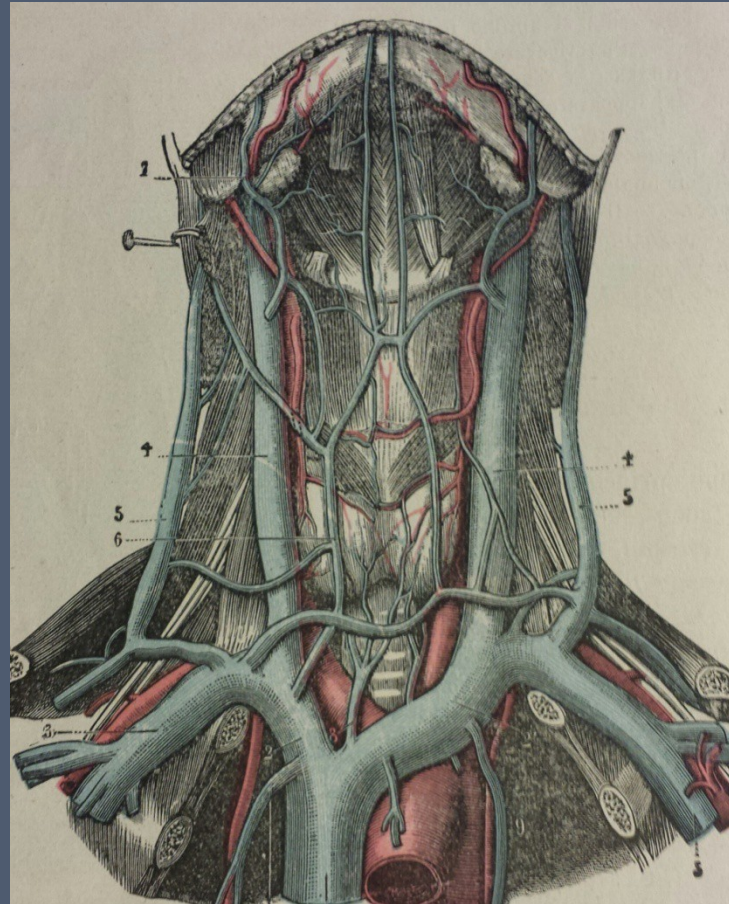
Ipoplasia: segmenti venosi poco sviluppati

Twist: rotazione della vena (prevalentemente l'azygos) che crea una stenosi severa del vaso

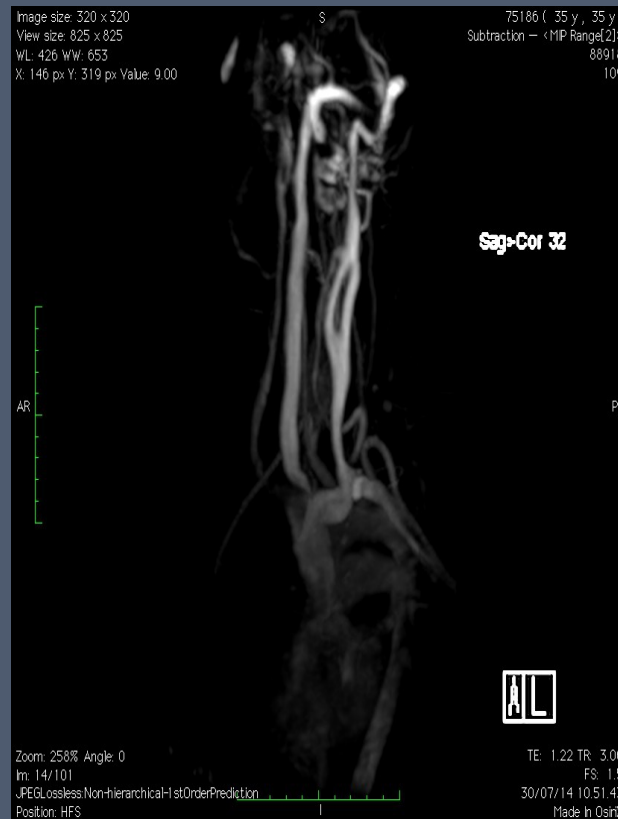
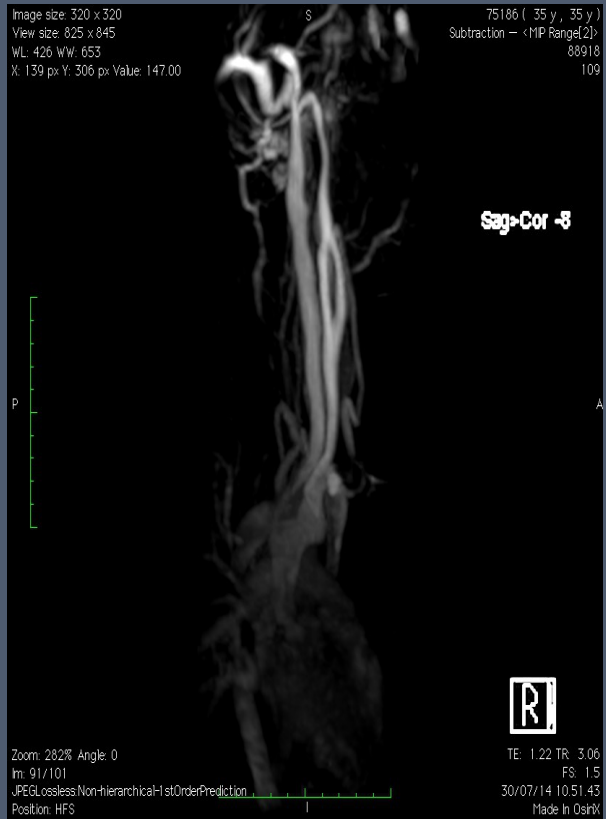
Membrane: nei casi di iperplasia parietale con quasi totale ostruzione del vaso

Agenesia: totale assenza del segmento venoso

ANGIO-RM E CCSVI



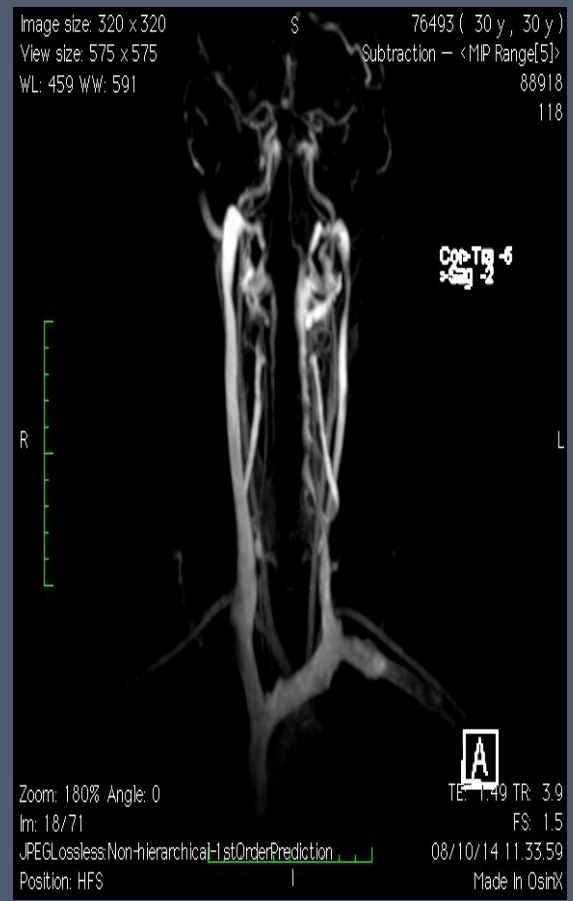
ANGIO-RM E CCSVI



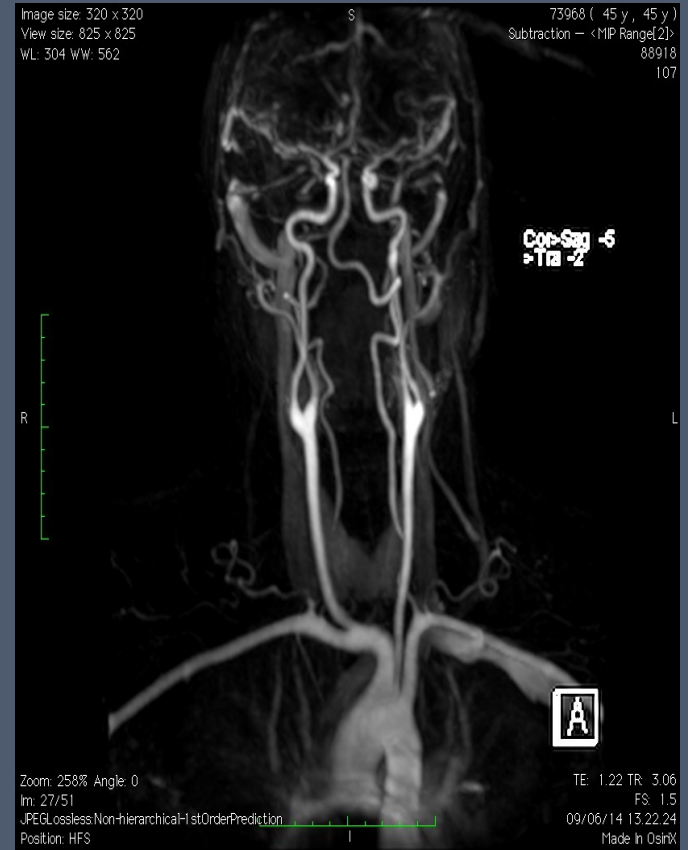
ANGIO-RM E CCSVI

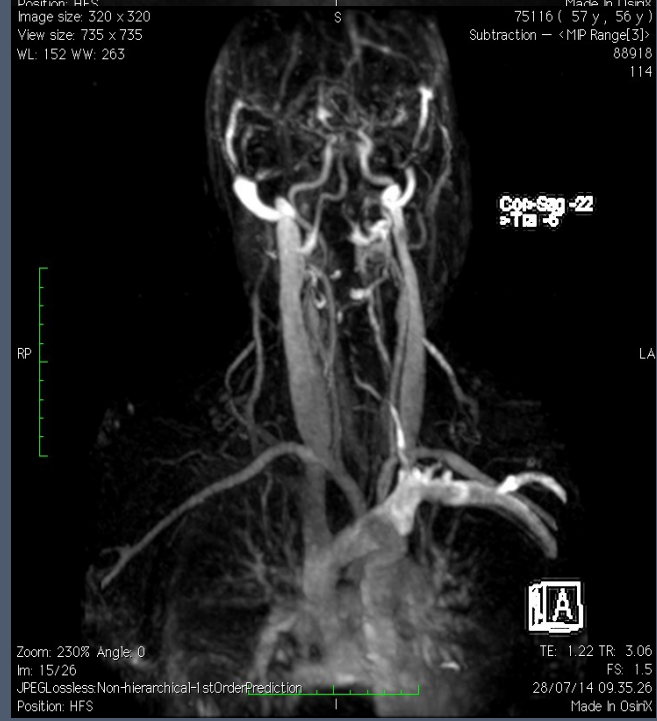
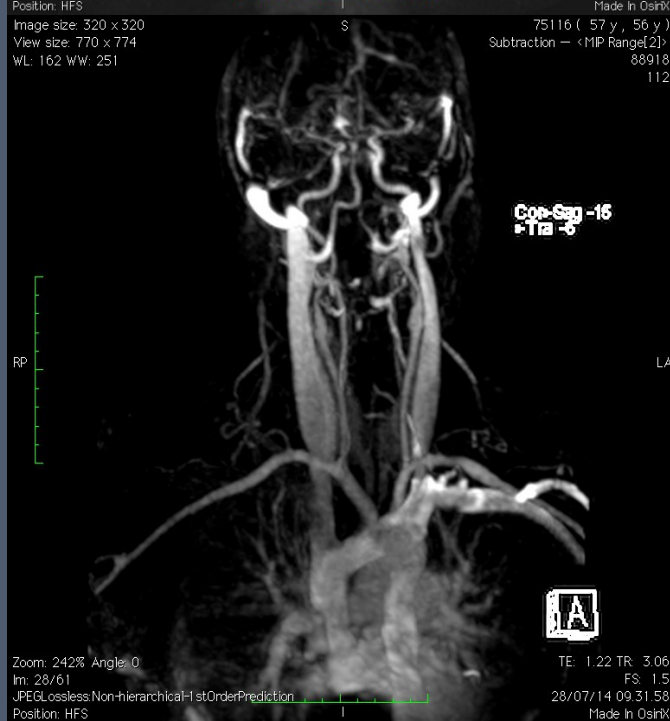
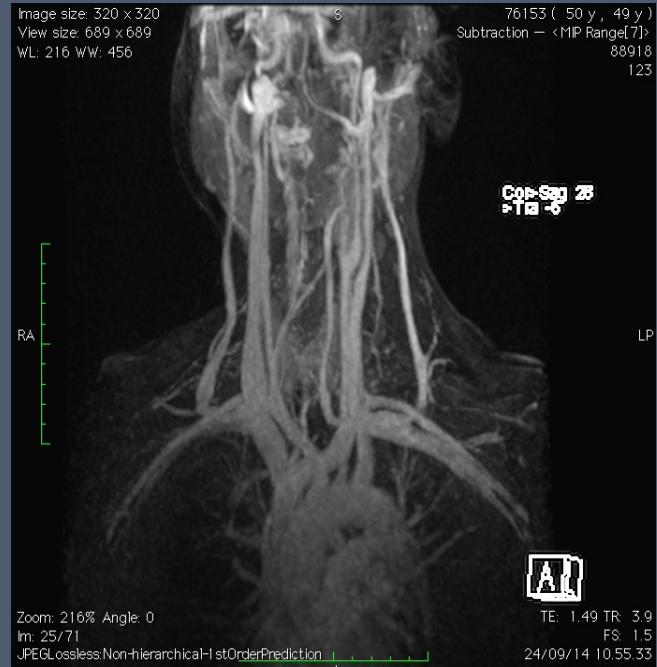
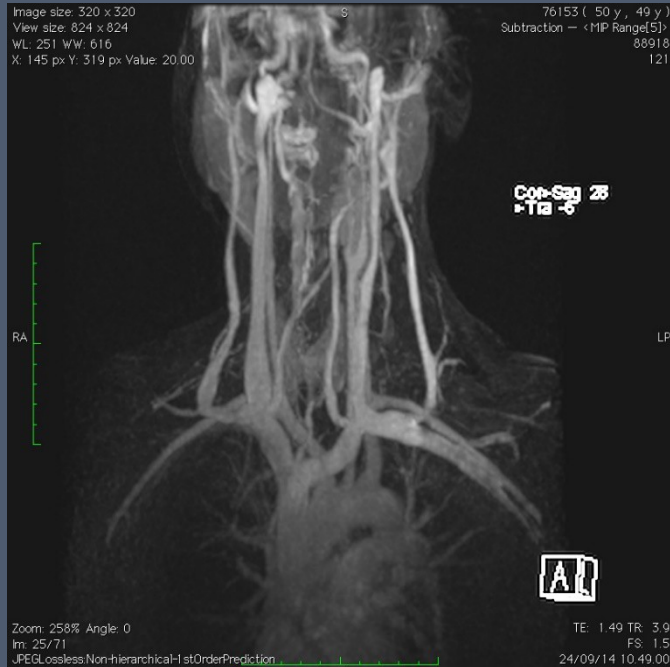
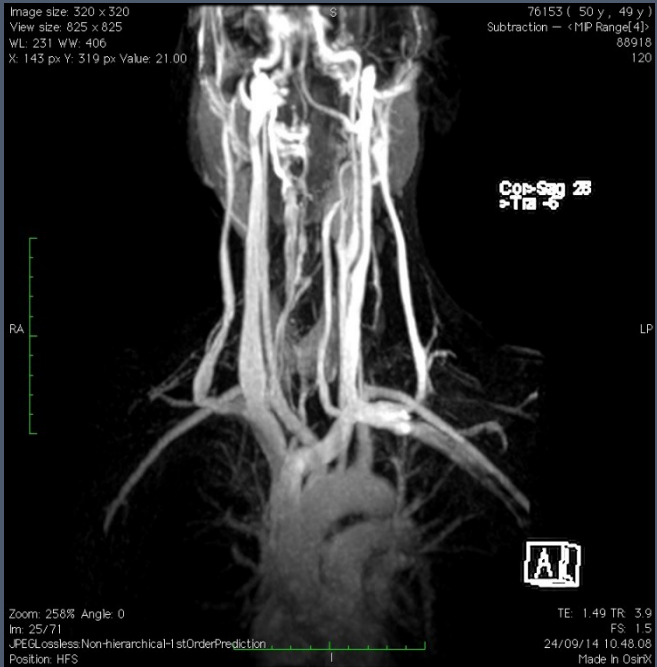


ANGIO-RM E CCSVI



ANGIO-RM E CCSVI





ANGIO-RM E CCSVI

FOLLOW-UP



PTA PER CCSVI: protocollo personale

- ✓ Anestesia locale
- ✓ Cateterismo percutaneo venoso trans-femorale (sn/dx)
- ✓ Cavografia inferiore e superiore
- ✓ Cateterismo selettivo delle vene giugulari interne e della vena azygos
- ✓ Flebografia selettiva nelle tre proiezioni e valutazione dei tempi di deflusso.

- ✓ Eparina sodica 2500 ui
- ✓ PTA con catetere non compliante da \emptyset 10-20 mm (di routine \emptyset 14 mm per la giugulare e di \emptyset 10 mm per l'azygos) (2 minuti a 8-10 atm)
- ✓ Controllo angiografico
- ✓ Emostasi manuale per compressione
- ✓ Medicazione compressiva (non occorrono sistemi percutanei di emostasi)
- ✓ Riposo a letto con arto esteso per 12 ore
- ✓ Terapia post-operatoria: EBPM 6000 ui x 2 x 20 gg
- ✓ Terapia con Mesoglicano: 100 mg/die per 12-24 mesi
- ✓ Controllo clinico ed ecocolorDoppler a 1, 3, 6, 12,18, 24 mesi

Tipo A Stenosi sia del segmento prossimale dell'Azygos che di una VGI con una VGI controlaterale di dimensioni aumentate (> cross-section area)

Tipo B Stenosi emodinamicamente significativa di entrambe le VGI e dell'Azygos prossimale (33%)

Tipo C Stenosi bilaterale delle VGI con Azygos normale (62%)

Tipo D Lesioni multisegmentarie dell'azygos e del sistema lombare.

NELLA MALATTIA DI MENIERE ABBIAMO PREVALENTEMENTE OSSERVATO UNA CCSVI DI TIPO B E DI TIPO C

CSA DI CURA GEPOS TELESE E

29 11 2013

06 10 36

45 

95 



Volpi

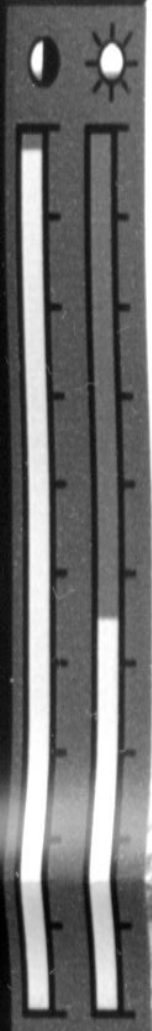
Luciano

Fleb V Giug - Azygos

13/4999/215

Dr. Bruno

03.05.1950



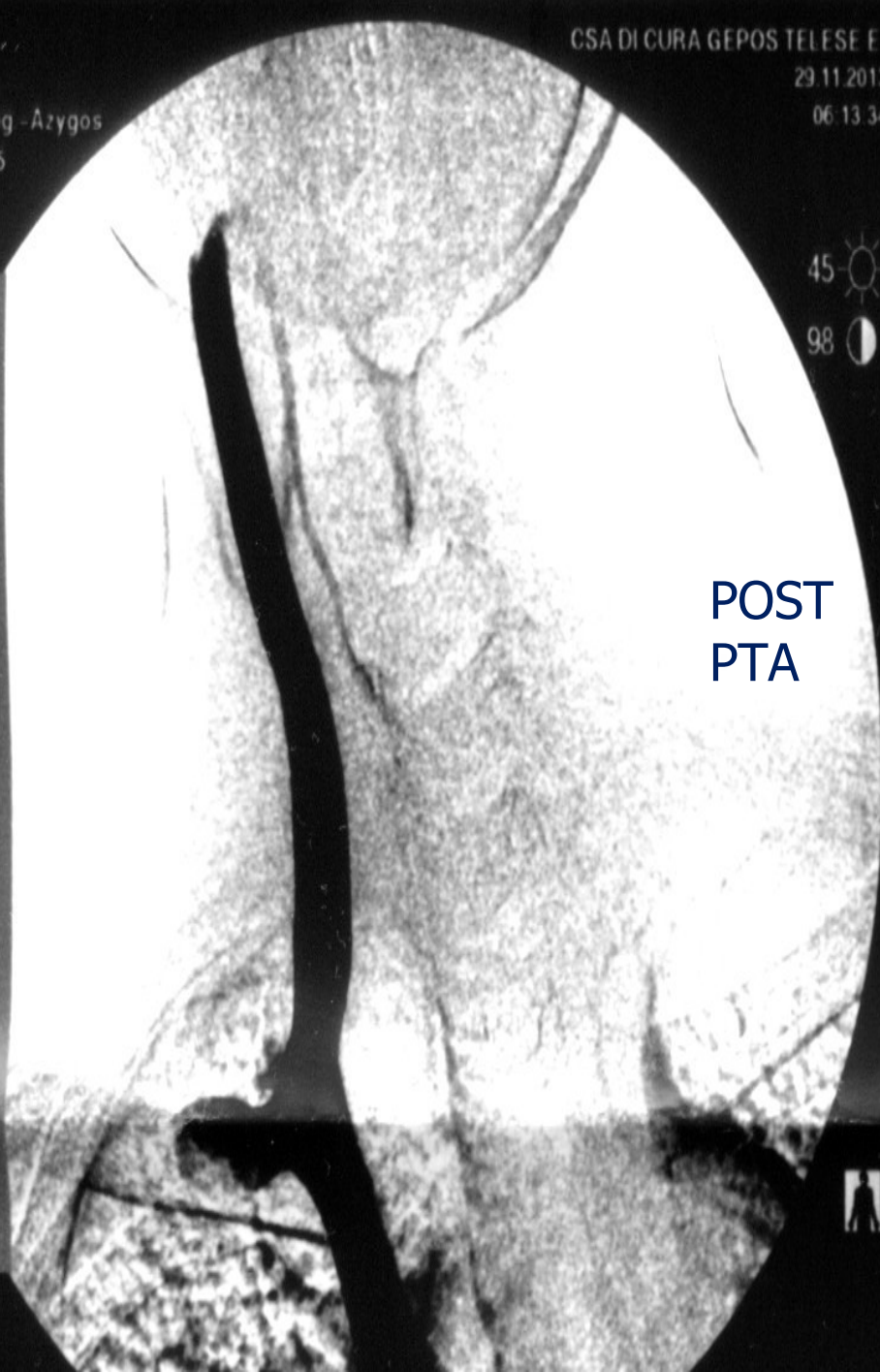
CSA DI CURA GEPOS TELESE E

29 11 2013

06 13 36

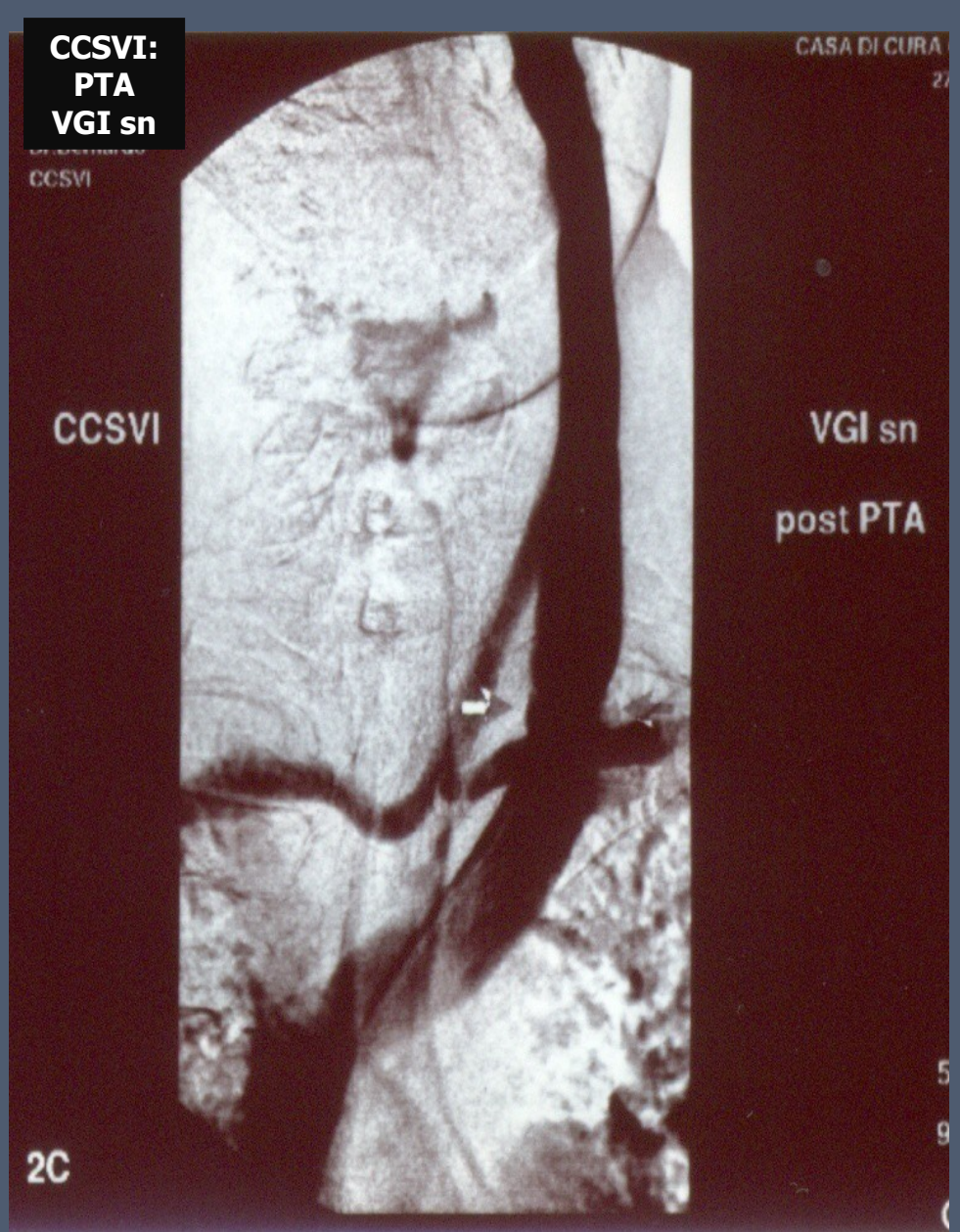
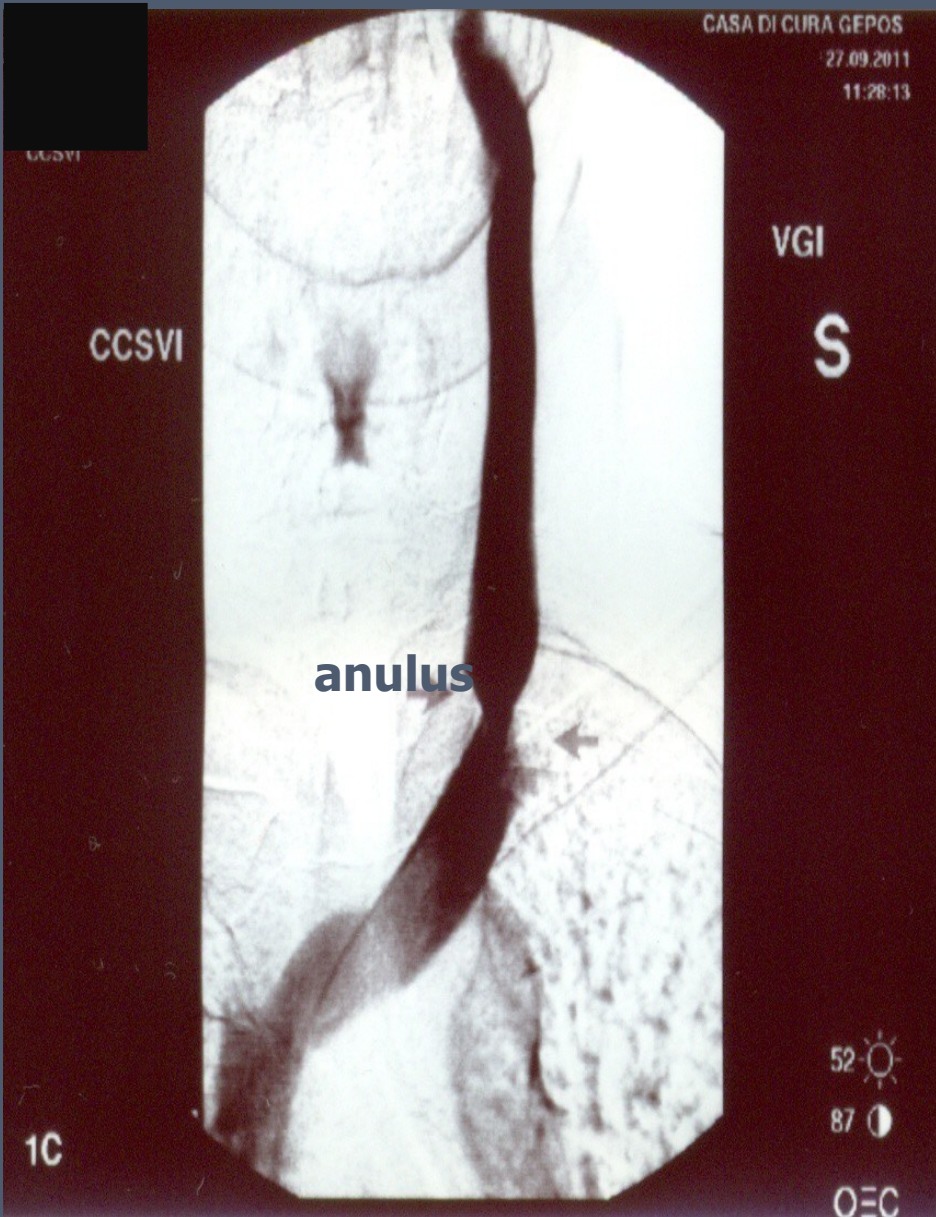
45 

98 



POST
PTA





03/01/76

f

13/4358/178

Dr. Bruno Dr. Mastrangelo

Fleb. V. Giug. - Azygos

48 

68 

PRE
PTA

∞ 1

3C

OEO

13/4358/178

Dr. Bruno Dr. Mastrangelo

Fleb. V. Giug. - Azygos

50 

70 

POST
PTA

 1

4C

OEC

Im: 107/254
Se

CCSVI/Meniere
14/600/29
Bruno/Mastrangelo
24.04.1965
F

CASJ

14110220149
24/04/1965 F
CASA DI CURA GEPOS TELESE EMODINAMICA
20140211050633
CCSVI/Meniere

87 

PRE
PTA

CASA DI CURA GEPOS TELESE EMODINAMICA



3C

WL: 32767 WW: 65535 [D]

AP

OEC

11/02/2014 04:15:49



Im:
Se

CASA

171102120147

24/04/19684F

CASA DI CURA GEPOS TELESE EMODINAMICA

20140211050633

CCSVI/Meriere

ere

14/500/29

Bruno/Mastrangela

24.04.1965

F

87 

POST
PTA



2C

WL: 32767 WW: 65535 [D]

AP

OEC

11/02/2014 04:15:49





PRE PTA



POST PTA



PRE



POST
PTA

CASISTICA PERSONALE

Aprile 2013 - Ottobre 2014

N. 40 PROCEDURE

- 16 Uomini

- 24 Donne

Età Media 47 anni

Stadio Clinico

- Unilaterali 22

- Bilaterali 18

Inizio della malattia da 28 anni a 2 anni prima

Tutti sintomatici, tutti con diagnosi ultrasonografica di CCSVI con almeno due/cinque parametri secondo protocollo Zamboni (Esaote ultrasound MyLab Vinco)

Tutti I pazienti utilizzavano solo terapia sintomatica ed alcuni anche diuretici e farmaci antipertensivi

Valutazione Clinica: Valutazione ORL , esame audiometrico, dosaggio ematochimico di Ac. Folico, Vitamina B12 ed Omocisteinemia .

I Benefici della PTA delle lesioni venose furono valutati:

Miglioramento della capacità uditiva sia soggettiva che con Esame Audiometrico.

Riduzione del numero e dell'entità delle vertigini.

Riduzione o scomparsa degli acufeni.

Riduzione o scomparsa della sensazione di ripienezza endoauricolare

RISULTATI

Successo Angiografico: 40/40 (100%)

Complicazioni Maggiori: 0% (rottura, emorragia)

Complicazioni Minori: 2% (un solo caso di fibrosi IGV al controllo ecd dopo un mese)

Successo Clinico Perioperatorio (Valutazione Soggettiva ed Oggettiva):

24 hours: 25%

30 giorni: 50%

90-180 giorni: 75-80%

(Migliorata Capacità Uditiva, Riduzione o scomparsa degli acufeni, Riduzione o Scomparsa delle Vertigini, Diminuzione della sensazione di ripienezza endoauricolare.)

Immodificati: 5% (un solo paziente)

Recidiva Clinica Secondaria: 7% (tre pazienti)

Restenosi (Valutazione Ultrasonografica at 3-6-9 mesi dopo PTA): 9%
(tre pazienti)

FOLLOW-UP DOPO UN ANNO (APRILE 2013 OTTOBRE 2014)

N. 20 PAZIENTI

15 DONNE

5 UOMINI

**16 PAZIENTI HANNO AVUTO UNA
SCOMPARSA E/O UNA RIDUZIONE CONSISTENTE
DELLA SINTOMATOLOGIA(80%):**

Nell' udito sia come valutazione soggettiva che all'esame Audiometrico

Riduzione o scomparsa del numero e dell'entità delle vertigini

Riduzione degli acufeni

Riduzione della sensazione di ovattamento

