

Andrea La Torre

# CONOSCERE E CAPIRE L'IDROPE DELL'ORECCHIO INTERNO DALLE BASI ALLA TERAPIA

Un *quasi libro* per capire davvero acufeni,  
problemi di udito, vertigini e disequilibrio e altri  
disturbi





*A tutti i miei errori, sbagli e fallimenti, perché mi avete insegnato ad apprezzare i successi e a non sentirmi mai arrivato, ma sempre a un nuovo punto di partenza.*

*A tutte le botte, anzi “mazzate”, che ho preso nella vita, perché mi avete insegnato a considerare anche quelle subite dagli altri, e a saper dare il giusto valore ai tanti regali e gioie che ho ricevuto.*

*E ai miei pazienti, perché mi avete insegnato... a fare il medico.*



# Premessa

Questo *quasi* libro (non me la sento, per umiltà, di definirlo un vero libro) è la versione off line scaricabile e stampabile del mio sito didattico online [idrope.info](http://idrope.info) dove, oltre a testo e immagini potete trovare anche numerosi video, articoli e note di approfondimento e molti altri servizi.

Nel sito e in questa versione offline, dedicati principalmente ai pazienti (ma anche, ovviamente, utile per medici interessati), scritti in linguaggio chiaro e comprensibile per tutti, vi guido nell'apprendimento progressivo, in modo facile e stimolante, con testo e immagini (e nella versione online anche audio e video), dalle basi fino alla diagnosi, ai singoli sintomi e disturbi e alla terapia.

Ricordate che sapere è il modo migliore per scegliere come curarsi e a chi affidarsi per una cura. E spesso il solo conoscere e capire i propri disturbi già aiuta a star meglio. Ma i sintomi da idrope possono modificarsi nel tempo, quindi non limitatevi a documentarvi solo su quel che avete oggi.

Alla fine, se avrete davvero seguito passo dopo passo l'apprendimento guidato dalle basi alla terapia, ne saprete probabilmente di più di quanto vi è stato spiegato o sapevate finora. E dovrebbe essere vostro interesse sapere e capire!

Buona lettura!



Ricordatevi anche però di verificare online che le informazioni di questa versione stampabile siano aggiornate, soprattutto per quanto riguarda la terapia.

Dott. Andrea La Torre  
Specialista in Otorinolaringoiatria



Parte 1

---

# Le basi

Introduzione

Cos'è l'idrope ?

L'orecchio

La funzione uditiva

La funzione vestibolare

Idrope e ADH

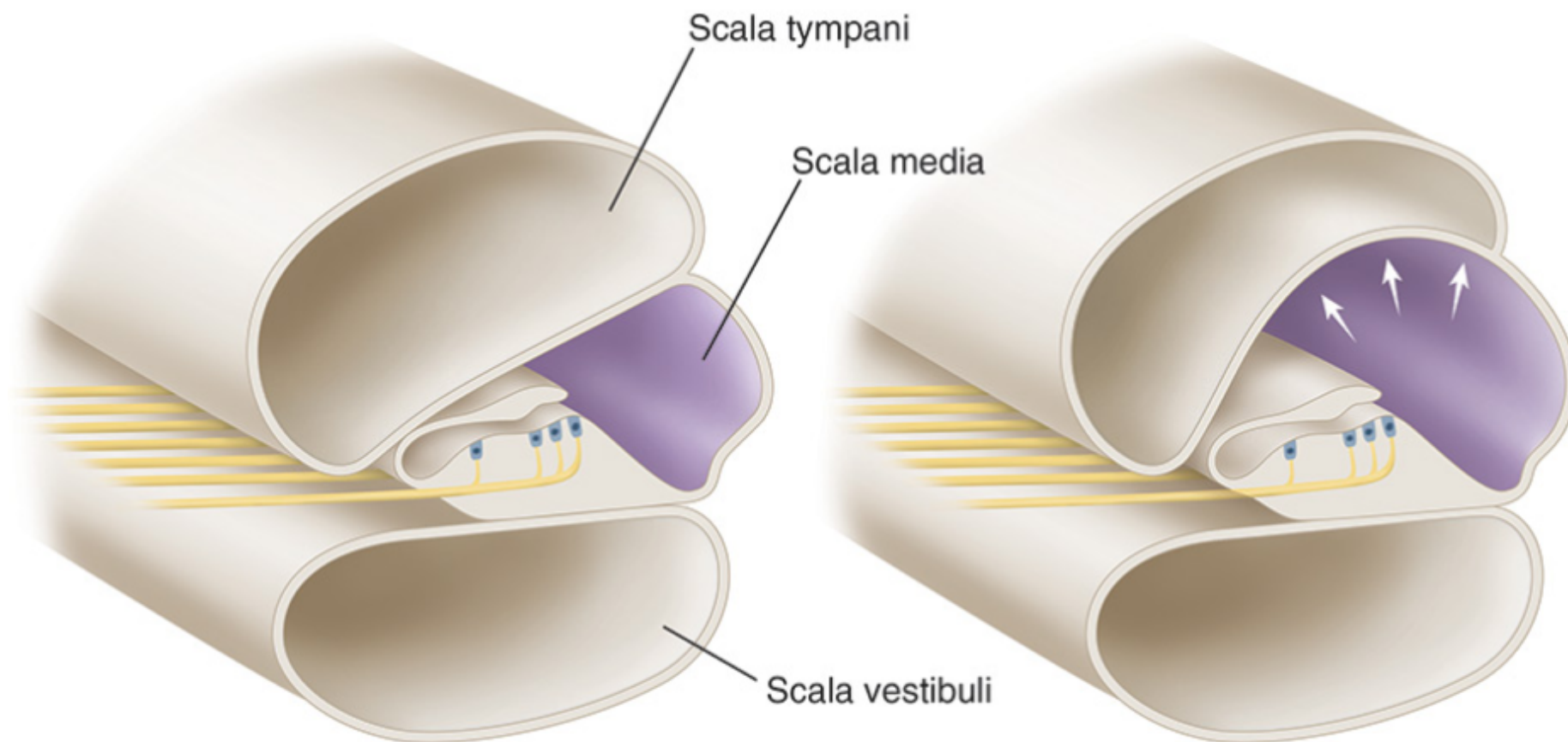
Il ruolo dello stress



# Introduzione

Gli **acufeni** (rumore nell'orecchio), le alterazioni dell'udito (**ipoacusia**, **disacusia**), le crisi di **vertigine** ricorrenti, il **disequilibrio soggettivo**, il senso di pressione auricolare o di orecchio chiuso (**fullness**), l'**iperacusia** (fastidio per i rumori) e perfino la **chinetosi** (mal di viaggio) possono tutti essere causati, isolatamente o in associazione, da una condizione **reversibile e curabile** di aumento di volume e pressione dei liquidi dell'orecchio interno (**idrope**), che crea una disfunzione delle **cellule ciliate della coclea** e/o dei **recettori vestibolari nel labirinto (orecchio interno)**.





L'idrope è la causa più frequente per tutti questi disturbi, e per alcuni anche l'unica possibile, e l'unica per la quale esiste una cura, ma anche la più sottovalutata da medici di base e specialisti. Presunti danni irreversibili sono solo una ipotesi mai provata. Quando tutti questi sintomi sono presenti si parla di **Malattia o Sindrome di Meniere**, ma idrope e Meniere non sono assolutamente sinonimi.





Sebbene ognuno voglia sentirsi individuo speciale, diverso da altri, è importante capire sin d'ora che mentre in effetti alcune caratteristiche variano da persona a persona (fisionomia, altezza, colore degli occhi e altro), il funzionamento di organi e apparati, incluso l'orecchio, è esattamente lo stesso in condizioni fisiologiche in ogni essere umano. Nel caso dell'orecchio poi non esistono nemmeno differenze fisiologiche tra uomo e donna. E' questo che ci permette partendo anche solo da basi di anatomia e fisiologia e logica, come vedremo in seguito in questo percorso di esplorazione guidata, pur senza verificare nel paziente specifico (cosa che ad esempio per l'orecchio interno sarebbe comunque impossibile fare), di poter spiegare da dove determinati sintomi possono originare e da dove non possono comunque. Tenetelo sempre presente nell'affrontare la comprensione su come si fa la diagnosi, come si valutano i sintomi e come si giunge a una terapia.



# Cos'è l'idrope ?

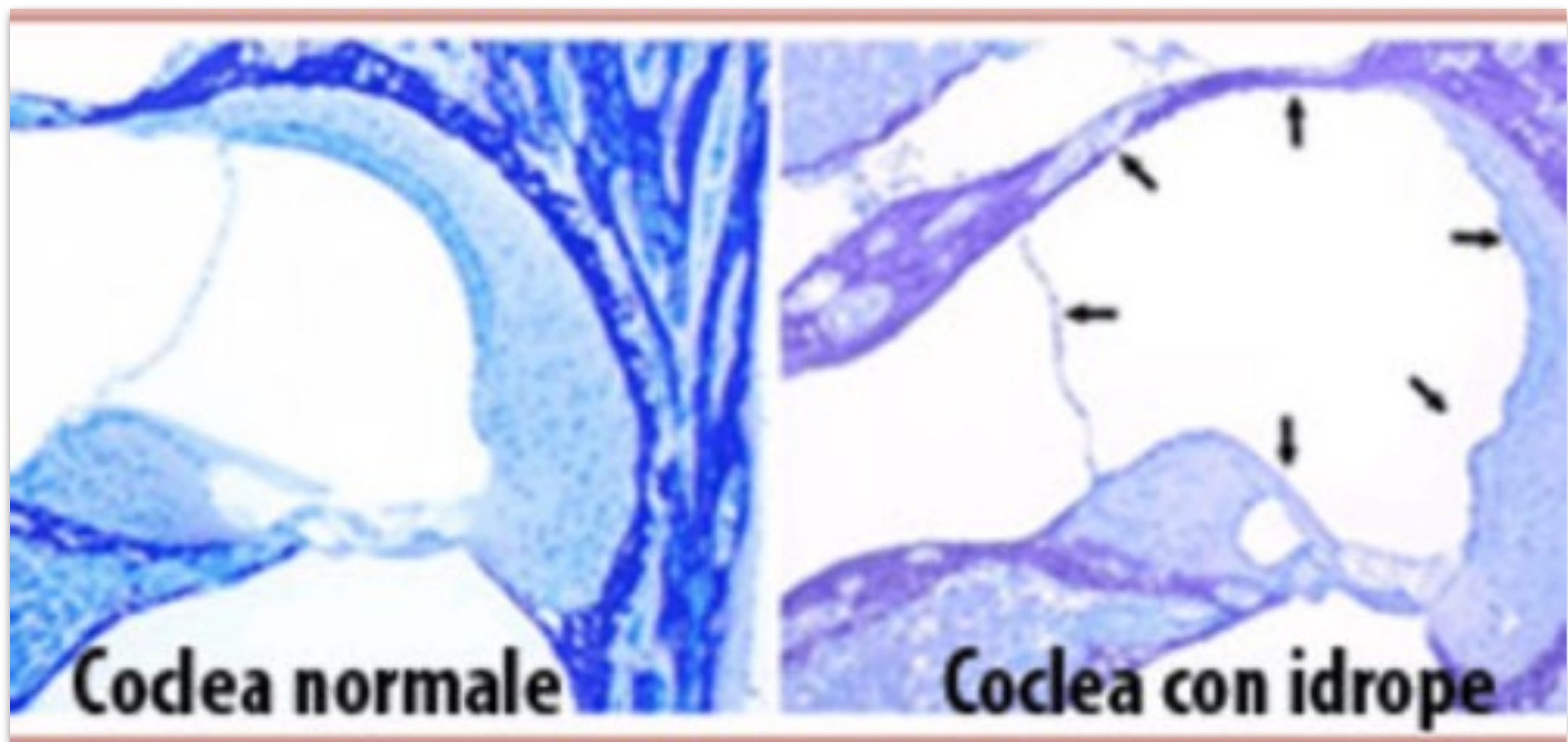
Definiamo **idrope**, *endolinfatico* e *perilinfatico*, l'**aumento del volume dei liquidi dell'orecchio interno**.

Si tratta di una situazione anatomicopatologica ben nota, e dimostrata da molti anni quale meccanismo alla base della **malattia di Meniere**, quando ci sono tutti i sintomi. Ma l'idrope è ancora molto sottovalutato come causa dei singoli disturbi, che possono anche presentarsi isolatamente, senza un quadro completo di sindrome di Meniere.

Sebbene si sappia molto sull'idrope e su come trattarlo, le cause primarie che ne determinano la formazione restano, però, ancora sconosciute.



La **disfunzione idromeccanica**, per l'aumento di pressione, che l'idrope esercita nell'orecchio interno, può causare numerosi sintomi e disturbi, in associazione o anche come sintomi isolati: **acufeni**, problemi di **udito** (**ipoacusia neurosensoriale**, **disacusia**), **vertigini**, **disequilibrio soggettivo**, sensazione di **orecchio chiuso** (**fullness**), fastidio per i rumori esterni (**iperacusia**) e **chinetosi** (mal di viaggio). Ma l'idrope **può perfino non creare, pur se presente, alcun sintomo**.





## La sede dei sintomi da idrope è sempre l'orecchio interno!

Tutti questi disturbi, con la sola eccezione della possibile sensazione di orecchio chiuso da orecchio esterno o medio, di ipoacusia trasmissiva e non neurosensoriale, e di possibile, ma non dimostrabile, eventuale origine, per alcuni acufeni, dalle vie uditive centrali, possono derivare solo da **alterazioni a carico del complesso orecchio interno / nervi acustico e vestibolare**.

Se opportunamente studiato con particolari esami idonei e non solo con un semplice esame audiometrico, come io ho fatto per molti anni su diverse migliaia di casi seguiti, **nessun paziente con questi disturbi ha esami dell'orecchio perfettamente normali**. Il motivo per cui non si trovano queste alterazioni è che spesso non le si sanno cercare e non si cercano proprio, il che porta erroneamente ad attribuire a cause e sedi impossibili l'origine dei sintomi.

Quando la *diagnosi* non è in reale malafede, solo per deviare il paziente verso terapie meno o per nulla vantaggiose per il paziente, ma più redditizie per chi le propone.

## Le prime descrizioni dell'idrope dell'orecchio

Qualche paziente a volte parla di quel che racconto come *"la mia teoria sull'idrope"*, come se l'esistenza dell'idrope me la fossi inventata io. Grazie dell'onore, ma io non ho scoperto o inventato proprio nulla. Nonostante ci fossero già ipotesi dalla fine del XIX secolo e fossero perfino state ideate procedure chirurgiche sul sacco endolinfatico da Georges Portmann nel 1926, le prime conferme dell'idrope quale base anatomo-patologica della malattia di Meniere nota già dal 1861, risalgono al 1937. Furono pubblicate in contemporanea da ricercatori giapponesi (Yanagawa) e inglesi (Hallpike e Cairns) l'anno seguente. Non proprio l'altro ieri...

### Section of Otology

President—F. J. CLEMINSON, M.Chir.

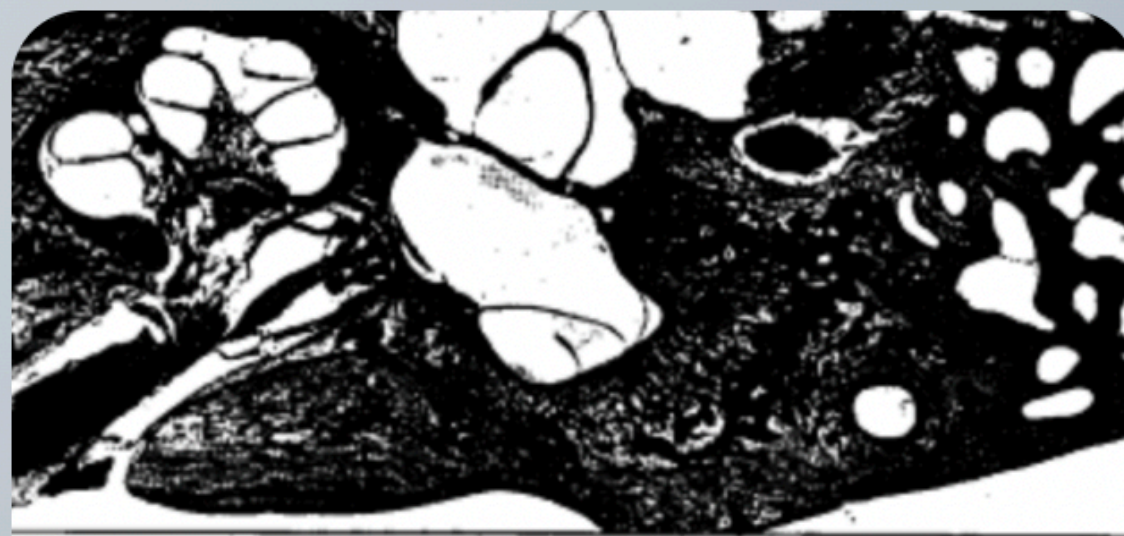
[May 6, 1938]

### Observations on the Pathology of Ménière's Syndrome

By C. S. HALLPIKE, F.R.C.S.,<sup>1</sup> and H. CAIRNS, F.R.C.S.

(Fergus Institute of Otology, Middlesex Hospital, and Department of Neurosurgery, London Hospital)

It is the purpose of this paper to describe—as is believed, for the first time—the pathological changes in the temporal bones in two cases of Ménière's syndrome. In both death occurred shortly after operation for section of the 8th nerve. For the purposes of the present paper, the surgical factors concerned in the operative failure of these cases will be dealt with only in so far as they are related to the interpretation of the histological changes which are now to be described. Their detailed consideration



(Case II).—Low power view, showing normal condition of the tym  
thin the labyrinth there is a gross dilatation of the endolymph space



# L' orecchio

## Come è fatto e come funziona l'orecchio?

Per capire come si può fare diagnosi e comprendere i singoli sintomi dell'orecchio, e in particolare quelli creati dall'idrope, è indispensabile conoscere, almeno nelle basi, come è fatto e come funziona l'orecchio, e il suo **duplice ruolo**, ovvero le **due funzioni** che quest'organo svolge.

Le conoscenze di base di **anatomia** e **fisiologia** possono aiutare a capire molto dei sintomi che possono derivare dall'orecchio, e sono fondamentali.

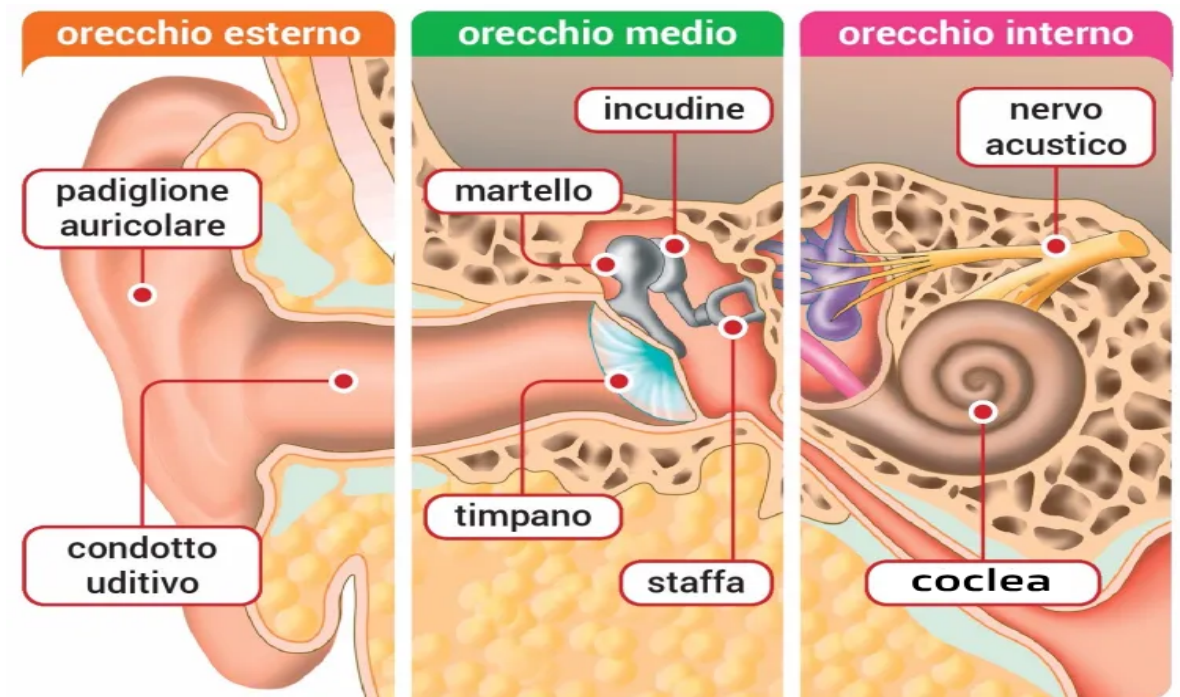


## L'orecchio partecipa a due importanti funzioni:

- La funzione **uditiva**, che ci permette di sentire
- La funzione **vestibolare**, che ci permette di adeguare in modo automatico la posizione e la rotazione degli occhi e l'equilibrio del corpo alla posizione e ai movimenti della testa rispetto all'ambiente circostante.

## Orecchio esterno, medio e interno

L'orecchio è costituito da tre parti molto diverse tra loro, *assemblate* insieme, ma con diversa derivazione embriologica (sviluppo prima della nascita), struttura e funzione, denominate, per la loro posizione rispetto al centro della testa, *orecchio esterno, medio e interno*.

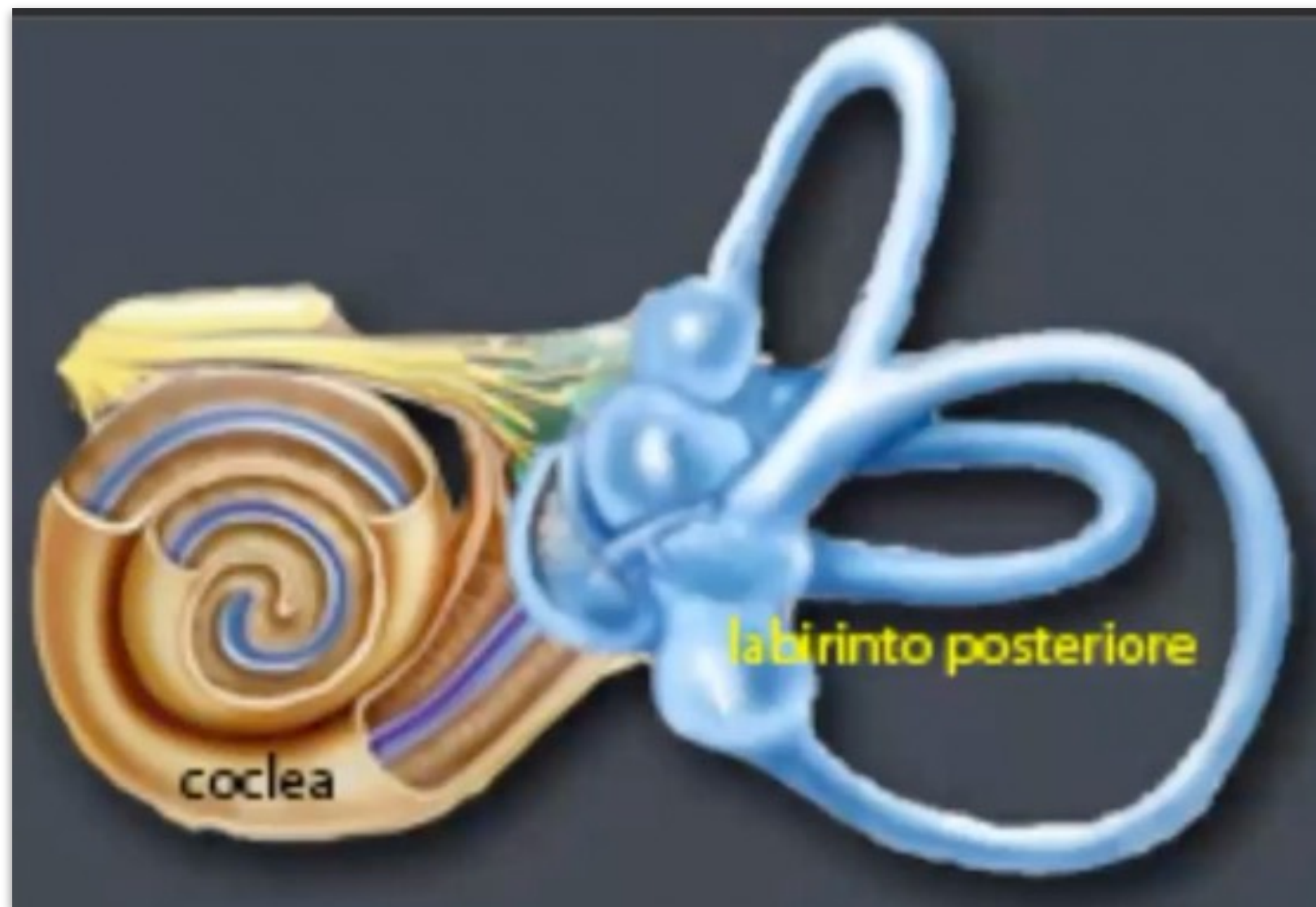


L'**orecchio esterno**, *padiglione* e *condotto uditivo esterno*, partecipa solo alla funzione uditiva, è formato principalmente da pelle, ed è in relazione solo con l'ambiente esterno al corpo.

L'**orecchio medio** è coinvolto solo nella funzione uditiva, con la *membrana del timpano* e i tre ossicini, *martello*, *incudine* e *staffa*, ed è l'unica parte collegata con il naso e con la gola, mediante la *tuba di Eustachio*.



L'**orecchio interno** o **labirinto** è suddiviso in una parte anteriore, detta **coclea**, che partecipa alla *funzione uditiva*, e una parte posteriore, il **labirinto posteriore**, unica parte coinvolta nella *funzione vestibolare*. Non ha alcuna connessione con l'ambiente esterno, né con il naso o la gola, ma solo con il sistema nervoso.

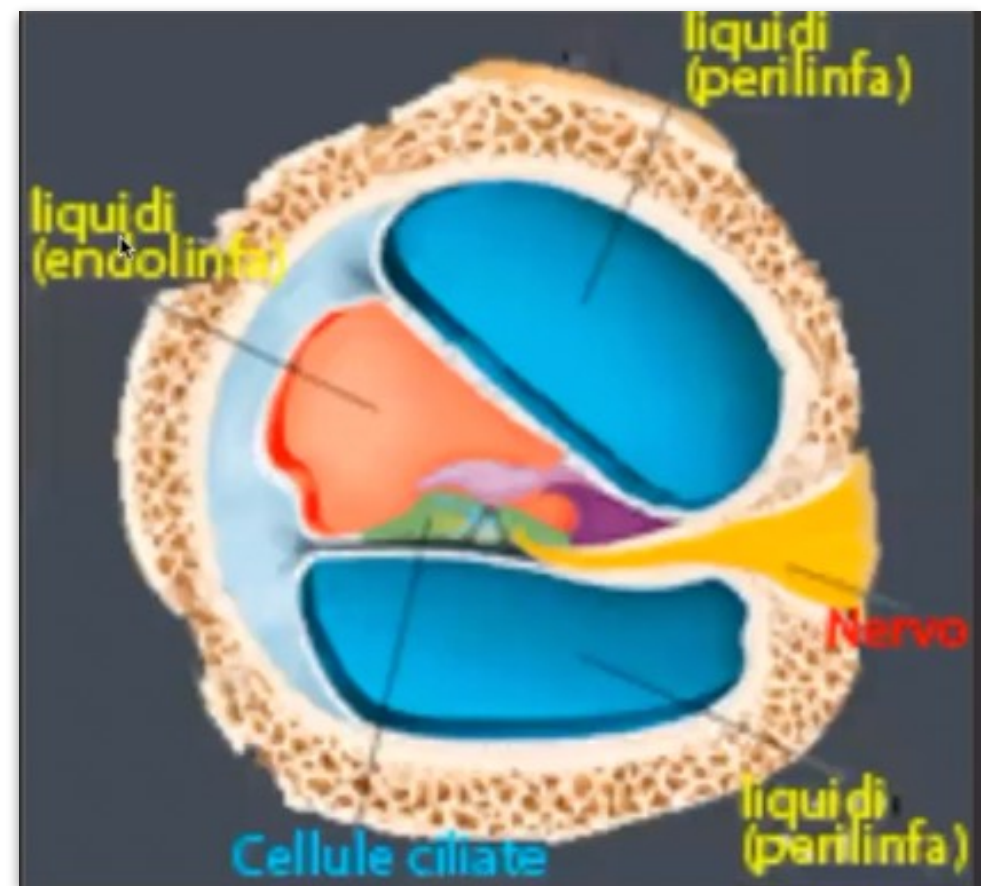


# L'orecchio interno

Quel che ci interessa approfondire è l'*orecchio interno*, in quanto è lì che si origina l'idrope, e da lì derivano i sintomi che l'idrope può creare.

Nell'orecchio interno, semplificando, perché in realtà la struttura dell'orecchio interno è ben più complessa, ci sono:

- **Liquidi** (*endolinfa e perilinf*a)
- **Cellule** ciliate cocleari e dei recettori vestibolari
- Fibre dei **nervi** acustico e vestibolare





## **Le cellule ciliate cocleari e dei recettori vestibolari sono *cellule perenni* !**

Le cellule che formano i recettori per l'udito e vestibolari dell'orecchio interno sono *cellule perenni*, ovvero cellule che **non possono essere sostituite da nuove cellule, qualora subiscano un danno.**

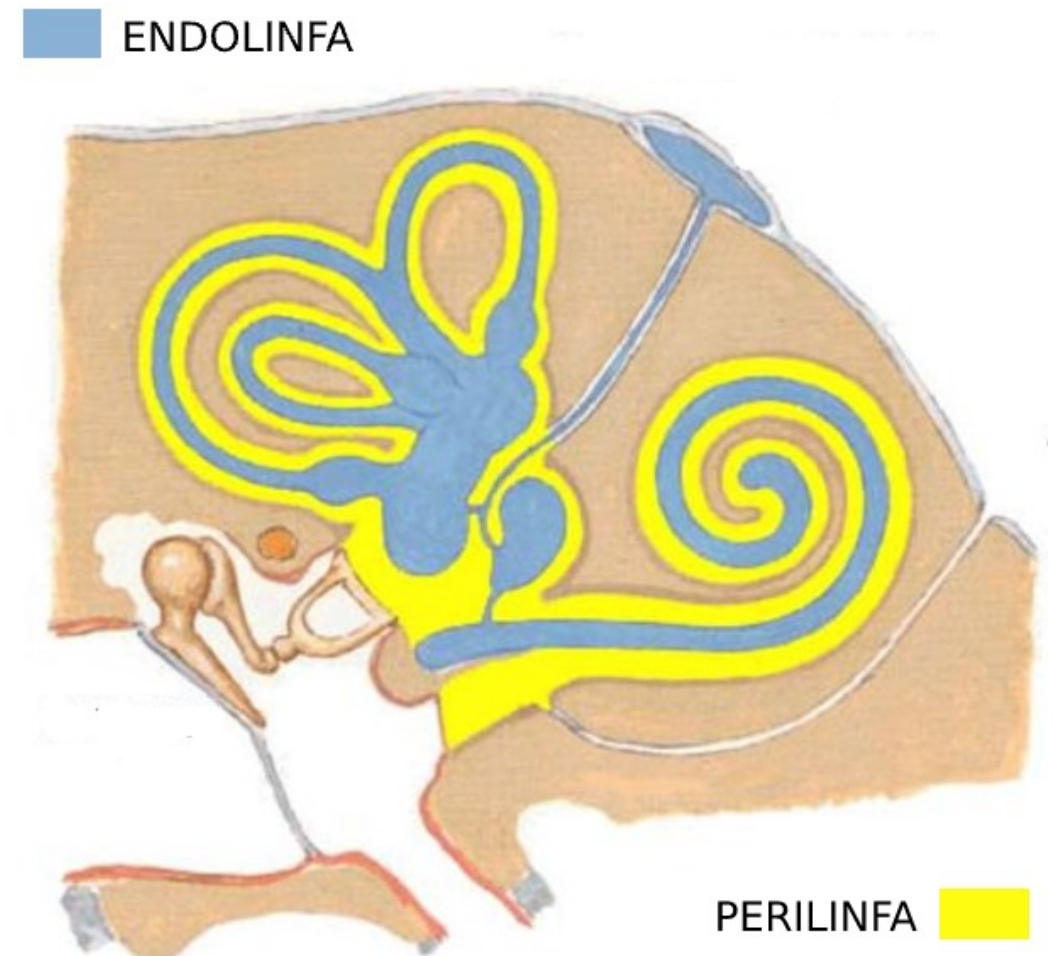
Le stesse cellule, simili a neuroni, sono in dotazione per tutta la vita, senza alcun ricambio da parte di *cellule staminali*, e **un eventuale danno dei recettori dell'orecchio interno è sempre un danno permanente.** Lo stesso vale per i nervi.

Sapere questo è fondamentale per capire come interpretare i vari sintomi che dall'orecchio interno possono generare.

## I liquidi dell'orecchio interno (endolinfa e perilinfa)

Nell'orecchio interno, situato in profondità nell'osso *temporale*, circolano due liquidi, l'**endolinfa** (liquido interno) e la **perilinfa** (liquido esterno).

L'endolinfa è contenuta nello spazio più interno (detto *labirinto membranoso*), a contatto con l'*organo del Corti*, dove sono contenuti i recettori dell'udito, le *cellule ciliate cocleari*) e con i *recettori vestibolari*, mentre la perilinfa circola all'esterno.



L'**aumento di volume**, e quindi di pressione, essendo le pareti del labirinto formate da osso non deformabile, **di questi liquidi** viene definito **idrope dell'orecchio interno**.



# La funzione uditiva

La funzione uditiva vede coinvolto l'intero orecchio, esterno, medio e interno, ma con funzioni diverse.

Mentre l'orecchio esterno e medio hanno una funzione puramente meccanica, nell'orecchio interno avviene il processo di **trasformazione delle onde acustiche meccaniche in un segnale bioelettrico**, l'unico tipo di segnale che il cervello può ricevere.

Capire questo e come si svolga la funzione uditiva è fondamentale per comprendere l'origine dei problemi di udito e, soprattutto, degli acufeni.

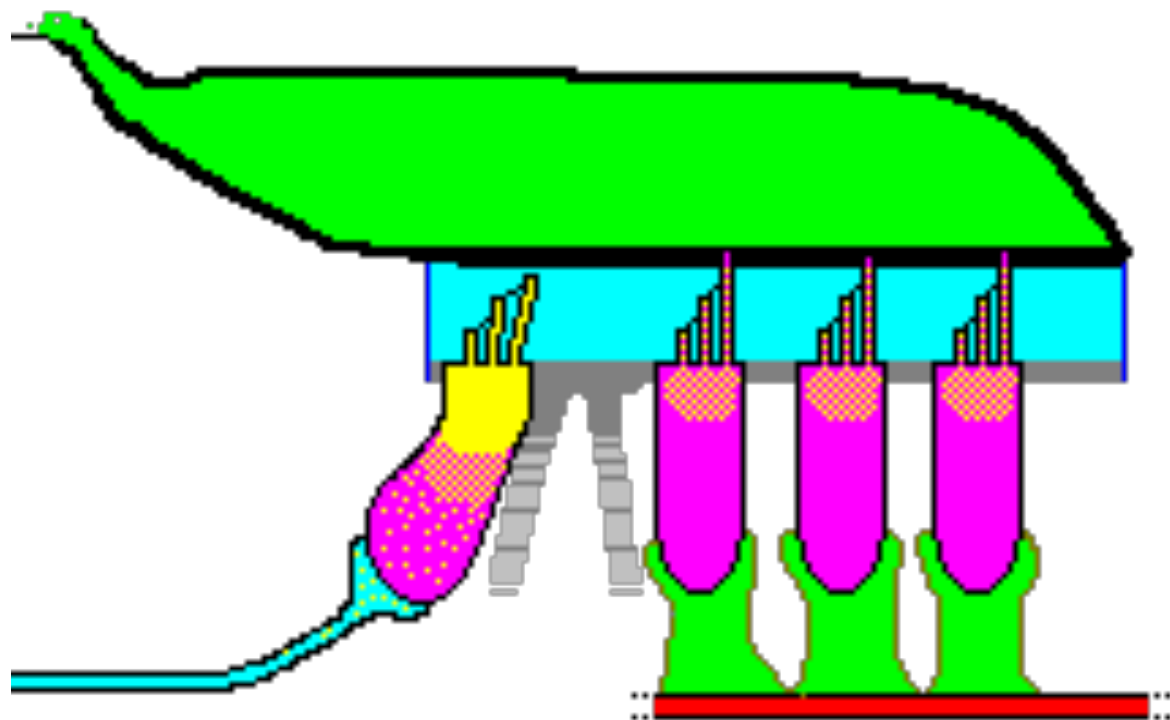




## Il ruolo dell'orecchio esterno e dell'orecchio medio

Le onde sonore convogliate nel condotto uditivo (orecchio esterno) **[1]** mettono in vibrazione la *membrana del timpano* e gli ossicini, *martello*, *incudine* e *staffa* (orecchio medio) **[2]**.

L'ultimo degli ossicini, la staffa, trasmette la vibrazione ai liquidi dell'orecchio interno **[3]**.



## Il ruolo dell'orecchio interno

Nell'orecchio interno **[3]** la vibrazione viene trasformata nella *coclea* dalle *cellule ciliate*, stimulate dai *liquidi*, in *segnale bioelettrico*, inviato al cervello attraverso il *nervo acustico* **[4]**.



# La funzione vestibolare

La parte posteriore dell'orecchio interno, detta *labirinto posteriore*, ha il compito d'informare il cervello circa i rapporti tra il nostro corpo e lo spazio circostante, per aggiustare automaticamente in modo adeguato posizione e rotazione degli occhi, e il tono muscolare per permettere il corretto equilibrio.

Capire come si svolga la funzione vestibolare dell'orecchio interno è fondamentale per comprendere vertigini e disequilibrio soggettivo.

## La funzione vestibolare: input, elaborazione, output

Il *sistema vestibolare*, in realtà termine improprio, poiché riferito solo a una zona del labirinto posteriore (il *vestibolo*), funziona come un computer, con un **input** (l'informazione che arriva dal labirinto posteriore), una **elaborazione centrale** (nel sistema nervoso centrale), e un **output** (la risposta messa in atto dal cervello sui muscoli degli occhi e del corpo).



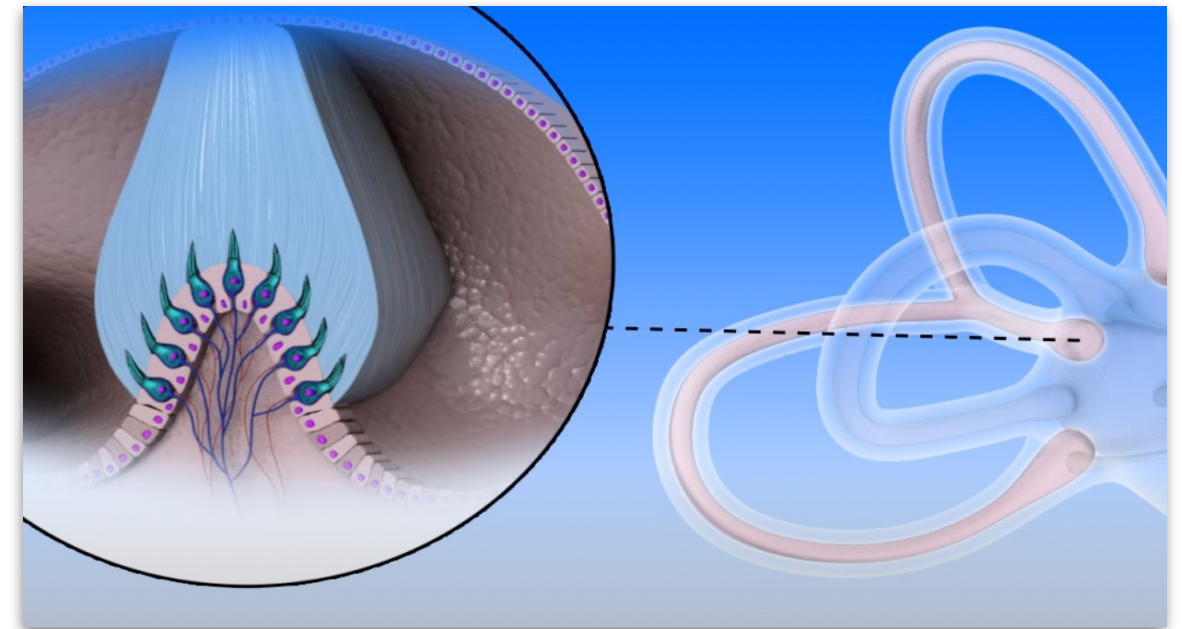
L'**unico input**, prima dell'elaborazione centrale, **arriva dai recettori del labirinto vestibolare** nell'orecchio interno. Eventuali altre informazioni, come quelle provenienti dal cervelletto, dalla vista, dalla muscolatura e da altri recettori periferici, contribuiscono alla modulazione dell'output per il mantenimento dell'effettivo equilibrio e della postura o per la coordinazione del movimento e non possono pertanto in alcun modo generare sensazioni coscienti cerebrali di vertigine o disequilibrio soggettivo, che avvengono *prima* della generazione dell'output.



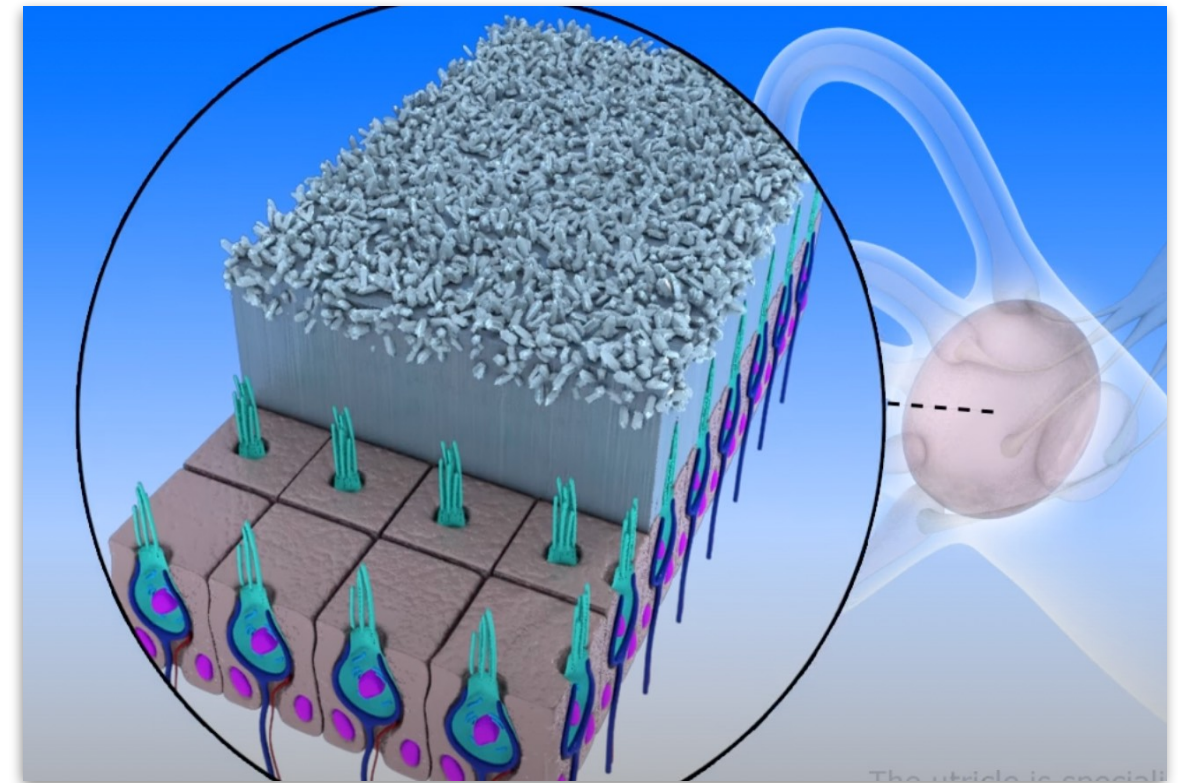
## Endolinfa e recettori vestibolari

Il meccanismo con il quale i *recettori vestibolari dell'orecchio interno* sono stimolati è simile, seppur diverso, a quello che permette la funzione uditiva.

I movimenti dell'endolinfa, liquido dell'orecchio interno, creati dalla *rotazione nei tre assi della testa*, modificano l'attività di base, aumentandola o riducendola, di determinati recettori, detti **cupole dei canali semicircolari**. Per ogni lato abbiamo tre canali semicircolari.



Le **macule dell'utricolo e del sacculo**, nel vestibolo, da cui l'impropria assegnazione di *vestibolare* a tutto il sistema dell'equilibrio, sono invece i recettori per i *movimenti lineari sul piano verticale e orizzontale*. Grazie alla presenza di concrezioni minerali più pesanti del liquido, gli **otoliti**, agiscono anche come sensori di gravità statica, ovvero anche in assenza di movimento, informando sulla *posizione della testa*. Per ogni lato abbiamo una macula dell'utricolo, disposta sul piano orizzontale, e una del sacculo, orientata verticalmente.



Con questi cinque recettori per lato vengono analizzati tutti i possibili movimenti della testa, rotatori o lineari, orizzontali, verticali od obliqui, oltre alla posizione della testa nello spazio.

La combinazione delle informazioni derivanti da tutti i recettori dei due lati costituisce l'**informazione vestibolare**, l'input che arriva al cervello per essere elaborato e produrre una risposta adeguata.

Come vedete, il ruolo dell'**endolinfa**, liquido dell'orecchio interno, è fondamentale per lo stimolo dei recettori del labirinto posteriore e, quindi, per la funzione vestibolare.

Ma per avere una informazione corretta congruente e simmetrica da parte dei due labirinti ci deve essere una **quantità di endolinfa adeguata e identica nei due lati**. Il suo aumento, l'**idrope endolinfatico**, creando **asimmetria e incongruenza dell'informazione vestibolare**, può infatti creare **vertigine, disequilibrio soggettivo** e altri disturbi.



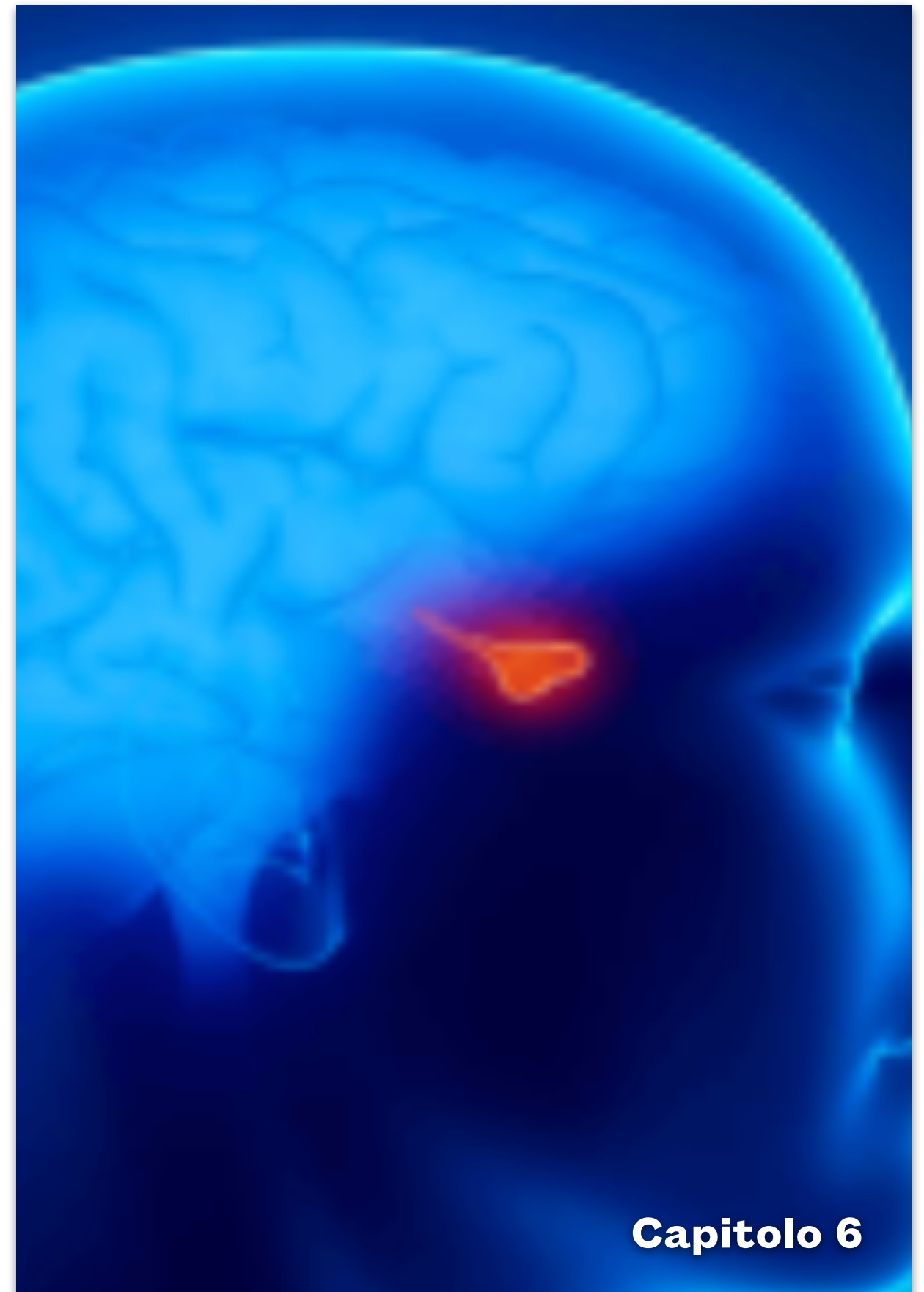
---

# Idrope e ADH

---

La scoperta, ormai da almeno 25 anni, del ruolo dell'**ormone antidiuretico (ADH)** quale regolatore principale dei liquidi dell'orecchio ha permesso di comprendere meglio l'idrope, almeno a chi vuole comprendere, e mi ha dato la possibilità, già dal 1998, di proporre un trattamento specifico.

Le informazioni che do e spiego in questo capitolo sono di importanza fondamentale per comprendere l'idrope e il meccanismo d'azione della terapia contro l'idrope.



## Cos'è l'ormone antidiuretico (ADH) ?

L'**ormone antidiuretico (ADH)** o *vasopressina*, è un ormone essenziale per la vita perché è il *principale regolatore dei fluidi corporei*. La sua azione principale e più nota si svolge sul rene, dove determina riassorbimento dell'acqua in transito, preservando le riserve di liquido e riducendo la diuresi (da cui il nome *antidiuretico*), ma anche su molti altri organi, inclusi orecchio interno, cervello e occhio.



L'ADH viene prodotto dall'*ipotalamo* (una parte del cervello), immagazzinato nell'*ipofisi* posteriore (*neuroipofisi*) e rilasciato soprattutto in condizioni di **carenza di liquidi**, eccessiva concentrazione del sangue, eccesso di sodio... e condizioni di **stress** (non solo psichico, ma di qualunque natura, inclusi cambiamenti climatici e variazioni termiche, ciclo mestruale e stress di ogni altro tipo). **L'ADH è uno dei principali ormoni da stress del nostro corpo.**

# In che modo l'ADH è in relazione con l'idrope e con la terapia?

Ve lo spiegherò progressivamente, partendo dalle certezze scientifiche, passando per le ipotesi e quindi spiegando come questo porti a una terapia.

## Dalle certezze...

Sappiamo che un ruolo importante nella formazione dell'idrope è conseguenza dall'interazione tra l'ADH e l'orecchio interno, e recettori specifici di quest'ormone sono stati identificati nell'orecchio interno umano, oltre 25 anni fa.

**L'ADH regola la quantità di liquidi nell'orecchio interno**, attraverso la maggior o minor apertura di alcuni canali proteici denominati *acquaporine* (o *aquaporine*).

A un maggior stimolo da parte dell'ADH corrisponde una maggior produzione, e forse anche un minor riassorbimento, di liquido nell'orecchio interno, con il risultato comunque di un **aumento** complessivo, che se eccessivo diventa idrope.



Original Article | Published: October 1998

## The effect of anti-diuretic hormone on the endolymphatic sac of the inner ear

[Hidetaka Kumagami](#), [Hubert Loewenheim](#), [Eric Beitz](#), [Karen Wild](#), [Heinz Schwartz](#), [Kimihiro Yamashita](#), [Joachim Schultz](#), [Jacques Paysan](#), [Hans-Peter Zenner](#) & [J. P. Ruppertsberg](#)

[Pflügers Archiv](#) **436**, 970–975 (1998) | [Cite this article](#)


257 Accesses | 90 Citations | [Metrics](#)

### Abstract

The anti-diuretic hormone vasopressin (AVP) regulates water excretion from the kidney by increasing the water permeability of the collecting duct. AVP binds to  $V_2$ -receptors and induces the translocation of aquaporin-2 water channels (AQP-2) into the apical plasma membrane of principal cells. By this mechanism AVP controls water reabsorption in the kidney. The effects of AVP on the endolymphatic sac (ES) of the inner ear, which is thought to mediate reabsorption of endolymph, were investigated. Both the  $V_2$ -receptor and the AQP-2 water channel were found to be expressed in the ES epithelium. In the ES AVP binds to receptors most probably of the  $V_2$ -subtype. Application of AVP to organotypically cultured ES inhibits membrane turnover in ribosomal-rich cells of the ES epithelia, which is thought to mediate translocation of AQP-2 into the surface membrane. This suggests that AVP has contrasting effects in the inner ear and kidney, which may be physiologically useful for maintaining endolymphatic pressure during severe hypovolemia. Animal experiments show that AVP causes endolymphatic hydrops after systemic application to guinea-pigs, which suggests a causal role for the increased AVP levels found in humans suffering from Ménière's disease.


Articolo originale del 1998





National Library of Medicine  
National Center for Biotechnology Information

Log in



endolymphatic hydrops AND vasopressin

X

Search

Advanced
Create alert
Create RSS

User Guide

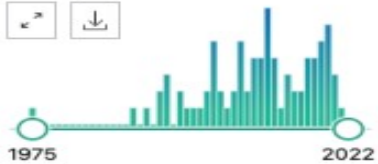
Save
Email
Send to

Sorted by: Most recent

Display options

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

☐ Abstract  
☐ Free full text  
☐ Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

☐ Associated data

ARTICLE TYPE

☐ Books and Documents  
☐ Clinical Trial  
☐ Meta-Analysis  
☐ Randomized Controlled Trial  
☐ Review  
☐ Systematic Review

PUBLICATION DATE

☐ 1 year  
☐ 5 years  
☐ 10 years  
☐ Custom Range

Additional filters

74 results

Page 1 of 8

☐ 1  

Endolymphatic Sac Drainage Surgery and Plasma Stress Hormone Vasopressin Levels in Meniere's Disease.

Cite  
Share

Kitahara T, Okayasu T, Ito T, Fujita H, Ueda K.  
Front Neurol. 2021 Sep 29;12:722217. doi: 10.3389/fneur.2021.722217. eCollection 2021.  
PMID: 34659087 **Free PMC article.**  
To elucidate the scientific relationship in neuro-endocrinology between Meniere's disease and stress, we examined the surgical results of **endolymphatic** sac drainage surgery and changes in stress-induced plasma arginine-**vasopressin** levels. We enrolled 100 intr ...

☐ 2  

Live imaging and functional changes of the inner ear in an animal model of Meniere's disease.

Cite  
Share

Kakigi A, Egami N, Uehara N, Fujita T, Nibu KI, Yamashita S, Yamasoba T.  
Sci Rep. 2020 Jul 23;10(1):12271. doi: 10.1038/s41598-020-68352-0.  
PMID: 32704101 **Free PMC article.**  
The symptoms of Meniere's disease (MD) are generally considered to be related to **endolymphatic hydrops** (EH). There are many recent reports supporting the possibility that **vasopressin** (VP) is closely linked to the formation of EH in Meniere's dis ...

☐ 3  

[Arginine vasopressin-aquaporin2 signal pathway and endolymphatic hydrops].

Cite  
Share

Jiang LY.  
Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2020 Apr 7;55(4):426-431. doi: 10.3760/cma.j.cn115330-20191219-00767.  
PMID: 32306648 Chinese.

☐ 4  

Effect of electroacupuncture on arginine vasopressin-induced endolymphatic hydrops.

Cite  
Share

Jiang L, He J, Chen X, Chen H.  
J Tradit Chin Med. 2019 Apr;39(2):221-228.  
PMID: 32186045 **Free article.**  
OBJECTIVE: To investigate the influence of electroacupuncture (EA) on experimentally induced **endolymphatic hydrops** (EH) in guinea pigs, and elucidate the association between the dehydrating effect of EA and changes in stria vascularis ultrastructure and expression o ...

☐ 5  

Endolymphatic hydrops and ionic transporters: genetic and biohumoral aspects.

Cite  
Share

Teggi R, Carpini SD, Zagato L.  
J Neurol. 2019 Sep;266(Suppl 1):47-51. doi: 10.1007/s00415-019-09399-6. Epub 2019 Jun 5.

Numerosi lavori scientifici hanno ormai dimostrato e continuano a dimostrare l'importante ruolo svolto dall'ormone antidiuretico (in inglese *vasopressin*) nella regolazione dei liquidi dell'orecchio interno, e il suo ruolo nell'idrope e nella malattia di Meniere.

25

## ... alle ipotesi ...

**L'ADH non è però la causa primaria dello sviluppo iniziale dell'idrope**, che resta sconosciuta e che potrebbe essere diversa di caso in caso. Non sono i livelli di base dell'ormone a essere alterati, nel caso dell'idrope, ma si verificano **scariche periodiche di rilascio dell'ormone, verosimilmente stimulate dallo stress**, essendo l'ADH uno dei principali ormoni da stress (non l'unico), **e da carenza di acqua libera** nel plasma (sangue) che possono portare all'eccesso di liquidi nell'orecchio interno.

Si ritiene possibile anche che vi sia una *esagerata espressione delle aquaporine e/o dei recettori per l'ADH nell'orecchio interno* e una ipersensibilità all'azione dell'ormone. È probabile che questa condizione riconosca anche una predisposizione genetica (ma non vera ereditarietà), ma certamente **deve esistere qualche altro fattore ancora sconosciuto** a determinare l'effettivo aumento di volume e, quindi, di pressione dei liquidi. Ad esempio ci potrebbe essere un **concomitante problema di riassorbimento**, per cui l'orecchio non riesce a smaltire la produzione stimolata dall'ADH.

Inoltre non è ancora chiaro perché in molte persone l'idrope sia asintomatico, sebbene documentabile con certezza, e in altri produca sintomi, e cosa determini la **variabilità**, tra paziente e paziente e perfino nello stesso paziente, in epoche diverse o nei due lati, dei sintomi che dall'idrope derivano.

## ... alla terapia

Gli esatti meccanismi di regolazione della quantità di liquido, necessario allo svolgimento della funzione cocleare (udito) e vestibolare (equilibrio), non sono ancora del tutto noti, ma quel che sappiamo ci basta, per fortuna, e da molti anni, per poterne ricavare una terapia.

Molto deve ancora essere capito e accertato, ma **il ruolo dell'ormone antidiuretico come fattore implicato nel mantenimento e nella eventuale recidiva dell'idrope è certo**, e basta agire su un anello della catena per poter interrompere il meccanismo patologico e proporre una cura, basandosi proprio su quanto sappiamo circa il ruolo dell'ADH, che diventa il nostro **antagonista principale**, sebbene con la mia terapia io cerchi di agire a ogni livello.

La terapia da me ideata, inizialmente su base empirica già molti anni fa, e quindi supportata in seguito dalle sempre maggiori dimostrazioni del ruolo dell'ADH, mira proprio a ottenere, con le sue varie componenti, soprattutto, ma non solo, il controllo indiretto della produzione dell'ormone antidiuretico e della sua interazione con l'orecchio interno.





## Il ruolo dello stress

È ormai appurato, senza alcun dubbio, e riconosciuto anche dalla maggior parte dei pazienti, ma apparentemente tenuto in conto molto meno dai medici, che esiste una **stretta relazione tra stress e idrope**, che ci permette di considerare l'idrope come una **condizione psicosomatica**.

Anche se sarebbe meglio definirla *stresso-somatica*, termine da me inventato, ma che rende l'idea, visto che lo stress non è solo psicologico, ma di ogni natura, incluse variazioni atmosferiche, disturbi del sonno, patologie concomitanti, ciclo mestruale e molto altro ancora.

## In che modo stress e ansia agiscono sull'idrope?

Una cosa è tirar fuori lo stress e l'ansia quando non si sa che dire, come fanno molti medici, e altra è riconoscerne un ruolo spiegabile con anatomia e fisiologia.

Capire il **rapporto circolare tra stress, ADH, idrope, sintomi e ansia** è fondamentale per comprendere perché, per trattare l'idrope, si debba anche curare anche l'ansia e agire sullo stress.

La certezza sul ruolo dell'ormone antidiuretico nella regolazione dei liquidi dell'orecchio interno e il fatto che lo stress sia uno dei principali attivatori dell'ADH spiegano in modo adeguato la **relazione tra stress, ansia e idrope**.

1. Lo stress (psicologico e di altra natura) insieme a eventuali carenze di acqua libera (bere poco è fattore decisamente favorente l'idrope) e altro *che non conosciamo* determina scariche di ADH.
2. L'ADH, insieme ad altro *che non conosciamo*, porta ad aumento dei liquidi e all'idrope.
3. L'idrope può in presenza di altri eventuali fattori predisponenti, *che non conosciamo*, portare a sintomi.
4. I sintomi creati dall'idrope generano ansia, amplificata dalle errate informazioni e anche dall'esito negativo di molte visite mediche.
5. L'ansia a sua volta genera conseguente stress, con amplificazione e persistenza del circolo vizioso.





Parte 2

---

# La diagnosi

Le basi per la diagnosi

La valutazione dei sintomi

La ricerca delle cause

I sintomi dell'orecchio

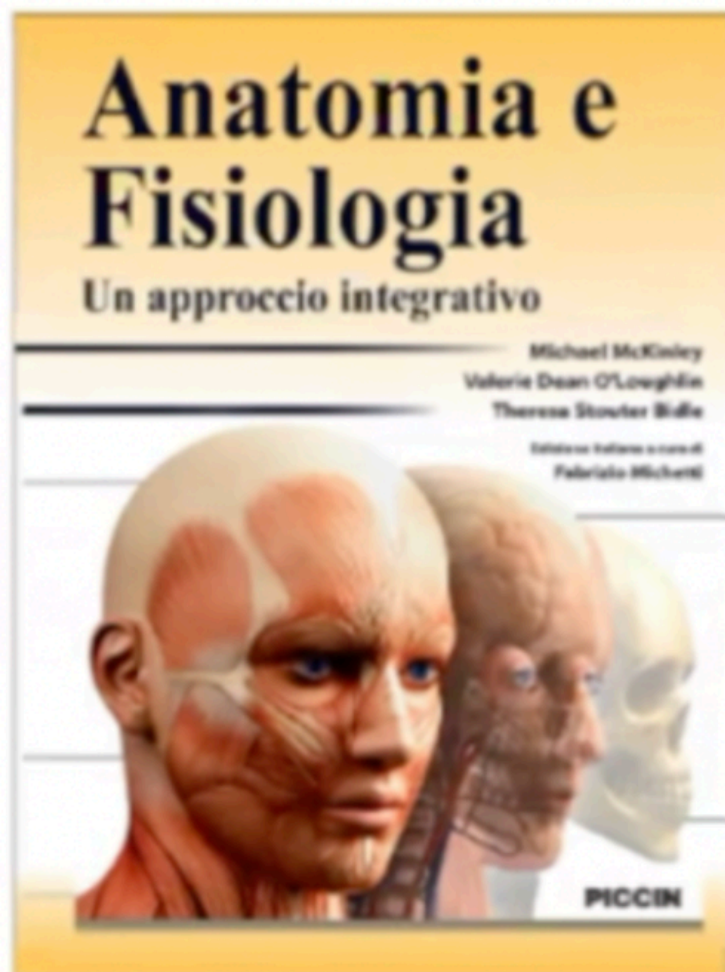
La consulenza audiovideo

# Le basi per la diagnosi

Acufeni, ipoacusia, disacusia, iperacusia, vertigini, disequilibrio soggettivo, sensazione di orecchio pieno o pressione (fullness) sono disturbi che vengono creati sempre nell'orecchio o comunque nell'apparato uditivo e vestibolare.

Se questo è ovvio per i problemi di udito o per la fullness dell'orecchio, quel che è importante capire da subito è che acufeni, vertigini o disequilibrio soggettivo si originano sempre a livello del complesso orecchio interno / nervi acustico e vestibolare, con la sola eccezione puramente teorica, mai verificata o dimostrata, per i soli acufeni, di una possibile produzione a livello delle vie uditive centrali.





=



**DIAGNOSI E TERAPIE DEVONO SEMPRE ESSERE BASATE  
SULLE CONOSCENZE DI **ANATOMIA** E **FISIOLOGIA**  
(Come è fatto? Come funziona?)  
ED ESSERE COMPATIBILI CON QUESTE!**

Anatomia e fisiologia sono per la Medicina come la Costituzione per la Giurisprudenza



La diagnosi, per acufeni, vertigini e altri disturbi da orecchio interno, si basa sul **ragionamento**, basato sulla conoscenza di **anatomia e fisiologia** del corpo umano, e sulla valutazione delle caratteristiche dei sintomi, più che sull'*esame obiettivo*, visto che **non è comunque possibile visitare l'orecchio interno**, o sugli *esami diagnostici*.

Questo mi ha permesso, dopo anni di valutazioni con molti esami diagnostici, alcuni dei quali poco noti alla maggior parte degli specialisti, o perfino da me ideati o modificati, effettuati su migliaia di pazienti, di abbandonarli progressivamente, fino a poter proporre, già dal 2011, solo **consulenze in audiovideo**, con notevoli vantaggi.

La certezza che, per acufeni, vertigini o disturbi dell'equilibrio, oltre ovviamente ai problemi di udito o di pressione nell'orecchio od orecchio chiuso, non esistano cause esterne all'orecchio (o ai suoi nervi) e, per acufeni e vertigini, nemmeno nell'orecchio esterno o medio, ma solo nell'orecchio interno, deriva soprattutto dall'aver studiato l'**anatomia** (com'è fatto) e la **fisiologia** (come funziona) del corpo umano, esami dei primi anni del corso di Laurea in Medicina, che sono, o *dovrebbero* essere, la base di ogni attività medico-scientifica.

Sto forse dicendo che molti medici, generici o specialisti, fanno affermazioni assurde che possono permettersi solo grazie all' *"ignoranza"* del paziente che hanno di fronte...? Sì. Purtroppo è davvero così!

Una ragione in più per approfittare di tutto il materiale che metto a disposizione per conoscere e capire.

Basterebbe un banalissimo ragionamento clinico, che normalmente viene insegnato durante il corso di Laurea in Medicina, per evitare di affermare cose assolutamente inaccettabili circa la sede di origine dei disturbi, deviando il paziente dalla possibilità di un eventuale trattamento idoneo.



## Il ragionamento clinico nella diagnosi di acufeni e vertigini



Solo nella coclea o nel nervo acustico (e in teoria nelle vie uditive centrali, ma non è mai stato provato) si può generare il **segnale bioelettrico** che, giunto alla corteccia cerebrale, viene percepito come **acufene**.

Solo il labirinto posteriore (orecchio interno) è in grado d'inviare l'**informazione sbagliata** che genera la percezione cosciente di **vertigine** o il **disequilibrio soggettivo**.

E nell'orecchio interno abbiamo solo **liquidi, cellule e nervi**, quindi il sintomo deriva dai liquidi (**idrope**) e/o da cellule o nervi (**danno permanente irreversibile e intrattabile**).

**Le diagnosi**, in Medicina, non **si ottengono** facendo esami a casaccio, ma **partendo da premesse logiche, che richiedono la conoscenza delle basi** di biologia cellulare, anatomia e fisiologia.

Molti esami diagnostici e valutazioni oggi ancora proposti per lo studio di questi sintomi (TAC, Doppler, radiografie della cervicale e perfino visite odontoiatriche o fisiatriche e chissà cos'altro...) sono invece completamente inutili e privi di qualunque logica, sebbene facciano girare... *moneta*, motivo per cui difficilmente verranno abbandonati, se non magari per sostituirli con altri altrettanto inutili. In pratica, per acufeni o vertigini, si cerca la causa dappertutto, dalla cervicale o l'articolazione temporo-mandibolare, che mai potrebbero creare vertigini o acufeni, e meno che mai una ipoacusia neurosensoriale, non avendo alcuna relazione con l'orecchio, all'orecchio esterno o medio, dimenticando che l'origine di questi disturbi può essere solo l'orecchio interno.

## Idrope e Meniere non sono la stessa cosa !

Ma anche quando si arriva a comprendere la sede di origine del problema, l'idrope, la causa più frequente e l'unica trattabile e l'unica dimostrata e nota a tutti gli specialisti, è la più sottovalutata. E purtroppo, ancora oggi, molti medici e perfino molti pazienti (anche per colpa dei medici) fanno una gran **confusione tra idrope e Meniere**, pretendendo che ci siano *vertigini, e magari pure tipicamente di almeno 20 minuti, per poter diagnosticare l'idrope*.

Lentamente, molto lentamente, almeno in Italia, soprattutto grazie ai miei sforzi, per oltre 25 anni per educare in ogni modo e con ogni mezzo a capire l'idrope, qualcosa sta cambiando, ma la strada per far capire a tutti qualcosa talmente ovvio da non poter nemmeno essere messo in discussione sembra essere ancora lunga.

**L'idrope è una condizione dell'orecchio interno**, una causa, un meccanismo che può portare a sintomi. **La malattia o sindrome di Meniere è solo una definizione** che viene data a una associazione, nello stesso paziente, di sintomi creati dall'idrope.





## Capitolo 9

# Valutazione dei sintomi

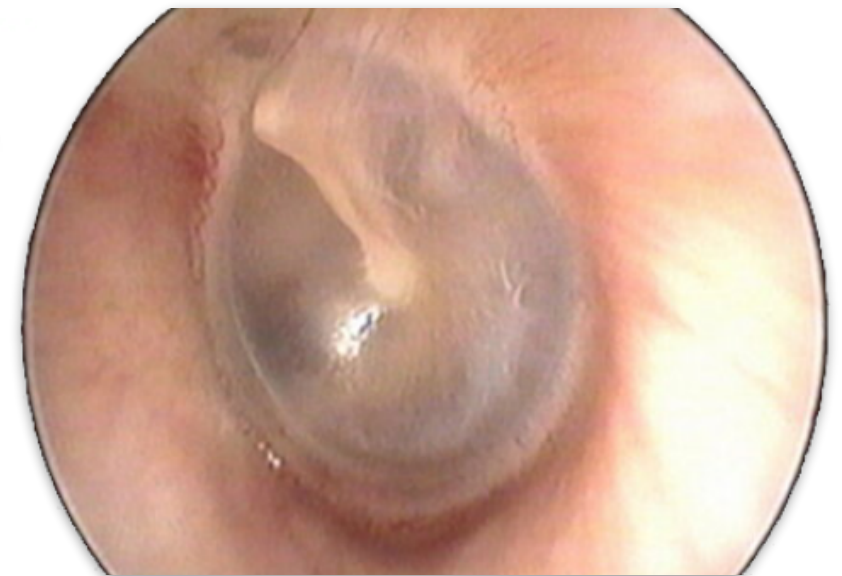
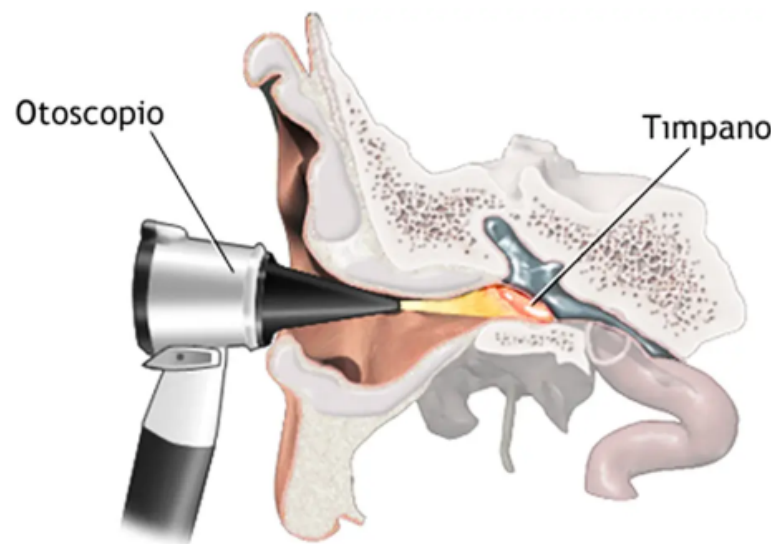
Dopo avere chiarito la sede di origine dei vari sintomi e disturbi, il passo successivo è attribuirne la causa all'**idrope** o a **eventuali danni irreversibili**, cosa che possiamo fare spesso per l'idrope, usando determinati criteri e il ragionamento logico, ma mai per **danni permanenti**, che restano **impossibili da verificare**, con qualunque esame si voglia studiare l'orecchio.

Ma non esistono alternative. O un disturbo o un sintomo è causato da un danno irreversibile, o dall'idrope, reversibile spontaneamente o con terapia, o da una combinazione di entrambi. Perché nell'orecchio interno abbiamo **solo liquidi, cellule e nervi**.

## La diagnosi dei sintomi dell'orecchio interno si fa ragionando, non guardando l'orecchio o con esami !

La valutazione e la diagnosi dei sintomi dell'orecchio interno, quando possibile, si fanno soprattutto sulla base delle loro caratteristiche, più che con esami.

Inoltre, **l'orecchio interno non può essere *visitato* in alcun modo**. Quel che il medico vede, *guardando* l'orecchio, sono solo l'orecchio esterno e la membrana del timpano, e non certo l'orecchio interno.



Ma già dalle caratteristiche dei sintomi, applicando, come sempre, quel che sappiamo di anatomia e fisiologia, e usando il ragionamento clinico, possiamo sapere se un disturbo è certamente da **idrope**, o se *potrebbe* essere dovuto a eventuali **danni permanenti**, seppur mai confermabili.

Notate la differenza *grammaticale* nella scelta del modo verbale. Perché i sintomi, come vedremo, ci possono permettere di escludere come causa danni permanenti, confermando l'idrope, ma mai di confermare danni permanenti o di escludere l'idrope.



**Non esiste un solo paziente nel quale a priori si possa escludere che l'idrope sia causa di uno o più dei suoi disturbi, in parte o interamente !**

E non esiste un solo paziente nel quale si possano confermare presunti danni irreversibili, né valutando i sintomi, né le presunte cause scatenanti, né con esami.

Non è assolutamente vero che l'idrope sia alla base solo della malattia o sindrome di Meniere, come molti specialisti si ostinano a credere o a... voler far credere. Non serve, quindi, che ci siano tutti i sintomi di una sindrome di Meniere conclamata per riconoscere il ruolo dell'idrope e avviare una terapia contro l'idrope.

Non è nemmeno vero che esistano cause specifiche che possono far sospettare la presenza di danni permanenti, ad esempio l'insorgenza dopo un *trauma acustico*. Esperienze di idrope da trauma acustico sono anzi molto comuni, se pensate a un acufene dopo un concerto o una notte in discoteca, che poi regredisce, cosa ovviamente impossibile se ci fosse stato un danno permanente. E l'esito più comune e frequente di un trauma acustico è, semmai, la comparsa o riacutizzazione di un acufene da idrope e non un ipotetico danno permanente, mai dimostrabile.

E di sicuro non si può far diagnosi di danni permanenti, solo perché un paziente ha una riduzione dell'udito nell'esame audiometrico, che non ci dà alcuna informazione utile per capire se si tratta di idrope o di un danno permanente.

Quando un medico, al quale il paziente si è rivolto per vertigini, acufeni o altri disturbi dell'orecchio interno, *esclude* l'idrope, sta affermando qualcosa che non ha alcuna base, se non quella della sua ignoranza su cosa l'idrope sia.

**Vertigini ricorrenti, disequilibrio soggettivo e fullness (orecchio chiuso o pressione) non derivano mai da danni permanenti.**

Per alcuni sintomi da orecchio interno, l'ipotesi del danno permanente si esclude già a priori.

Danni permanenti vestibolari non possono causare **vertigini ricorrenti** o **disequilibrio soggettivo**, poiché questi sintomi richiedono recettori funzionanti in grado di informare il cervello. **In assenza d'informazione non ci può essere una informazione sbagliata.** E lo sanno tutti. Tanto che da molti viene proposto di distruggere i recettori dell'orecchio per togliere le vertigini. **Vertigini ricorrenti e disequilibrio soggettivo sono sempre da idrope.**

Nel caso della **fullness**, in nessun modo l'assenza di recettori o il loro danno permanente possono dare senso di orecchio chiuso o pressione. Una volta escluso che la percezione di orecchio chiuso possa venire dall'orecchio esterno e medio, **ogni paziente con orecchio esterno e medio normali ha, come causa della fullness, l'idrope.**



**Tutti i disturbi fluttuanti, incostanti, variabili e ricorrenti sono sempre causati dall'idrope, in parte o in tutto e mai solo da danni permanenti, che non potrebbero giustificare l' incostanza o le variazioni.**

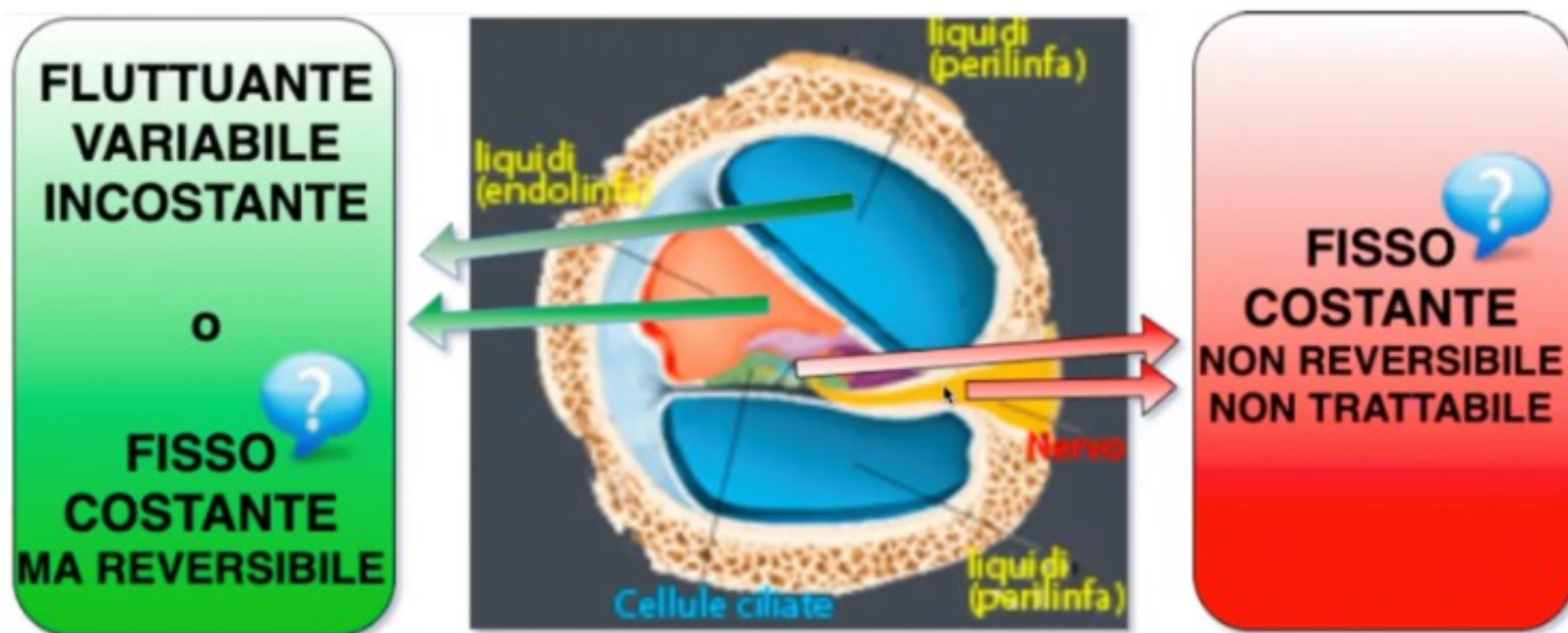
Il dubbio resta quindi semmai solo per **acufeni** e **ipoacusia neurosensoriale** (udito) per i quali si devono considerare le caratteristiche del sintomo.

Nell' orecchio interno ci sono solo cellule ciliate o recettori, fibre nervose (del nervo acustico o del nervo vestibolare) e liquidi (endolinfa e perilinfa). Cellule e nervi non hanno capacità rigenerativa dopo un danno e pertanto possono dare solo disturbi permanenti.

Ne consegue che tutti i disturbi fluttuanti, variabili, incostanti sono sempre derivanti, in parte o in tutto, da una condizione reversibile, ovvero da disfunzione causata dai liquidi.

Le cellule ciliate cocleari, infatti, se danneggiate, muoiono in modo irreversibile e non possono essere riparate o sostituite e quindi, **se un acufene o una ipoacusia neurosensoriale derivassero dalla morte delle cellule, dovrebbero essere inevitabilmente costanti, invariabili e irreversibili.**

**Ma anche in presenza di sintomi costanti e invariabili, o di una quota invariabile di disturbi comunque incostanti, non esiste alcun modo di confermare danni permanenti e quindi di escludere che i sintomi siano causati, in parte o in tutto, da un idrope persistente!**



L'IDROPE (PERLINFATICO O ENDOLINFATICO) PUO' DARE SIA SINTOMI FLUTTUANTI, VARIABILI, INCOSTANTI CHE FISSI, STAZIONARI

I DANNI PERMANENTI POSSONO SOLO DARE SINTOMI INVARIABILI E COSTANTI CHE SONO IRREVERSIBILI E INTRATTABILI

Quando un medico vi dice che non *c'è nulla da fare*, che *il nervo è morto*, che *il danno è irreversibile...* se lo sta inventando! **Non esiste a tutt'oggi alcun esame** (a eccezione della biopsia che, distruggendo l'orecchio, avrebbe poca utilità pratica ai fini di quel paziente) **che sia in grado di dimostrare la presenza di un danno permanente** delle cellule ciliate o delle fibre del nervo acustico.

Provate a chiedere al medico su quali basi fa questa affermazione e vedrete che non potrà rispondervi nulla, se non magari che avete qualche alterazione nell'esame audiometrico (che non può in alcun modo testimoniare danni permanenti), o che tutti sanno (e questo è vero!) che le cellule ciliate morte non posso essere rigenerate, né riparate, né sostituite.

**Ma chi ci assicura che ci siano davvero cellule morte, visto che non possiamo verificarlo in alcun modo? E se fossero solo impedito nella loro funzione o stimulate dall'eccesso di liquidi (idrope), che è invece una situazione reversibile e curabile?**



Purtroppo in caso di acufeni o ipoacusia neurosensoriale fissi, invariabili, non fluttuanti, non possiamo nemmeno affermare con certezza che l'idrope sia certamente causa o concausa per ogni paziente, come in presenza di sintomi variabili, incostanti e fluttuanti.

**La verità è che non possiamo dir nulla, né fare alcuna diagnosi, in presenza di acufeni fissi e non variabili o di una ipoacusia stazionaria o solo progressiva senza fasi di recupero.**

Possiamo solo far terapia, sperando che in parte o in tutto, come per fortuna si conferma poi nella maggior parte dei casi con la terapia, soprattutto per gli acufeni, sia l'idrope e non il danno permanente a determinare l'acufene e/o l'ipoacusia.

Il problema, peraltro, si pone solo per l'ipoacusia o l'acufene completamente fissi, stazionari, o magari anche in progressivo peggioramento, ma senza alcuna reversibilità apparente. Se il disturbo, nonostante sia sempre presente, varia d'intensità o frequenza, almeno **la quota variabile deve certamente essere dovuta all'idrope e, semmai, il dubbio resta solo per la quota di acufene o ipoacusia mai spontaneamente reversibile.**

**Solo per l'idrope, in quanto unica condizione reversibile nell'orecchio interno, esiste una terapia. Non esiste una cura per eventuali danni permanenti e irreversibili.**

Ma quel che è importante capire è che, visto che l'unica alternativa possibile all'idrope, come meccanismo alla base di acufeni e ipoacusia neurosensoriale, sono eventuali danni permanenti irreversibili a carico di cellule ciliate o fibre del nervo, non diagnosticabili e, comunque, non trattabili, **la terapia contro l'idrope resta, perfino in assenza di diagnosi certa, l'unica possibile.**

Allora perché non provare a trattare l'idrope, anche senza diagnosi certa, visto che non ci sono possibili alternative e, statisticamente, ci sono anche elevate possibilità di successo (soprattutto per acufeni, ma spesso anche per ipoacusia) prima di spingere il paziente a rassegnarsi?

**Nella valutazione dei sintomi dell'orecchio interno, se più di uno, non si deve mai associarli come sindrome, cercando una causa o un meccanismo comune per tutto, ma considerarli sempre individualmente.**

Un paziente potrebbe, ad esempio, avere vertigini, certamente da idrope, e acufene fluttuante non costante, anch'esso da idrope, ma anche ipoacusia stabile non variabile, che potrebbe essere invece dovuta a danni permanenti.

**L'avere, o aver avuto in passato, alcuni sintomi da idrope non permette, solo per questo, di attribuire con certezza all'idrope la causa di tutti i disturbi.**

**E quando ci troviamo davanti a disturbi bilaterali bisogna anche considerare separatamente il singolo orecchio, poiché si tratta di due organi distinti.**

Se avete, ad esempio, acufene a volte solo a sinistra e a volte solo a destra senza aver mai nemmeno un momento senza acufene, non avete un acufene fisso che passa da un lato all'altro ma un acufene non sempre presente, e quindi certamente da idrope, sia a sinistra che a destra.

**Ovviamente questa regola deve essere rispettata anche quando ci sono altri problemi o sintomi nemmeno connessi all'orecchio.**

Un paziente che ha mal di testa e vertigini ricorrenti ha una cefalea (da causa da definire) e crisi di vertigine ricorrenti, certamente da idrope, e non una inesistente *vertigine emicranica* per la quale si cerca una causa comune e un trattamento comune.

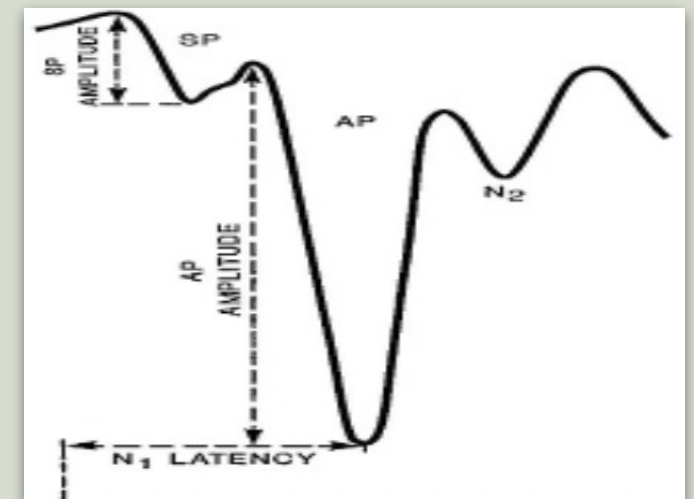


## L'idrope si può confermare... ma non ci serve !

Mentre non esistono esami o altro modo per confermare un danno permanente irreversibile, alcuni esami, o la valutazione combinata di più esami, o la loro ripetizione a distanza di tempo, possono confermare la presenza di idrope nell'orecchio interno.

Ad esempio un paziente con una ipoacusia dell'orecchio interno, evidente e importante all'esame audiometrico, ma con *otoemissioni acustiche* (DPOAE, prodotti di distorsione) normali non può avere altro che idrope. Così come la variabilità di alcuni esami ripetuti in tempi diversi, con successivo ritorno alla normalità, dopo precedente alterazione o assenza di risposta, non può essere creata da altro se non da idrope, visto che eventuali danni dei recettori sarebbero inevitabilmente permanenti.

Ma, in particolare, esiste un esame specifico per confermare l'idrope: l'**elettrococleografia (ECochG)**. E su questo sono d'accordo tutti gli specialisti, o almeno quelli che sanno cosa sia, anche se poi, a parte me che in passato la ho effettuata per molti anni di routine e bilateralmente a migliaia di pazienti, quando ancora facevo esami a tutti, tuttora non la esegue, almeno in Italia, praticamente nessuno.



L'esame come originariamente ideato molti anni fa prevedeva l'inserimento di un ago-elettrodo attraverso il timpano, il che non solo impediva di farlo di routine ma ha portato al suo abbandono in tutto il mondo. Nel 2000 venni a sapere di uno specialista americano che aveva ideato una tecnica non invasiva, senza bucare il timpano, e lo contattai subito per apprendere come fare.

Immediatamente iniziai a proporlo di routine a tutti, e in entrambi i lati indipendentemente dai sintomi, e **non ho mai trovato in oltre cinque anni e molte migliaia di pazienti studiati, un solo caso con ipoacusia o acufene o vertigini nel quale gli esami non confermassero l'idrope.**

Ma, purtroppo, **ho anche trovato esami alterati nella maggior parte degli accompagnatori sani** di miei pazienti, in uno studio comparativo, confermando che **l'idrope lo hanno, forse, quasi tutti.** D'altronde, se ci pensate bene, seppur magari in modo lieve e sporadico, i sintomi da idrope sono disturbi comuni e frequenti che quasi tutti hanno avuto, o possono avere, nel corso della vita.

Verificare la presenza di idrope non ci permette di dire automaticamente che l'idrope sia la causa certa dei disturbi che vogliamo trattare. Quindi, **se non ci porta comunque a una vera diagnosi nello specifico paziente, e se comunque c'è sempre, o almeno sempre nei pazienti con sintomi, a cosa ci serve fare esami per confermare l'idrope?**

## E la risonanza magnetica?

Per la stessa ragione non ritengo di alcuna utilità richiedere una Risonanza Magnetica solo per confermare l'idrope, a parte che non reputo ancora che ci sia sufficiente affidabilità dell'esame, che richiede una tecnica particolare, nell'evidenziarlo.

La Risonanza Magnetica, per i disturbi di cui mi occupo, resta indicata solo per escludere un *neurinoma* (tumore benigno del nervo, raro e forse nemmeno sempre direttamente correlato ai sintomi quando poi lo si dovesse trovare) e solo in caso di acufeni e/o ipoacusia da un solo lato o con evidenti differenze tra i due lati, o come *risonanza magnetica angiografica (angio-RM) della testa e del collo* in caso di "acufene" pulsante (che non è vero acufene ma percezione del battito cardiaco) se persistente e continuo senza alcuna variazione spontanea o con cambiamenti di posizione.

---

# Le ricerca delle cause

---

Molti pazienti sentono quasi più il bisogno di avere una diagnosi che non una terapia. Ma quando parliamo di acufeni, vertigini o disequilibrio, udito e fullness tutto quel che si può dire è escludere a priori che ci siano cause pericolose, tumori cerebrali e altro, che non si manifestano mai con questi sintomi, che la sede di origine è l'orecchio interno e, con i criteri visti nel capitolo precedente, che è idrope, nei casi in cui possiamo affermarlo.

Ma la causa primaria alla base di tutto non la possiamo individuare quasi mai. E anche la *causa* dell'idrope, sebbene sia noto, almeno in parte, il possibile meccanismo di formazione, non la conosciamo.





## **Acufeni, vertigini, problemi di udito non sono sintomi di patologie pericolose.**

La prima cosa da mettere in chiaro è che **nessun acufene, vertigine ricorrente, disequilibrio soggettivo, ipoacusia o fullness può essere sintomo di patologie gravi o letali** o comportanti rischio per la vita, insomma quelle tanto temute, quali cancro alla testa, ictus cerebrale, infarto e così via.

La patologia più *grave* che potrebbe generare acufeni e/o ipoacusia, e peraltro solo da un solo lato, è il **neurinoma**, un tumore *benigno* del rivestimento esterno del nervo acustico (non è assolutamente un cancro al cervello!), non frequente, operabile, e a volte addirittura con arresto spontaneo della crescita, tanto che a volte non è nemmeno necessario operare. Ovviamente, se lasciato crescere in testa senza far nulla può diventare, lentamente, nel corso degli anni, patologia pericolosa, ma come ho sempre detto ***il neurinoma è la prima cosa che deve escludere il medico e l'ultima che deve preoccupare il paziente!*** E una volta escluso questo, e solo quando necessario, con una **risonanza magnetica**, non esiste altra patologia da temere. **E ricordate che trovare incidentalmente qualcosa non ci dice che quel qualcosa sia la causa dei sintomi per i quali stavamo cercando una causa!**

Inoltre nessun sintomo è precursore certo di altri, o a evoluzione certa. Si può avere acufeni tutta la vita e morire a 90 anni e oltre magari sentendoci benissimo! E nessun sintomo è di per sé pericoloso, se escludiamo le rare cadute improvvise senza vertigini che vedremo in seguito tra i sintomi vestibolari.

**La ragione per far terapia per acufeni, vertigini, o problemi di orecchio in generale, è curare un disturbo** che... disturba, e non curare una malattia pericolosa o certamente evolutiva.

La principale  **differenza tra disturbo e malattia**, almeno secondo il mio modo di spiegare questa differenza, è che **mentre una malattia** (ad esempio, il diabete, il cancro, una cardiopatia ecc.) **deve essere trattata indipendentemente dal fatto che procuri sintomi** o che sia avvertita dal paziente procurando disturbi, **un disturbo deve essere curato solo se effettivamente crea problemi** al paziente. In questo senso tutti i problemi dei quali ci occupiamo in questa sede, e che costituiscono da molti anni il mio lavoro quotidiano, sono disturbi e non malattie o sintomi di vera malattia. Nemmeno di quella di **Meniere**, che infatti, come vedremo in seguito è una **sindrome**, e così andrebbe definita, e non una vera malattia.

## Il concetto di *causa*

Uno dei concetti più difficili da comprendere e accettare per molti pazienti è che, sebbene siamo in grado di fare terapia, **non possiamo quasi mai fare una vera diagnosi in senso completo.**

Una diagnosi completa, in Medicina, dovrebbe infatti rispondere a tre domande che corrispondono a tre modi diversi d'intendere il termine ***causa***.



## Qual è l'organo o apparato responsabile del disturbo ?



Per questo la risposta la abbiamo, per i disturbi dei quali ci occupiamo: **l'orecchio interno** (o i suoi nervi, al limite).

Ma purtroppo non possiamo far terapia direttamente sull'orecchio interno o rimuovere con la chirurgia l'organo responsabile dei sintomi (anche se c'è chi lo propone per le vertigini, non sapendole, o non volendole, curare).



## Qual è la causa primaria, l'elemento scatenante iniziale?



E qui nessuno è davvero in grado di rispondere. Anche perché il ruolo dello stress, che può derivare da tante *cause*, complica le cose. Molte presunte *cause certe* sono solo coincidenze e molte diagnosi che vengono fatte sono pura invenzione dei medici, in pieno contrasto con anatomia e fisiologia.

Non possiamo quindi ovviamente far terapia su una causa primaria che non conosciamo e non siamo in grado d'individuare.

## In che modo si crea il disturbo ?



Qui ci sono solo due risposte possibili, anzi tre.

Una condizione reversibile, che nel nostro caso può essere solo l'**idrope**, o un **danno permanente** (non verificabile e comunque non trattabile) o... *entrambi*.

Ma poiché non si può fare alcuna terapia per eventuali danni permanenti, alla fine, **l'unica cosa che possiamo fare è trattare comunque l'idrope, che sia causa certa o anche solo possibile.**

# L'errore *logico* nella ricerca delle cause

A volte sono gli stessi pazienti a voler suggerire al medico quella che per loro è stata la causa iniziale di tutto, credendo di trovare un rapporto causa effetto tra un determinato evento e i sintomi, solo per la associazione o la successione cronologica. Ma **post hoc ergo propter hoc**, ovvero, *dopo di questo quindi creato da questo*, è uno dei più grossi errori di logica che si possano fare, e lo fanno, ovviamente, anche i medici.

**Perché qualcosa possa essere causa di qualcos'altro non basta l'associazione cronologica, ma ci deve essere la capacità, per quella presunta causa, di creare la presunta conseguenza.**

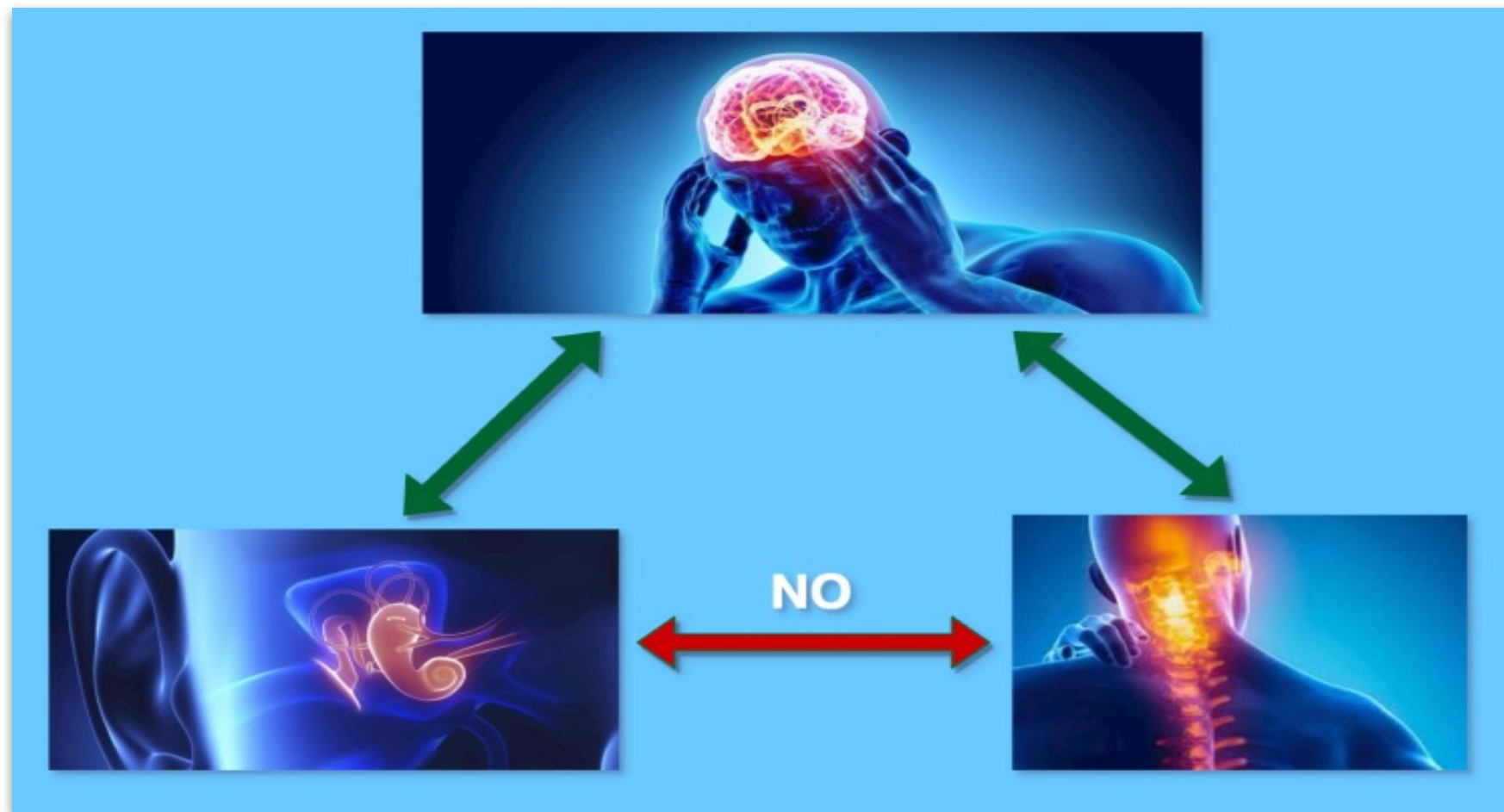
## Errore post hoc

(post hoc ergo propter hoc)

Il presupposto secondo cui, poiché un evento ha preceduto un altro evento, i due devono essere causalmente correlati.



Altro errore tipico e frequente che molti pazienti, e ovviamente anche i medici, fanno è quello di creare un rapporto causa effetto tra due sintomi o disturbi, solo perché magari compaiono insieme, dimenticando che, al di là di una possibile pura coincidenza fortuita, ci potrebbe semmai essere una causa comune che spieghi la contemporaneità di comparsa o ricorrenza. Ma **i sintomi non creano sintomi, sono le cause a creare i sintomi.**



L'esempio più classico è quello dell'associazione tra problemi all'orecchio e dolore da contratture della muscolatura cervicale che non sono mai l'uno causa diretta dell'altro, ma possono spesso associarsi, in quanto entrambi correlati allo stress in senso bidirezionale (lo stress favorisce il disturbo e il disturbo aumenta lo stress).



## Le cause e le *diagnosi* impossibili

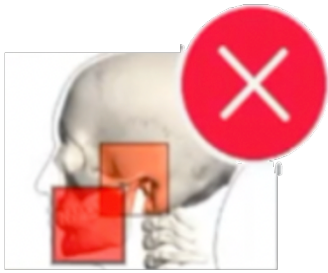
Se, quando parliamo di disturbi dell'orecchio, non possiamo quasi mai fare una diagnosi completa, siamo però perfettamente in grado di escludere relazioni impossibili. Cioè **siamo in grado di dire cosa non può essere di sicuro la causa.**

Spesso la *diagnosi* che i pazienti ricevono, quando non è solo la traduzione in linguaggio medico del sintomo riferito (ad esempio, le *diagnosi* di acufene, ipoacusia improvvisa ecc.) è solo l'espressione del fatto che *il medico, non sapendo cosa dire, la costruisce su quel che voi stessi raccontate o su pure ipotesi prive di fondamento.* Ed ecco allora che vengono coinvolti i soliti sospetti: il *trauma acustico*, l'*età* (anche per sintomi da un solo lato!), l'*ereditarietà*, lo *stress* (ma senza sapere come, buttato là tanto per dire qualcosa), la *circolazione*, i *virus*, la *cervicale*, l'*articolazione temporo-mandibolare* e i *denti*, il *naso* e la *gola*, quando non si tirano in ballo il fegato e chissà cos'altro. Con la pandemia CoViD e, in parte, anche ora, è diventato anche *di moda*, sia tra i medici che tra i pazienti, attribuire tutti i sintomi, in ogni parte del corpo, orecchio incluso, anche al coronavirus o al vaccino, che non c'entrano nulla con l'orecchio interno, nemmeno in caso di associazione cronologica.

E peraltro non sempre queste *diagnosi* sono in buona fede. Quando un medico propone di effettuare per acufeni o vertigini un intervento chirurgico al naso o altrove in una clinica privata o convenzionata (dove il paziente non paga, ma il medico i soldi li prende comunque) o vi manda da un determinato e specifico dentista o gnatologo, fisioterapista, osteopata, centro di protesi acustica o di riabilitazione, o propone di acquistare qualcosa o cure costose, bisognerebbe a priori sentire la *puzza* di truffa.

Così come dovrebbe insospettire l'affermazione "*non c'è nulla da fare*" seguita poi dalla incongruente e incoerente prescrizione di farmaci per la microcircolazione, antiossidanti, vitamine, integratori per acufeni o vertigini, o simili.





## **Non è MAI... denti e articolazione temporo-mandibolare !**

Non esiste alcuna relazione tra i denti e l'orecchio. Evitate di farvi togliere senza motivo denti del giudizio o di credere al ruolo di una possibile malocclusione. Anche l'articolazione temporo-mandibolare (ATM) non c'entra assolutamente nulla. Meno che mai, per trauma ripetuto sull'orecchio interno, che si trova ben distante e circondato da osso durissimo. Quindi, a meno che non vi sia altra indicazione, non buttate i soldi in inutili bite. E se qualcuno vi racconta che è servito, si è trattato di una remissione temporanea spontanea, sempre possibile con l'idrope, e non certo per il bite.



## **Non è MAI... cervicale !**

Le patologie vere o presunte della *cervicale* non hanno assolutamente nulla a che vedere con i sintomi di cui qui ci occupiamo, siano acufeni, vertigini o altro. In particolare, parlando di anatomia e fisiologia, vi ho già spiegato come la cervicale non possa in alcun modo produrre vertigini o disequilibrio soggettivo. E meno che mai acufeni. Quindi radiografie o peggio ancora risonanze magnetiche, alla ricerca di una causa impossibile, sono un assurdo spreco di tempo e di denaro. Così come qualunque terapia per la cervicale, se non vi serve per altro problema specifico.



## **Non è MAI... naso o catarro !**

Il naso attraverso la tuba di Eustachio, è connesso all'orecchio... medio, e non all'orecchio interno, e vertigini, ipoacusia neurosensoriale e acufeni sono disturbi che vengono dall'orecchio interno e non dall'orecchio medio. Evitate quindi di farvi prendere in giro spostando l'attenzione su una ipotetica deviazione del setto nasale o turbinati da operare, a meno che non lo facciate per respirare meglio.

## **Non è MAI... circolazione o virus !**

...o quanto meno mai per disturbi fluttuanti o reversibili. Dopo pochi minuti senza sangue e ossigeno le cellule ciliate subirebbero un inevitabile danno irreversibile, il che rende assurde e inutili le terapie con farmaci per la microcircolazione, vasodilatatori o fluidificanti. Se davvero ci fosse un danno permanente causato da un problema circolatorio, comunque sarebbe troppo tardi e non otterreste nulla sull' acufene o sull'ipoacusia. Anche i virus, per moltiplicarsi, devono distruggere la cellula ospite e nessuna terapia può agire su un danno permanente già avvenuto. Nessuno ha mai peraltro dimostrato che i virus possano essere responsabili di danni all'orecchio interno. Trovare anticorpi non significa provare che un virus sia la causa.

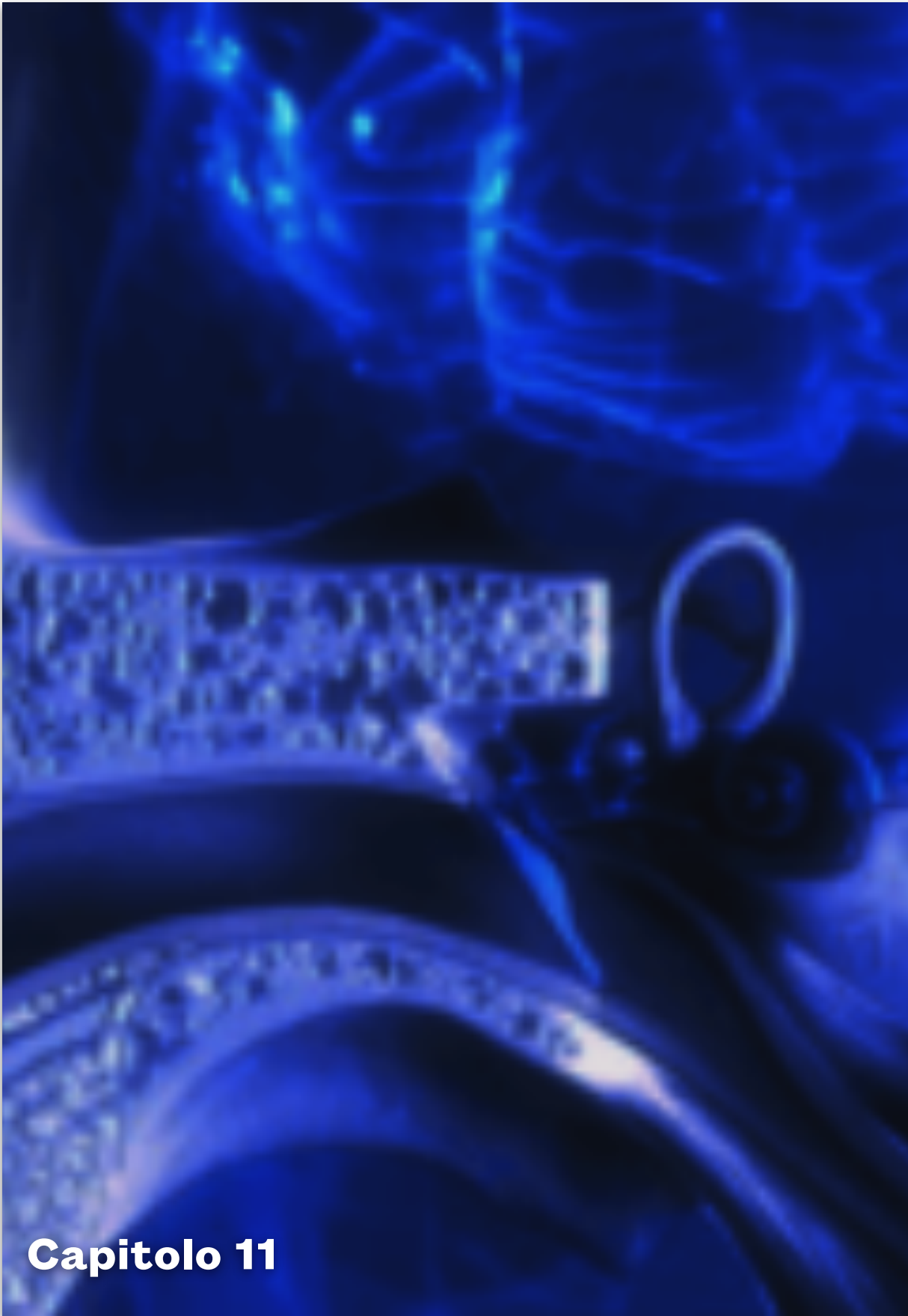
## **Non è MAI... (solo) otosclerosi !**

L'otosclerosi è malattia che comporta il blocco della staffa, l'ultimo degli ossicini, per progressiva ossificazione. Sebbene spesso si associ all'idrope, l'otosclerosi non causa ipoacusia neurosensoriale, né fluttuazioni dell'udito, né acufeni, né vertigini, né fullness. Sempre che la diagnosi non sia totalmente sbagliata. Ne riparleremo più avanti affrontando in dettaglio i sintomi.



## **E nemmeno... CoViD o vaccino!**

Il coronavirus è un virus respiratorio che non ha alcun modo di entrare nell'orecchio interno e di creare alterazioni a questo livello e nemmeno il vaccino ha alcuna relazione. Gli eventuali rarissimi (statisticamente in percentuale) casi di sintomi a carico dell'orecchio comparsi in corso d'infezione CoViD-19 o a breve distanza o dopo vaccinazione non sono dovuti a una azione diretta, ma forse allo stress creato dalla patologia o dalla vaccinazione, soprattutto se *non gradita* (come per ogni malattia, inclusa la banale influenza e come per ogni vaccino) che, attraverso l'ormone antidiuretico (ADH) può procurare idrope. A conferma di questo la maggior parte dei casi con insorgenza o peggioramento successivi a CoViD o vaccinazione sono trattabili al pari degli altri, cosa che mai sarebbe possibile se ci fosse stato un danno permanente creato direttamente dal virus o dal vaccino, come molti si ostinano a pensare.



## Capitolo 11

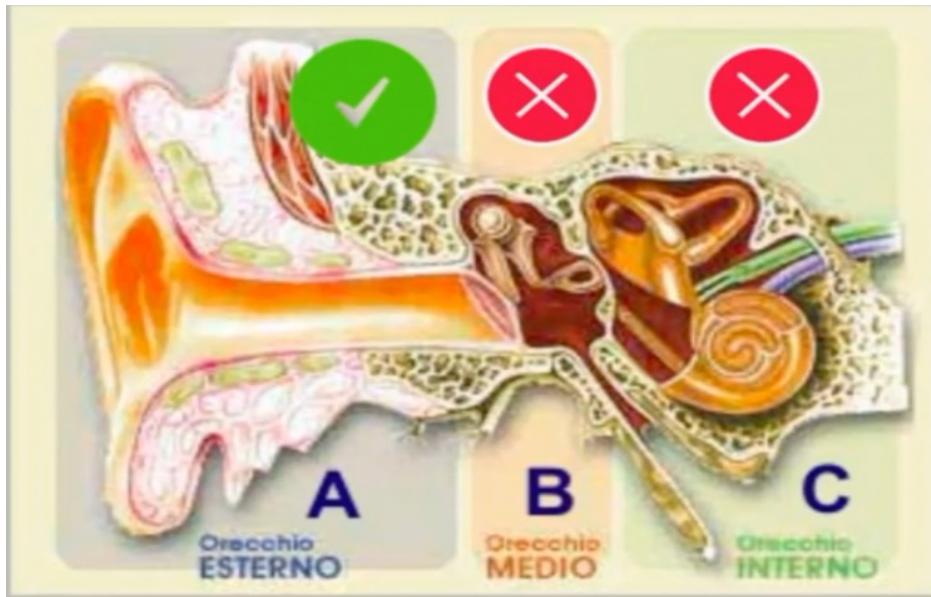
# I sintomi dell' orecchio

L'idrope non è, ovviamente, la causa di ogni sintomo a carico dell'orecchio, così come non è sempre l'orecchio interno la sede di origine di tutti i disturbi. Alcuni problemi possono essere dovuti ad alterazioni anche dell'orecchio esterno e medio e alcuni altri, anzi, solo da questi, non potendo originare nell'orecchio interno.

Qui li vedremo sinteticamente tutti, anche quelli dovuti ad altre parti dell'orecchio, e per ognuno vi darò definizione e termine medico corrispondente, sede possibile di origine, meccanismo, e cosa serve per la diagnosi. Per i sintomi da idrope avete poi approfondimenti più avanti in capitoli specifici.



## Prurito auricolare

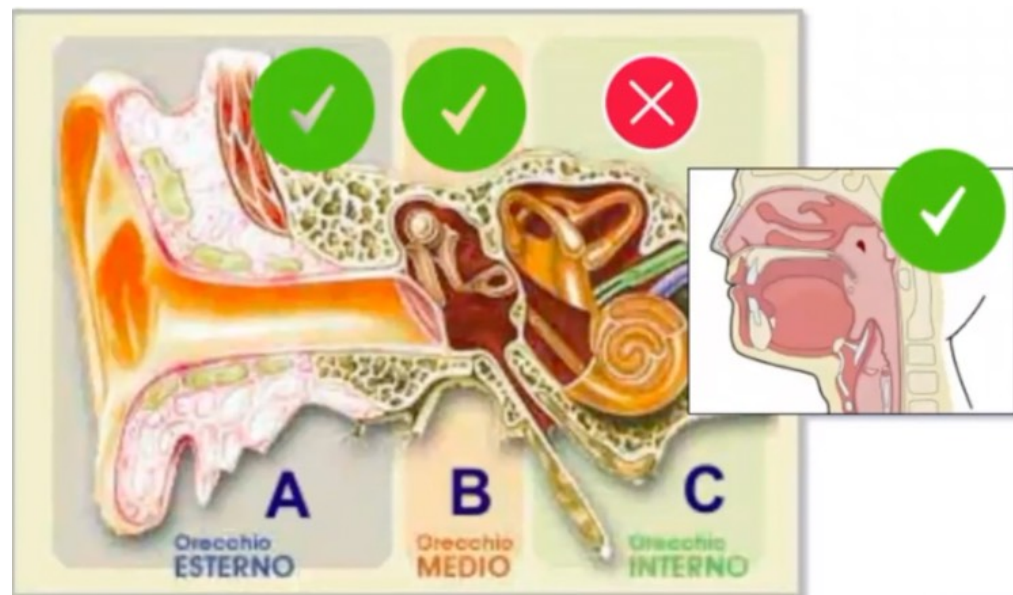


Può derivare solo ed esclusivamente dall'orecchio esterno, sebbene non necessariamente il problema è solo localizzato in quella sede, ma anche in altre aree del corpo, ma mai dall'orecchio medio e **mai dall'orecchio interno** e, quindi, mai da idrope.

Di solito è causato da una infiammazione o da un'infezione locale (soprattutto da funghi), ma anche eczema, allergia o semplice irritazione o malattie diffuse della pelle che si manifestano anche nell'orecchio, possono dare prurito.

**La visita dello specialista in questo caso è indispensabile, ma a volte, per la terapia, ci capiscono più i dermatologi che non gli otorinolaringoiatri.**

## Dolore all' orecchio (otalgia)



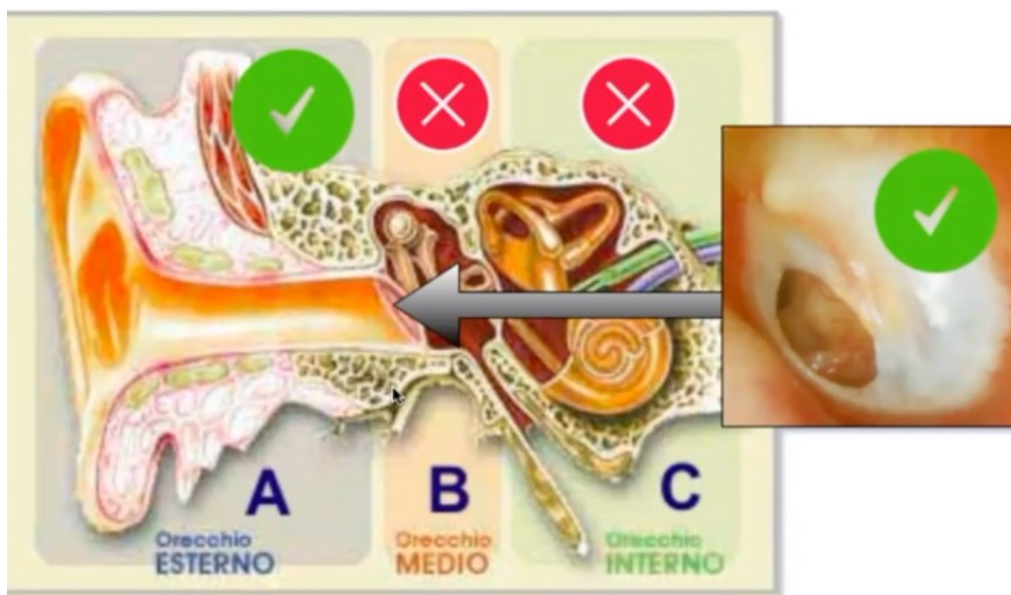
Può derivare anche da sedi diverse dall'orecchio perché, a volte, un dolore derivante dalla gola, dai denti o dall'articolazione temporo-mandibolare, ad esempio, può essere percepito come proveniente dall'orecchio. Quando deriva dall'orecchio, però, non è **mai dall'orecchio interno**, ma solo dall'orecchio esterno o medio, sebbene il senso di pressione (fullness) possa a volte essere riferito erroneamente come dolore.

La causa del dolore originato nell'orecchio medio o esterno è quasi sempre di tipo infiammatorio (otite esterna o media) e spesso di tipo infettivo, da batteri (sensibili agli antibiotici) o talvolta da virus. Le infezioni da funghi dell'orecchio esterno generalmente non sono molto dolorose.

**La visita dello specialista, guardando l'orecchio, è in questo caso indispensabile.**



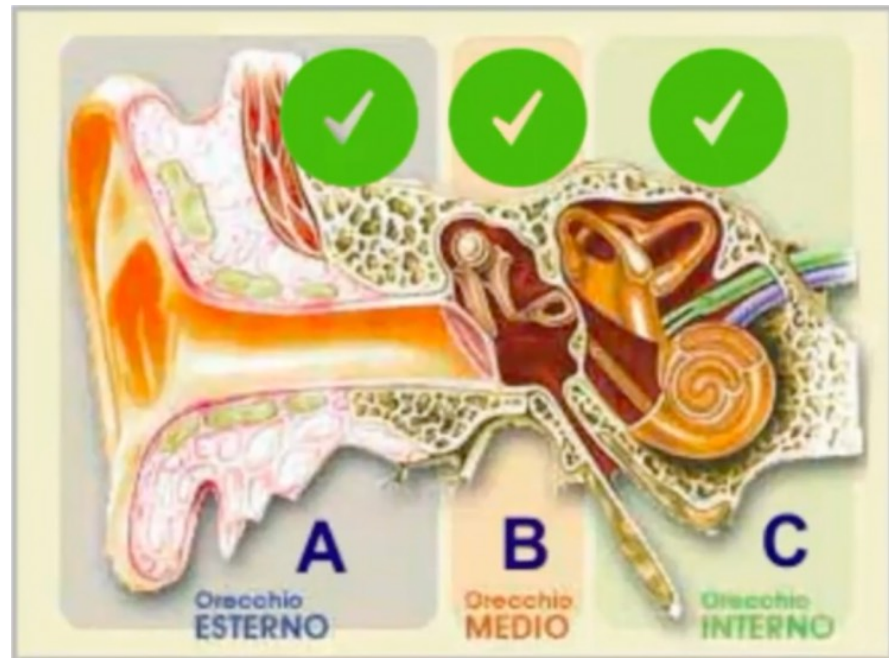
## Secrezione dall' orecchio (otorrea)



In assenza di perforazione della membrana del timpano può derivare solo ed esclusivamente dall'orecchio esterno. Se c'è perforazione anche dall'orecchio medio. Non viene **mai dall'orecchio interno** e non è, quindi, un possibile sintomo da idrope.

**La visita dello specialista, guardando l'orecchio, è in questo caso indispensabile.**

# Riduzione quantitativa dell'udito (ipoacusia)



L'ipoacusia può derivare solo ed esclusivamente dall'orecchio ma, nell'ambito di questo, da ogni sezione (orecchio esterno, medio, interno), o anche dal nervo acustico.

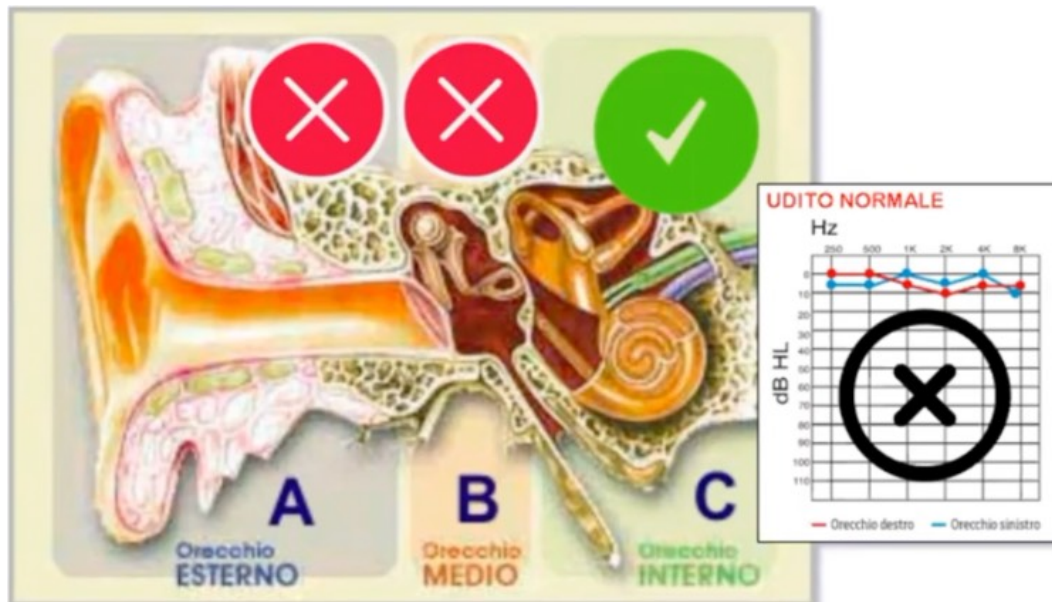
Se da orecchio interno, in parte (**ipoacusia mista**) o interamente (**ipoacusia neurosensoriale**), può essere da idrope o dovuta a danno permanente. Se solo da orecchio esterno e medio (**ipoacusia trasmissiva**), ovviamente, non è da idrope.

Otiti, tappo di cerume, catarro dell'orecchio medio od otosclerosi sono esempi di cause di ipoacusia trasmissiva, che si manifesta solo con riduzione del volume percepito, mentre una ipoacusia da idrope o da danno permanente delle cellule ciliate o del nervo acustico comporta spesso, ma non obbligatoriamente, anche una alterazione qualitativa dell'udito.

**Per la diagnosi, in questo caso, sono necessari audiometria e impedenzometria e, solo in caso di ipoacusia trasmissiva, anche la visita dell'orecchio (otoscopia).** Ma anche il ragionamento spesso contribuisce a orientare verso la diagnosi.

Un tappo di cerume può dare ipoacusia solo in modo improvviso e con un'alterazione solo del volume, come per ogni ipoacusia trasmissiva, e comunque mai fluttuante. L'ipoacusia da otosclerosi è sempre lentamente progressiva e mai improvvisa, né fluttuante o reversibile. L'ipoacusia da eventuali danni permanenti delle cellule ciliate non è mai, obbligatoriamente, indipendentemente dall'esordio improvviso o progressivo, fluttuante o reversibile. L'ipoacusia da idrope invece può essere fluttuante o persistente, e con ogni possibile modalità di insorgenza o evoluzione.

## Alterazione qualitativa dell' udito (disacusia)



La disacusia (qualità dell'udito), a differenza della ipoacusia (quantità, volume), può derivare solo da alterazioni nell'**orecchio interno**, del nervo acustico e (in teoria, non è certo) delle vie uditive centrali, ma mai da orecchio esterno e medio, che non hanno alcun ruolo nell'analisi qualitativa della percezione acustica.

In quanto sintomo da orecchio interno può, ovviamente, essere da idrope, così come da danni permanenti. Può associarsi a ipoacusia (riduzione quantitativa di udito) o ad altri sintomi dell'orecchio interno, ma può anche presentarsi come sintomo isolato. Può presentarsi in modo improvviso o graduale ma, se fluttuante, incostante e reversibile, ovviamente, non può essere dovuta solo a danni permanenti delle cellule ciliate o del nervo acustico ma a idrope, in parte o in tutto.

**L'esame audiometrico tonale (audiometria tradizionale) può essere perfettamente normale in quanto non valuta la qualità dell'udito ma solo la quantità come volume.**



# Senso di orecchio chiuso o pressione (fullness)



Può derivare solo ed esclusivamente dall'orecchio, ma da tutte e tre le sezioni (esterno, medio, interno) sebbene per ciascuna con specifiche caratteristiche e per specifici disturbi e non per altri. Chiamiamo *fullness*, non essendo facile per il paziente distinguerli, sia il senso di pressione vero e proprio, di spinta, quasi sempre dovuto all'idrope, che il senso di orecchio chiuso o bloccato, *sintomo fisico e non acustico* che, sebbene possa associarsi a ipoacusia, va ben distinto dalla riduzione dell'udito.

Le uniche possibili cause sono il tappo di cerume per l'orecchio esterno, un versamento catarrale o di altra natura per l'orecchio medio, e l'idrope per l'orecchio interno. Non può mai essere generato da danni permanenti delle cellule ciliate o del nervo. Transitoriamente, se di breve durata con rapida remissione spontanea, può derivare da momentanea variazione della pressione dell'orecchio medio, non ancora compensata attraverso la tuba di Eustachio.

**Per la diagnosi serve, prima di tutto, riflettere sulla modalità con la quale il disturbo si presenta e poi un eventuale esame impedenzometrico (timpanogramma). Se l'esame è normale è confermato che non c'è versamento nell'orecchio medio e che la causa è l'idrope.**

Già solo il ragionamento fa però fare spesso diagnosi di fullness da idrope e non da tappo di cerume o catarro, i quali non si possono presentare senza ipoacusia. Nel caso del tappo di cerume l'esordio deve obbligatoriamente essere improvviso. Solo l'idrope si può manifestare come fullness fluttuante, ovvero che va e viene spontaneamente anche nel giro di poco tempo e anche senza vera e propria riduzione dell'udito, che può comunque essere associata.



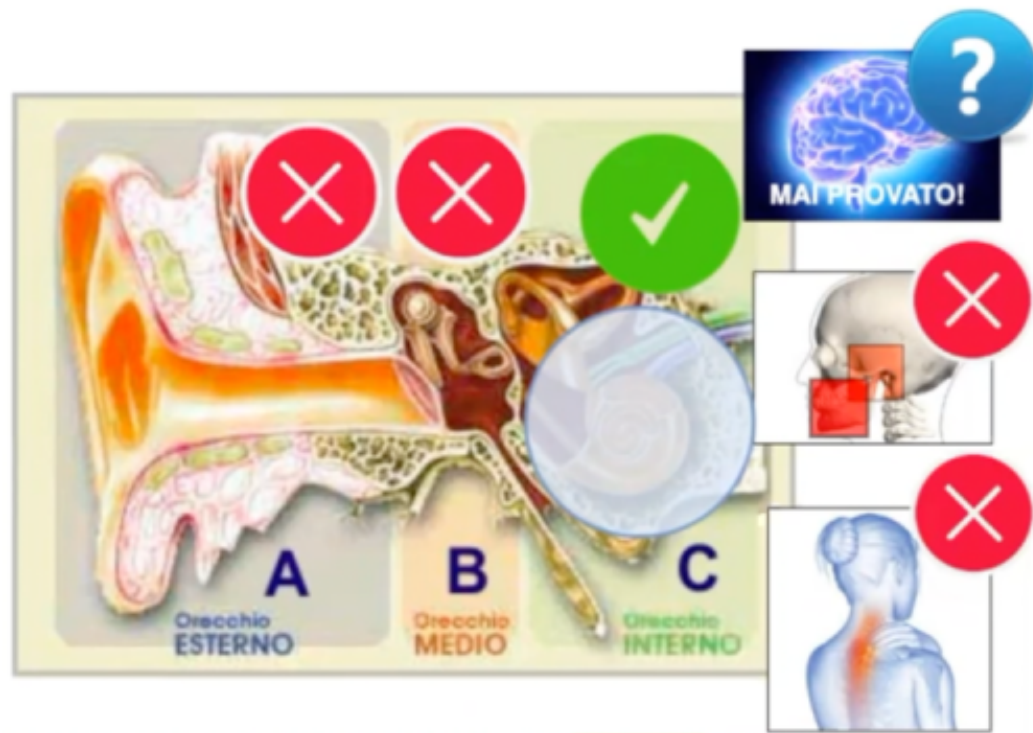
# Acufeni

L'unico tipo di *rumore* nell'orecchio (o in testa) che dovrebbe essere definito **acufene**, anche se la maggior parte dei medici, inclusi gli specialisti, non lo ha ancora capito, è un segnale di tipo **continuo** (può essere sempre presente oppure essere incostante o variabile ma, quando c'è, deve essere continuo, nel senso di **non intermittente**) come un fischio, un fruscio, un ronzio, un sibilo ecc., corrispondente a un *segnale bioelettrico e non a vero rumore o suono*, non essendo generato da *alcuna sorgente sonora*, né all'esterno né all'interno del corpo.

Rumori intermittenti regolari o irregolari quali crepitio, scricchiolio, vibrazione o percezione del battito cardiaco nell'orecchio, seppur tradizionalmente tutti anch'essi definiti acufeni, non lo sono affatto, essendo veri rumori realmente generati in modo meccanico da una sorgente sonora e percepiti con l'orecchio. Spesso la causa di questi rumori oggettivi non è nota. In alcuni casi potrebbe trattarsi di spasmi dei muscoli dell'orecchio medio. Nel caso della pulsazione ho motivo di ritenere possibile causa un aumento dei liquidi cerebrali.

**La pagina seguente si riferisce solo ai veri acufeni**, mentre nel capitolo di approfondimento specifico parleremo in parte anche di altri rumori non acufeni.

## Percezione di rumore non intermittente (acufene)

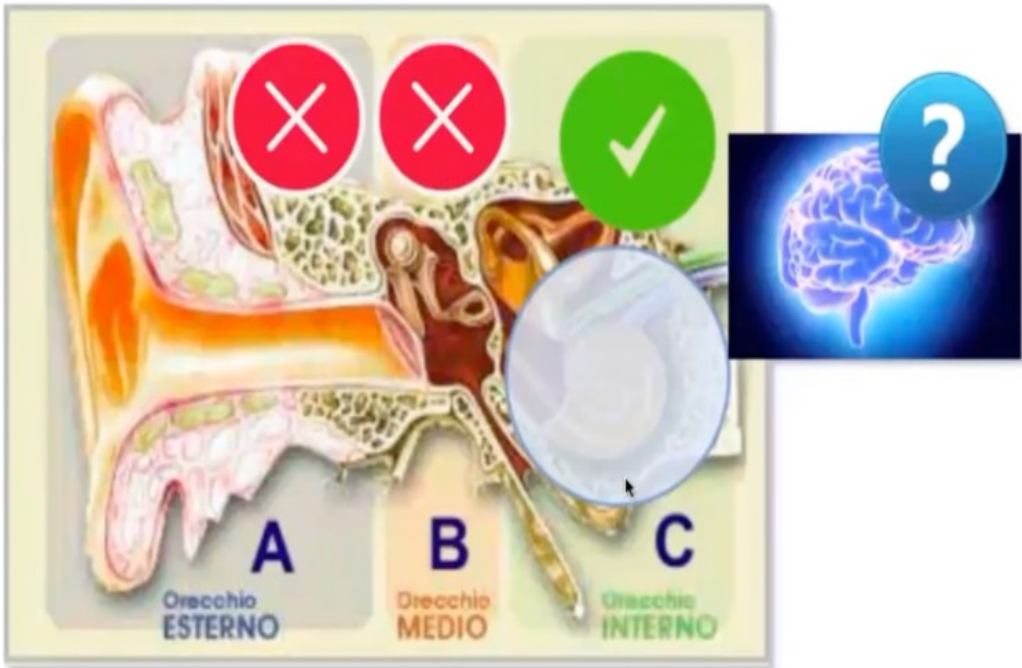


Può derivare solo ed esclusivamente dalla coclea (orecchio interno) o dal nervo acustico e mai da altre sedi né nell'orecchio né fuori da questo, visto che si tratta di un segnale bioelettrico che non può essere prodotto altrove e non vero rumore. In teoria, ma non è mai stato dimostrato come e dove, potrebbe essere generato anche a livello delle vie uditive centrali.

Due soli meccanismi da soli o in combinazione possono generare un vero acufene. O la disfunzione idromeccanica esercitata dall'idrope o un danno permanente a carico di cellule o fibre del nervo.

**Cosa serve per la diagnosi ? Nulla, a parte assicurarsi che sia davvero un acufene e non un rumore vero e proprio prodotto nell'orecchio o in vicinanza. Poiché l'unico meccanismo trattabile è l'idrope, e poiché eventuali danni permanenti non possono mai essere confermati o esclusi con esami, si fa direttamente la terapia e si vede che risultati si ottengono. È indicata però la risonanza magnetica, per escludere neurinoma dell'acustico, se l'acufene è da un solo lato o prevalente da un lato.**

# Fastidio per il rumore esterno (iperacusia)

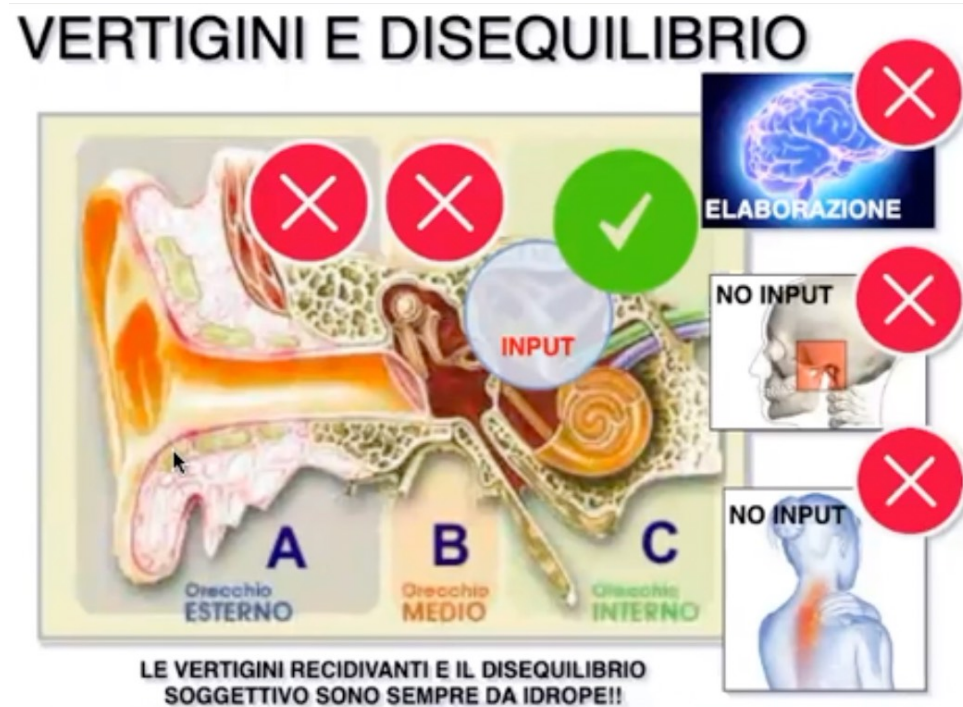


Può derivare solo da alterazioni nell'**orecchio interno**, del nervo acustico e delle vie uditive centrali e mai da orecchio esterno o medio. La vera iperacusia va distinta, e a volte non è semplice anche perché possono coesistere, dalla **fonofobia** e dalla **misofonia**, che sono invece cerebrali e psicologiche, e dall'**autofonia**, rimbombo della propria voce, che potrebbe anche essere dovuta della tuba di Eustachio o dell'orecchio medio, e dal **recruitment**, che si ha quando si associno sia iperacusia che ipoacusia.

Termine	Caratteristica principale	Origine	Sede
IPERACUSIA	Fastidio per suoni normali (volume/ intensità).	Disturbo uditivo.	Orecchio interno - Coclea (idrope o danno cellule ciliate) e/o vie uditive centrali.
RECRUITMENT	Percezione anomala dell'aumento di intensità sonora.	Disturbo uditivo.	Orecchio interno - Coclea (idrope o danno cellule ciliate) .
AUTOFONIA	Percezione amplificata di suoni interni.	Meccanico/uditivo.	Tuba di Eustachio, orecchio medio, ma a volte anche idrope.
FONOFOBIA	Paura o avversione verso suoni (non necessariamente intensi).	Psicologico.	Sistema limbico (cervello).
MISOFONIA	Reazione emotiva negativa a suoni specifici.	Psicologico/emotivo.	Sistema limbico e connessioni corticali.



**Percezione soggettiva non reale di movimento dell'ambiente circostante rispetto al corpo o del corpo rispetto all'ambiente (vertigine)**



E solo questo è vera vertigine. Può presentarsi a crisi (vertigini ricorrenti) o essere più o meno persistente come sensazione di disequilibrio soggettivo, ma ci deve essere la percezione di movimento, percezione soggettiva ma non reale. Tutte le vere vertigini indipendentemente dalle caratteristiche, dalla durata, dall'intensità o dai fenomeni associati sono sempre derivanti da alterazione a livello dell'organo in grado d'informare il cervello sui rapporti tra il nostro corpo e lo spazio circostante, ovvero il labirinto posteriore situato nell'orecchio interno.

La vere vertigini rotatorie ricorrenti e il disequilibrio soggettivo cronico hanno due meccanismi simili ma a carico di recettori diversi, i canali semicircolari nel primo caso, le macule vestibolari nel secondo, ma è sempre l'idrope la base di entrambi i disturbi.

Non sono vertigini ma vengono dall'orecchio interno e dall'idrope le cadute brusche senza preavviso (Tumarkin), per fortuna molto rare, così come la chinetosi (mal di viaggio). Non è ben chiaro invece come considerare l'oscillopsia ovvero la sensazione che gli oggetti si muovano con la testa. La vera instabilità oggettiva, a differenza di vertigini ricorrenti e disequilibrio soggettivo potrebbe invece anche essere neurologica e non da orecchio.



<b>Termine</b>	<b>Caratteristica principale</b>	<b>Sede</b>
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA</b>	Percezione falsa, non reale, illusoria, di movimento del corpo rispetto all'ambiente o dell'ambiente circostante rispetto al corpo.	Orecchio interno (labirintite ma anche idrope), e (in teoria) nervo vestibolare, nuclei e vie vestibolari centrali, ma comunque solo sistema vestibolare.
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA ISOLATA</b>	Come sopra ma senza recidive.	Orecchio interno (labirintite ma anche idrope), e (in teoria) nervo vestibolare, nuclei e vie vestibolari centrali, ma comunque solo sistema vestibolare.
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA RICORRENTI</b>	Come sopra ma recidivanti.	Solo orecchio interno - canali semicircolari (idrope).
<b>LABIRINTITE</b>	Rara patologia e non sintomo, caratterizzata da vertigine prolungata per giorni, con marcata reale instabilità oggettiva prolungata verso il lato colpito, che esita in danno permanente vestibolare e cocleare (grave ipoacusia o sordità totale monolaterale irreversibile).	Orecchio interno (labirinto).
<b>DISEQUILIBRIO SOGGETTIVO CRONICO</b>	Percezione soggettiva e non reale continua o fluttuante di mancanza di equilibrio. È vertigine ma si preferisce usare questo termine.	Solo orecchio interno - utrículo e sacco (idrope).
<b>VERA INSTABILITÀ OGGETTIVA</b>	Reale problema di equilibrio con sbandamento, non solo soggettivo ma visibile dall'esterno.	Orecchio interno (anche in caso di crisi recidivanti da idrope in fase acuta), nervo vestibolare, sistema nervoso centrale.
<b>CRISI DI TUMARKIN</b>	(Raro) Caduta brusca senza vertigine e senza perdita di coscienza.	Orecchio interno.
<b>OSCILLOPSIA</b>	(Raro) Sensazione che l'ambiente si muova insieme ai movimenti della testa.	Orecchio interno (danno dei recettori o idrope) o (in teoria) nuclei e vie vestibolari centrali.
<b>CHINETOSI</b>	Sintomi neurovegetativi come nausea, vomito e altro stimolati dal movimento, ma senza vera vertigine.	Probabilmente orecchio interno (idrope) ma senza certezza scientifica.

Nel capitolo dedicato alle vertigini ricorrenti vi spiegherò in dettaglio perché non considero, ritenendo anche queste da idrope, le vertigini posizionali parossistiche, ritenute da tutti da otoliti (teoria della cupololitiasi o canalolitiasi).

---

## La consulenza audiovisiva

---

Avendo superato la necessità di effettuare esami diagnostici da molti anni, già dal 2011 (e non solo in conseguenza della pandemia di nove anni dopo, come per molti altri), i miei pazienti ricevono la mia consulenza e usufruiscono della mia successiva assistenza in collegamento audiovisivo. Ho iniziato con Skype, ma attualmente la mia preferenza è WhatsApp, oppure, in caso di grave ipoacusia, Google Meet, con sottotitoli in tempo reale.

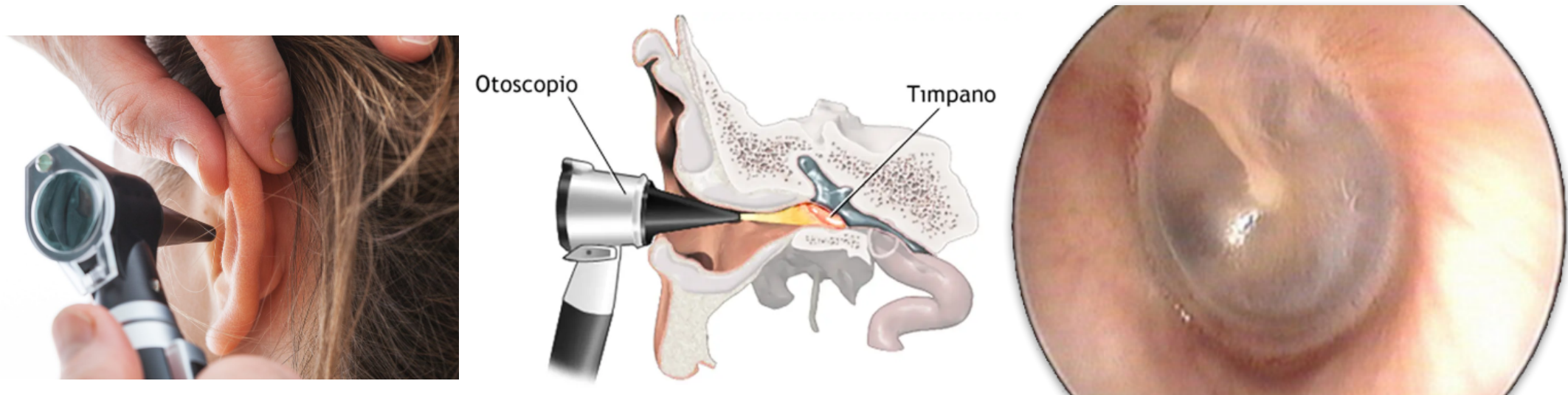
La videoconsulenza comporta solo grandi vantaggi e nessun limite, non essendo comunque necessario, per gli specifici disturbi dei quali mi occupo, visitare orecchio, naso o gola o altro, che non darebbe alcuna informazione ulteriore per la diagnosi o la terapia.



# Le basi razionali della consulenza audiovisiva

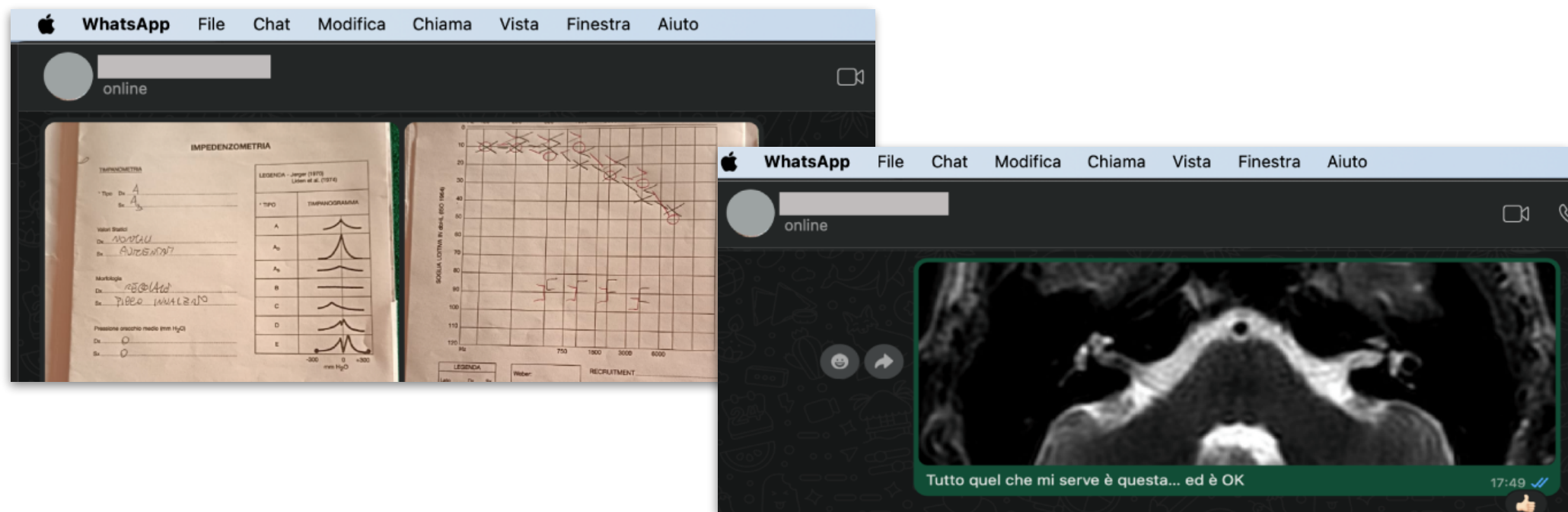
Se avete davvero seguito l'apprendimento progressivo, arrivati a questo punto non ci dovrebbe nemmeno essere bisogno, essendo già pienamente logico e comprensibile, di spiegare perché per acufeni, vertigini e altri disturbi dell'orecchio interno, tutto si può gestire benissimo a distanza in videoconsulenza e come questo non tolga proprio nulla rispetto a eventuale visita tradizionale. Ma considerate queste informazioni una sorta di ripasso dei concetti fondamentali già spiegati.

- I disturbi specifici dei quali mi occupo non derivano mai da orecchio esterno od orecchio medio (con le sole eccezioni di ipoacusia trasmissiva o fullness da orecchio medio, delle quali però non mi occupo direttamente) ma solo da **orecchio interno** o al limite da nervo acustico o vie centrali nel sistema nervoso.
- **L'orecchio interno non può essere visitato in alcun modo.** E nemmeno le aree relative del sistema nervoso centrale o i nervi. Quel che lo specialista può visitare è solo il condotto uditivo esterno e la membrana del timpano. E naso e gola non hanno nulla a che vedere con l'orecchio interno.





- **Nessun esame è in grado di confermare o escludere eventuali danni permanenti** di cellule o recettori, o di dare indicazioni diagnostiche utili ai fini della terapia. E ne ho fatti più di tutti, per capire l'orecchio interno, l'idrope e i suoi disturbi, nei limiti in cui questo è possibile, fino al 2009.
- Quando sia necessario escludere che **ipoacusia** o **fullness**, unici sintomi che potrebbero esserlo, siano in realtà da orecchio medio (in tal caso diventando disturbi non di mia competenza), o valutare una risonanza magnetica, ad esempio, è sufficiente guardare **esami eseguiti altrove e inviati via Whatsapp**, senza alcuna necessità di eseguirli personalmente.





## Consulenza audiovideo. Nessun limite. Molti vantaggi!

Sebbene in Italia credo di essere stato tra i primi a proporla, molti anni fa, la consulenza in audiovideo e la telemedicina, quando possibile proporle, stanno ormai diventando sempre più diffuse.

Inizialmente, per qualche anno, anche dopo aver avviato le consulenze in audiovideo, ho offerto ancora, in alternativa, la possibilità di incontrarmi direttamente, comunque senza visita e senza esami, come già facevo ormai comunque dal 2009. Attualmente, non vivendo più da anni in Italia, e non ritenendo che esista alcun reale vantaggio nell'incontro diretto, la possibilità di consulenza diretta tradizionale, comunque senza visita e senza esami, non viene più offerta nemmeno come alternativa, anche perché ormai a pochi interessa davvero, visti gli evidenti vantaggi della consulenza in audiovideo.

Ma la ragione per la quale offro videoconsulenze non è certo che vivo all'estero, ma proprio perché **non cambierebbe assolutamente nulla incontrarci direttamente, non potendo comunque visitare l'orecchio interno.** Già facevo videoconsulenze *prima* di potermi trasferire all'estero nel 2012, visto che non mi serviva più restare in Italia, e già le mie consulenze si limitavano al semplice parlare con il paziente dal 2009, una volta che, abbandonati tutti gli esami diagnostici, ho smesso proprio di avere una clinica o un ambulatorio personale, utilizzando appena una stanza affittata per l'occasione in altre strutture in giro per l'Italia.

## **Ecco tutti i vantaggi, per il paziente, della consulenza audiovisivo !**

- ☒ Possibilità di colloquio faccia a faccia esattamente come in un incontro diretto, con comunicazione verbale, paraverbale, non verbale e anche scritta
- ☒ Possibilità di mostrare esami o inviarli esattamente come durante un incontro diretto
- ☒ Possibilità di attivare sottotitoli in tempo reale in caso di grave ipoacusia, e perfino tradotti nella lingua del paziente, se diversa da quella del medico (io ne parlo tante, comunque)
- ☒ Nessuna perdita di informazioni diagnostiche rispetto a una visita tradizionale, quando ci si occupa di orecchio interno
- ☒ Assistenza continuativa ogni volta che il paziente ne ha bisogno, con effetti positivi anche sulla cura
- ☒ Attesa ridotta per ottenere l'appuntamento, a volte anche in giornata
- ☒ Disponibilità e reperibilità continua dello specialista
- ☒ Consulenza e assistenza continuativa a costi molto inferiori
- ☒ Nessun costo accessorio (es. spese di viaggio)

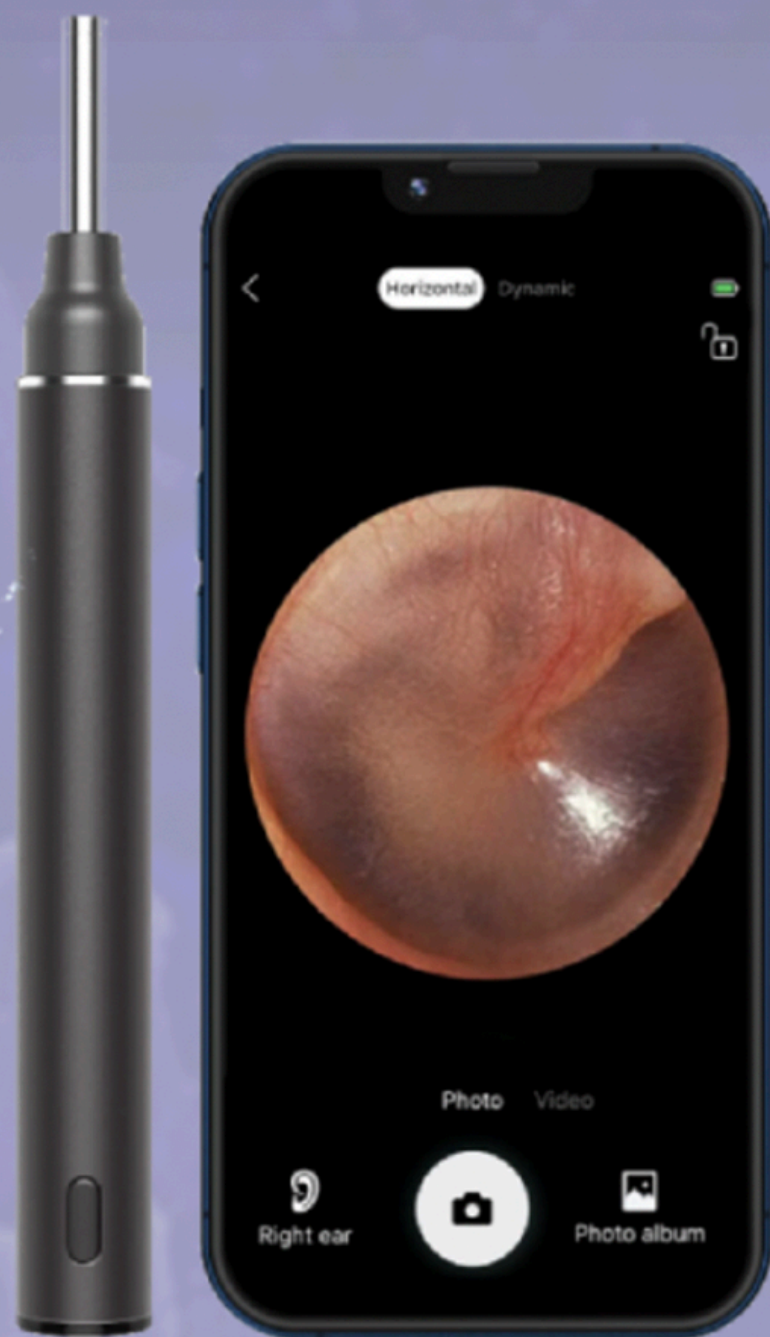
- ☑ Nessuna assenza dal lavoro
- ☑ Assistenza a pazienti in tutte le regioni d'Italia e all'estero, senza limiti geografici
- ☑ Orari comodi e flessibili adattati alle proprie necessità
- ☑ Possibilità di modificare senza problemi appuntamenti già presi, in caso di problemi sopraggiunti, anche all'ultimo momento
- ☑ Possibilità di *portare lo specialista con sé* anche quando si deve partire o andare in vacanza fuori sede
- ☑ Possibilità di far partecipare alla videoconsulenza il proprio medico di fiducia o un parente distante, non fisicamente presenti accanto a voi (*videoconferenza a tre*)

## **Ma soprattutto...**

- ☑ Possibilità di scegliere lo specialista più idoneo, chiunque sia e dovunque sia nel mondo, senza doversi limitare ai medici vicini, ma... senza spostarvi da casa vostra !

Usare WhatsApp o Google Meet è facilissimo per chiunque, a qualunque età, anche per *dinosauri tecnologici* o persone anziane. Non serve nessuna competenza specifica. Basta avere un telefono smartphone, un tablet o un computer.





Volete comunque che io vi "visiti" anche l'orecchio, pur ricordando che i disturbi dei quali mi occupo vengono dall'orecchio interno, comunque non accessibile, e che l'unica parte "visitabile" dell'orecchio è comunque solo l'orecchio esterno e la membrana del timpano?

Oggi è possibile anche questo!

Basta acquistare, su Amazon o dove volete, un **otoscopio** per smartphone o PC che permette di fare foto di qualità e perfino video dell'orecchio, grazie a una speciale telecamera e, a seconda dei modelli, perfino di mostramelo in diretta durante la videoconsulenza.

Costo medio: circa 15-20 euro o anche meno.



# Sintomi e disturbi

Acufeni e non acufeni

Ipoacusia e disacusia

Fullness e orecchio chiuso

Iperacusia e fonofobia

Cosa sono le vere vertigini ?

Vertigini acute ricorrenti

Disequilibrio soggettivo

Cadute senza vertigine

Oscillopsia

Chinetosi

## **Premessa alla parte 3 - Sintomi e disturbi**

In questa sezione, dove spiego in dettaglio sintomi e disturbi dell'orecchio interno, potete decidere voi cosa leggere o guardare e cosa no, sebbene il mio consiglio sia quello di sapere tutto, anche considerando che i sintomi dell'idrope possono modificarsi nel tempo e quel che non avete oggi potrebbe comparire domani o essere già capitato in passato, senza che nessuno ve ne abbia spiegata l'origine.

**E sapere previene ansia e reazioni sbagliate, in caso di futuri nuovi disturbi.**

# Acufeni e *non acufeni*

La definizione corretta di acufene è: **percezione acustica non prodotta da alcuna sorgente sonora**, *né esterna né interna al nostro corpo*.

Eppure molti medici ancora definiscono acufene qualunque rumore non prodotto da sorgente sonora *esterna*. In quelle poche parole omesse, o aggiunte, visto che basterebbe dire *nessuna sorgente sonora*, sta una differenza incredibile, che è uno dei primi ostacoli alla comprensione di cosa siano davvero gli acufeni. Non si possono definire allo stesso modo due cose completamente diverse, riunendole nello stesso termine, e cercare un'origine comune.

## Cosa sono e da dove vengono i *veri* acufeni ?

Cominciamo col dire cosa gli acufeni **non sono**, nonostante qualunque cosa possa esservi stata raccontata.

**NO!** **Gli acufeni non sono percezioni immaginate** dal paziente o create dalla sua mente, ma qualcosa di realmente generato all'interno dell'apparato uditivo. In teoria, sebbene io non abbia alcuna esperienza diretta per confermarlo o negarlo, qualcuno sostiene che sia perfino possibile registrarne la presenza con specifici esami, che mostrerebbero una persistente attività della corteccia cerebrale uditiva. Ma nella pratica clinica non esiste alcun modo per *dimostrare* un acufene, motivo per cui non si può emettere un certificato medico affermando che il paziente soffre di acufeni.

**NO!** **Gli acufeni non sono mai percezioni organizzate** tipo musica, parole, canzoni. Quelle vengono definite *allucinazioni uditive*, sono qualcosa di completamente diverso e sono prodotte dalla corteccia cerebrale, che non è mai, al contrario, in grado di produrre un acufene.

**NO!** **Gli acufeni non sono veri suoni o rumori** e non sono prodotti da alcuna sorgente sonora. Vengono percepiti come suono o rumore poiché il segnale giunge all'area acustica della corteccia cerebrale, esattamente allo stesso modo con il quale arrivano le normali percezioni uditive. Ma inserendo un microfono in testa non potremmo mai registrare alcun rumore, poiché non c'è alcun rumore, ma solo segnali bioelettrici.



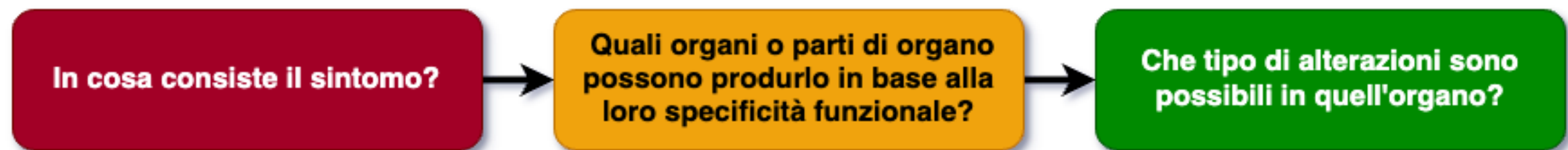
**NO!** **L'acufene non è mai un segnale intermittente.** Rumori intermittenti come il battito del cuore, o crepitii, scricchiolii, vibrazioni, o tipo codice Morse per capirci, non sono mai acufeni ma veri e propri rumori prodotti da una sorgente sonora all'interno del nostro corpo. Anche se... (ma ve lo spiegherò più avanti, parlando di dubbi o eccezioni al mio stesso ragionamento logico).

**NO!** **L'acufene non è mai sintomo di una malattia pericolosa.** La più *pericolosa* patologia capace di creare un acufene, e da un solo lato, ovviamente, è il *neurinoma*, raro tumore *benigno e operabile*, del quale abbiamo già parlato nel capitolo dedicato alla ricerca delle cause. Non esiste alcuna necessità di eventuali accertamenti, oltre alla risonanza magnetica per il neurinoma, dove indicata, per escludere altre patologie pericolose come *cause*, semplicemente perché non ne esistono.

**NO!** **L'acufene non è mai espressione di una patologia a evoluzione certa.** Possono ovviamente comparire altri sintomi in futuro, o essere già presenti, come riduzione di udito o vertigini, ma si può anche avere acufeni per tutta la vita e magari sentirsi benissimo, e non avere mai vertigini o altri disturbi.

**NO!** **L'acufene non è una malattia psichiatrica,** nonostante sia nettamente aggravato da ansia e fattori psicologici, e non porta mai al suicidio. Ovviamente avere un acufene non esclude che una persona possa avere anche una concomitante patologia psichiatrica (e anzi non di rado le due problematiche sono entrambe presenti), che non genera come unica conseguenza l'acufene e non viene generata solo dall'acufene, e che *potrebbe in teoria* arrivare al suicidio, ma per la malattia psichiatrica, non per l'acufene!

Capito cosa un acufene **non è**, diventa più facile, utilizzando, come già spiegato, anatomia, fisiologia e ragionamento logico, comprendere **cosa sia e da dove origini**.



## In cosa consiste il sintomo ?

Come detto, non possiamo usare lo stesso termine per cose completamente diverse perché altrimenti il nostro ragionamento si ferma alla prima domanda, non capendo in cosa consiste il sintomo. Pertanto dobbiamo distinguere un *vero* acufene da quel che non è acufene.

Potremmo scegliere qualunque termine e, come vedremo, nemmeno io ho ancora deciso quale usare per *percezioni acustiche prodotte come vero rumore all'interno del nostro corpo* che, per ora, chiamo “*non acufeni*”, ma dobbiamo usarne obbligatoriamente due diversi. E non ha alcun senso l'attuale divisione in *acufeni soggettivi e oggettivi*, che si basa sulla capacità di un medico, o di altro soggetto esterno, di percepirlo con eventuali strumenti, esempio un fonendoscopio, perché non possiamo cambiare diagnosi in base all'intensità o alla capacità di sentirlo da parte di altri o no. E dobbiamo anche distinguerlo dalle percezioni organizzate tipo musica, parole ecc., che non sono acufeni ma *allucinazioni uditive*.

Quindi definiamo (io, ma credo dovrebbero farlo tutti, per quanto detto sopra) **acufene** solo una **percezione acustica non organizzata non prodotta da alcuna sorgente sonora**, indipendentemente dalla capacità del medico di sentirla.

Ma, se una percezione acustica non è prodotta da alcuna sorgente sonora, da qualche parte deve pur essere generata.

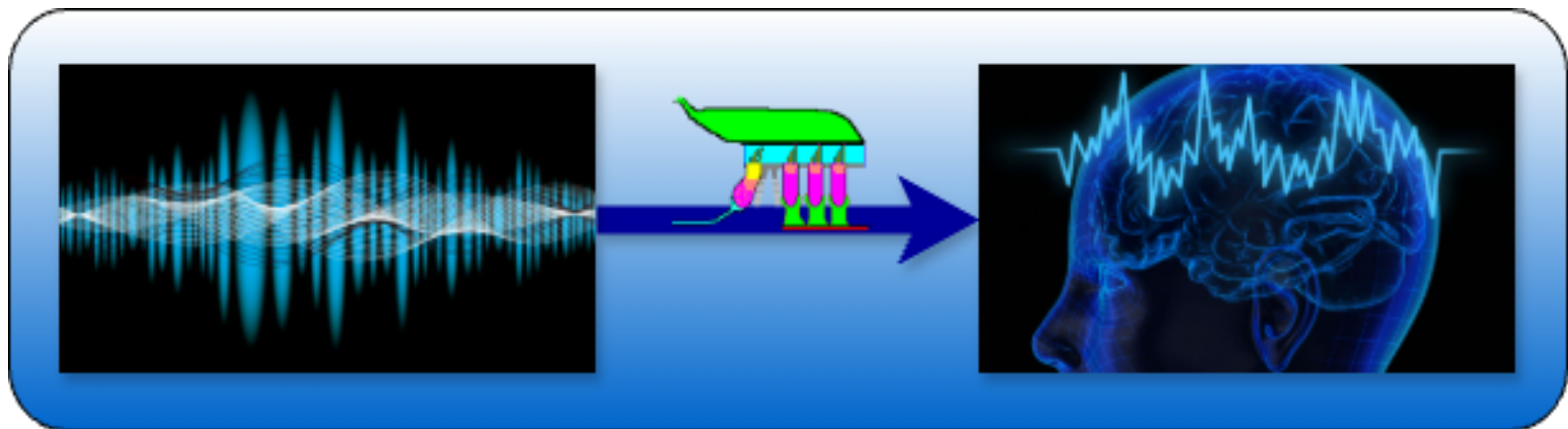
Se ricordate quel che vi ho già spiegato sulla fisiologia dell'orecchio e della funzione uditiva diventa facile capire.



Basta un semplice *sillogismo*, ovvero un ragionamento logico che, partendo da due premesse o affermazioni concatenate, ed entrambe vere e valide, giunga ad una conclusione necessariamente anch'essa vera e valida.

## Premessa 1

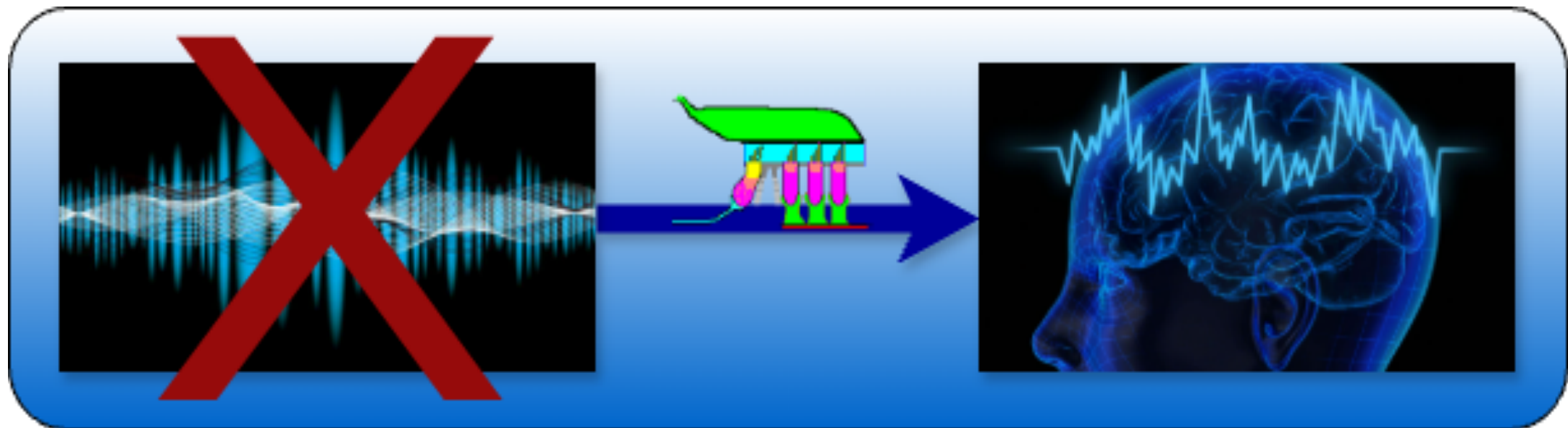
Per arrivare al sistema nervoso centrale e al cervello ogni stimolo acustico deve essere convertito (**trasduzione**), nella coclea, **da segnale di tipo meccanico-acustico in segnale bioelettrico**.





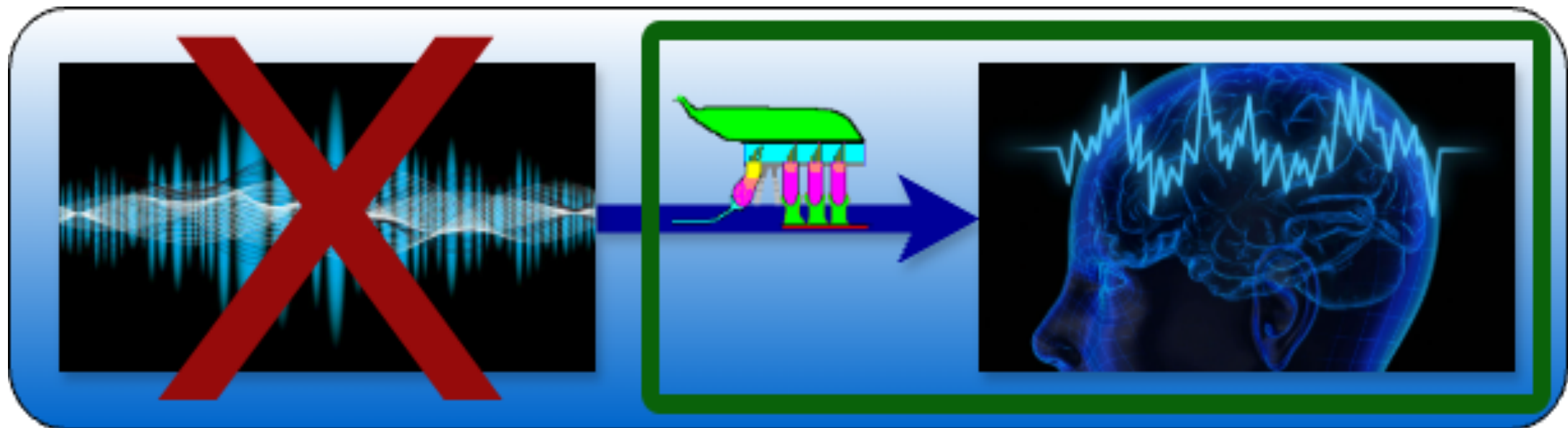
## Premessa 2

Per definizione nel caso dell'acufene **manca una sorgente sonora e quindi la fase meccanico-acustica** della funzione uditiva. Eppure il cervello percepisce un suono o un rumore.



## Conclusione

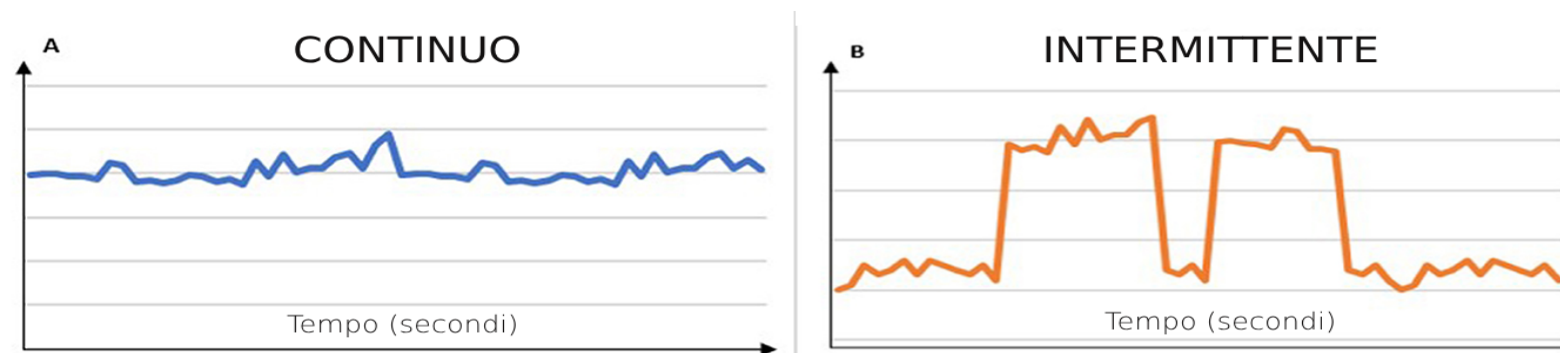
**L'acufene è un segnale bioelettrico** (l'unico tipo di segnale che il nostro cervello può ricevere), percepito come suono o rumore dalla corteccia cerebrale alla quale il segnale arriva.





Ma come possiamo affermare, senza alcun esame, che quel che il paziente avverte non è davvero prodotto da una sorgente sonora all'interno del corpo, ma solo un segnale bioelettrico e quindi decidere che è un acufene?

Per quanto attualmente sappiamo da anatomia e fisiologia non esiste alcuna sorgente sonora, nel corpo umano, in grado di produrre come vero suono o rumore un fischio, un ronzio, un sibilo, un fruscio o, in generale, un qualunque segnale di tipo continuo non intermittente. I rumori somatici generati dal nostro corpo sono sempre di tipo discontinuo o intermittente.



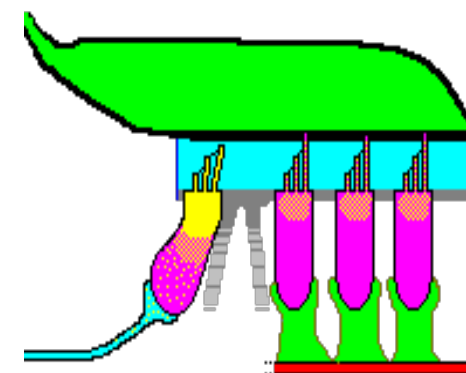
Attenzione a non confondere intermittente con fluttuante o incostante, che significa altro !

Quindi un suono o rumore di tipo fischio, ronzio, sibilo, fruscio (se continuo e non intermittente) deve necessariamente essere generato come segnale bioelettrico e non come vero suono o rumore proveniente da una vera sorgente sonora.

## **Quali organi o parti di organo possono produrre un acufene in base alla loro specificità funzionale?**

E anche qui usando anatomia e fisiologia, e avendo già chiarito che l'acufene è un segnale bioelettrico, non ci vuole molto, ragionando, a rispondere.

Il primo segnale bioelettrico, nella funzione uditiva, si genera nell'orecchio interno, nella coclea, a livello dell'interfaccia (sinapsi) tra le cellule ciliate cocleari e le fibre del nervo acustico, in conseguenza del piegamento delle ciglia delle cellule ciliate, causato dal movimento dei liquidi, ai quali lo stimolo meccanico è stato trasmesso dalla staffa.



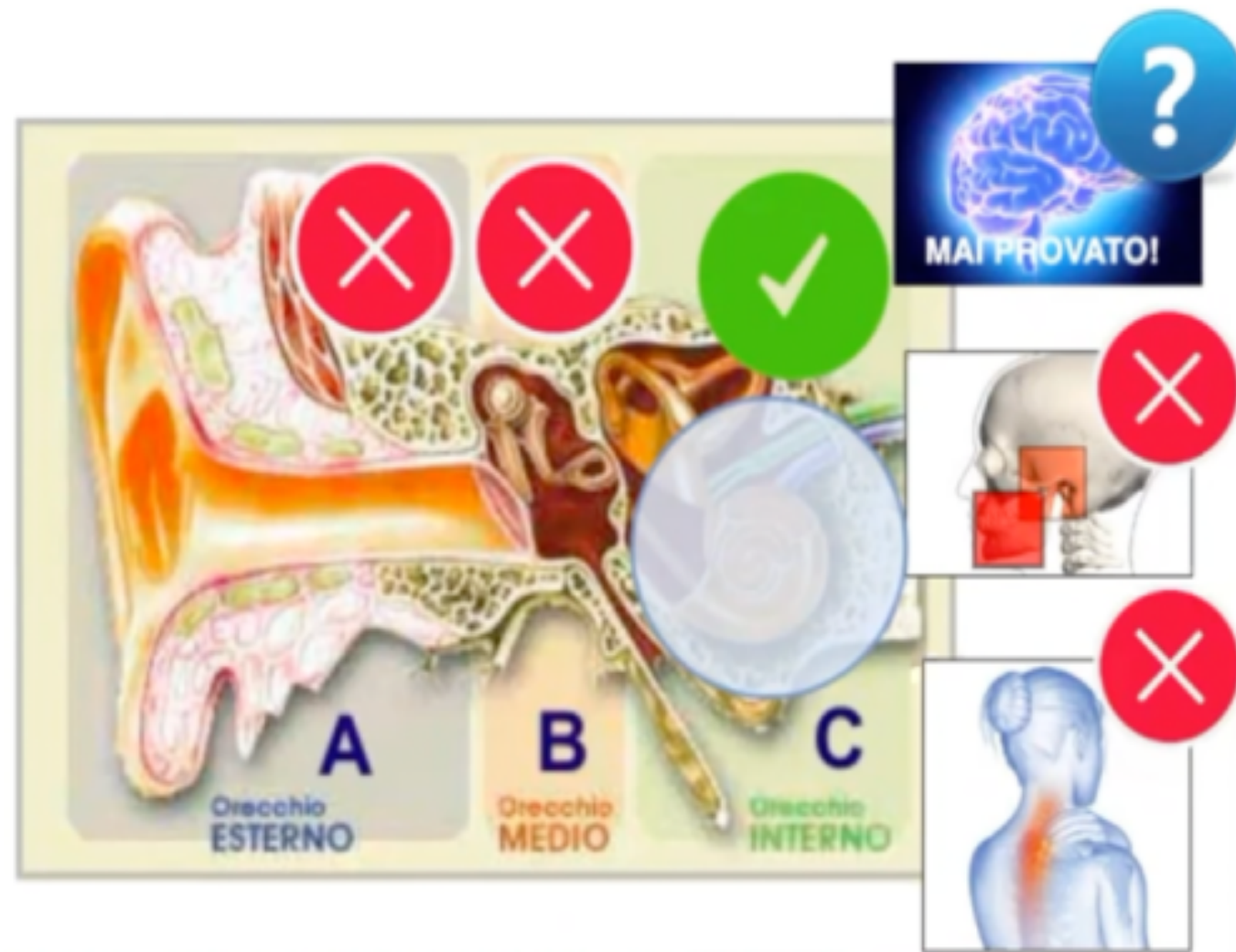
**NO!** Tutto quel che c'è a monte dell'orecchio interno, ovvero l'orecchio esterno e medio, è pura meccanica senza alcuna attività bioelettrica, e non può quindi essere sede di produzione dell'acufene. Delle tre parti dell'orecchio, solo l'orecchio interno può produrre acufeni!

**NO!** Nulla, al di fuori dell'apparato uditivo, può generare un segnale bioelettrico in grado di pervenire alla corteccia uditiva cerebrale.

*Anche se... ma lo vedremo poi*

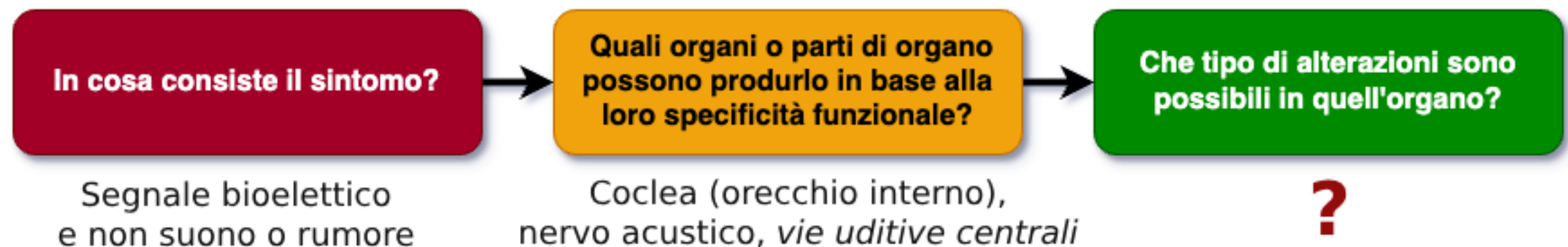


Quindi un vero acufene può essere generato solo *nell'unica parte del nostro corpo capace di produrre segnali bioelettrici destinati alla area acustica della corteccia cerebrale*, ovvero nell'**orecchio interno** o al limite dal **nervo acustico** o, in teoria, non essendo mai stato provato, anche da neuroni delle **vie uditive centrali**, ma sempre nell' apparato uditivo, e mai al di fuori di questo.



Abbiamo quindi già risposto alle prime due domande che sono alla base di ogni ragionamento diagnostico.

1. Abbiamo capito che l'acufene è un segnale bioelettrico e non vero suono o rumore
2. Abbiamo capito che l'acufene può essere prodotto solo dalla coclea nell'orecchio interno, o dal nervo acustico, o in teoria, pur se mai dimostrato, dalle vie uditive centrali, e mai da orecchio esterno o medio o al di fuori dell'apparato uditivo.



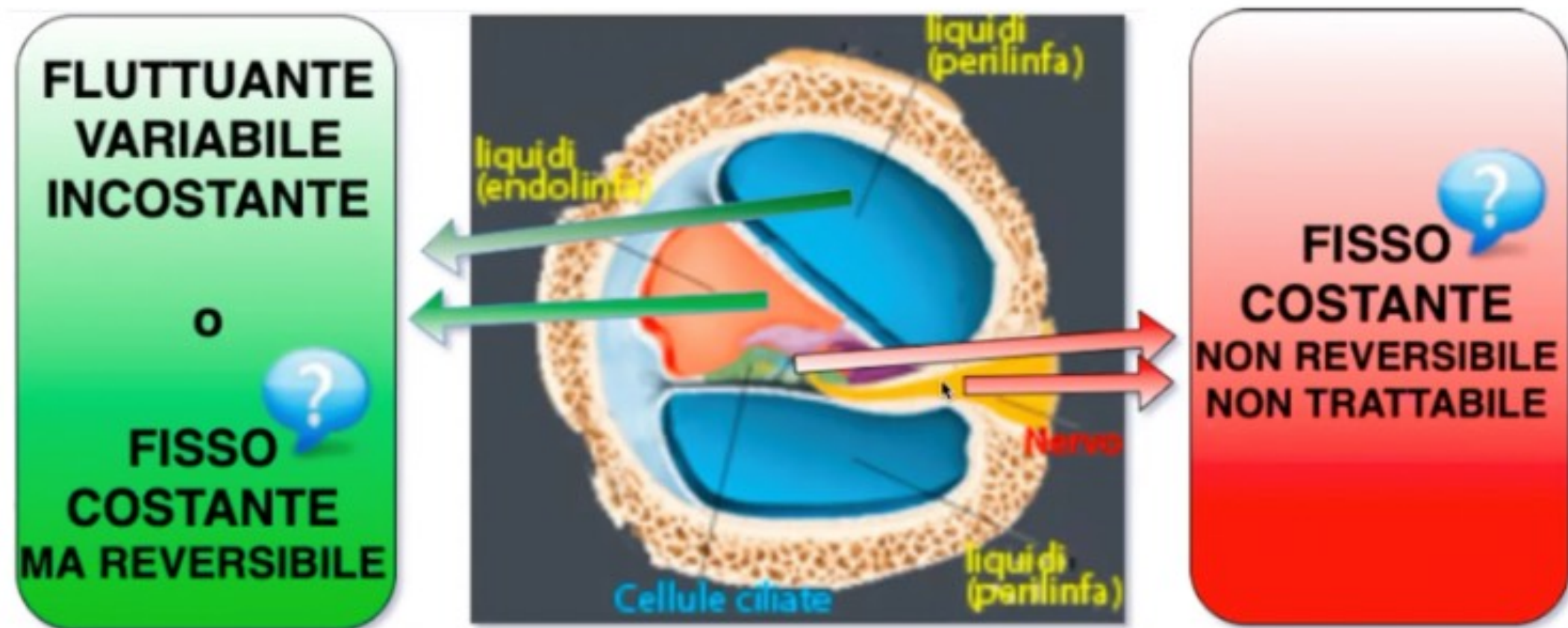
Dobbiamo però ancora rispondere alla terza domanda. *Quali alterazioni possono generare l'acufene nella coclea, o nel nervo acustico, o nelle vie uditive centrali?*

Purtroppo vi dico sin da ora che non conosciamo alcuna causa dimostrata e certa a livello delle vie uditive centrali, e per il nervo acustico, oltre al *neurinoma*, che anche se ci fosse potrebbe perfino non essere direttamente la causa, visto che spesso ho avuto perfino risultati trattando l'idrope, e al *conflitto neuro-vascolare*, del quale vi parlerò più avanti, non ci sono altre patologie note e certe che potrebbero dare acufeni. Pertanto ci concentreremo solo sulla **coclea (orecchio interno)**.

## Quali alterazioni sono possibili nella coclea ?

Se avete seguito l'apprendimento progressivo, lo sapete già! Ve l'ho già spiegato.

**O l'idrope (aumento dei liquidi dell'orecchio interno) o un danno permanente, irreversibile e non trattabile di cellule ciliate o fibre del nervo acustico o... entrambi.**



L'IDROPE (PERLINFATICO O ENDOLINFATICO) PUO' DARE SIA SINTOMI FLUTTUANTI, VARIABILI, INCOSTANTI CHE FISSI, STAZIONARI

I DANNI PERMANENTI POSSONO SOLO DARE SINTOMI INVARIABILI E COSTANTI CHE SONO IRREVERSIBILI E INTRATTABILI



## Acufeni e idrope

Visto che, alla fine, su eventuali danni permanenti non possiamo sapere o dire nulla (nemmeno essere sicuri che in effetti possano esistere o che siano in grado davvero di generare un acufene e come), se non che comunque è impossibile diagnosticarli, verificarli o confermarli, passiamo direttamente all'idrope come causa di acufene (e qui siamo certi, invece, che l'idrope esista e possa causarlo), spiegando alcuni concetti fondamentali, che sono poi il razionale dell'impiego della terapia per idrope per trattare gli acufeni.

L'acufene da idrope può essere incostante, non sempre presente, o fluttuante a intensità variabile, in relazione alla quantità di liquido presente a seconda delle scariche di produzione (stimolate probabilmente dall'ADH in relazione allo stress) e dal funzionamento del meccanismo di riassorbimento. **In caso di acufene davvero incostante e non sempre presente l'ipotesi di un danno permanente, come causa dell'acufene, può essere esclusa a priori.**

Ma anche acufeni fissi e stazionari non variabili (o solo parzialmente variabili) dipendono nella maggior parte dei casi dall'idrope e dalla pressione in eccesso, in tal caso costantemente presente, sebbene, in questi casi, non sia possibile escludere a priori danni permanenti.



**Non esiste alcun parametro che permetta di escludere il ruolo dell'idrope come causa di acufene e di affermare, o anche solo sospettare, che ci siano danni permanenti irreversibili. In nessun paziente. Senza eccezioni.**

E che questa affermazione sia vera ce lo confermano i risultati della terapia !

- **Non la mancanza di variabilità o fluttuazioni o la sua costanza**, visto che anche un acufene sempre presente e non variabile può benissimo essere da idrope e curabile. E questo ce lo provano i risultati della terapia anche per acufeni *fissi*.
- **Non le sue caratteristiche come tipo di suono o rumore (fischio, ronzio, fruscio, sibilo ecc.) o la sua frequenza (acuto o grave)**, purché come detto sia un segnale continuo. E questo ce lo provano i risultati della terapia, possibili qualunque sia il tipo di acufene.
- **Non le modalità di comparsa**, a esordio improvviso o con evoluzione lentamente progressiva. In entrambi i casi sono possibili risultati con la terapia.

- **Non la localizzazione o la percezione nelle orecchie (in stereofonia) o in testa**, che corrisponde spesso in realtà a un acufene bilaterale simmetrico in entrambi gli orecchi e percepito come centrale.
- **Non la causa presunta o l'associazione con eventi specifici**, ad esempio trauma acustico o assunzione di farmaci o altro.
- **Non l'associazione con problemi di udito (ipoacusia, disacusia)**, e meno che mai eventuali alterazioni riscontrate nell'esame audiometrico o, al contrario, la sua perfetta normalità. E non esiste, nonostante ancora affermato da molti specialisti, una curva audiometrica *tipica* dell'idrope.
- **Non età, sesso, ereditarietà o altre patologie concomitanti**, che non influiscono sull'esito della terapia, a meno che, ovviamente, non costituiscano controindicazione ad alcune componenti della terapia stessa.
- **Non il tempo trascorso dall'esordio**. Il mio *record* attuale di scomparsa totale di un acufene fisso, non variabile, dopo appena 10 giorni di terapia, è di... 28 anni e mezzo! Non è assolutamente vero che dopo un certo periodo (di solito dicono tre mesi e nessuno sa spiegare cosa cambierebbe dopo tre mesi!) l'acufene diventi intrattabile e... *cronico*. Ma che vuol dire? È già *cronico*, se sempre presente!

**Ma, soprattutto, non è affatto vero che debbano esserci necessariamente vertigini, ipoacusia e/o fullness perché un acufene possa essere da idrope.**

Ovviamente questo frequente errore deriva dal far confusione tra idrope e sindrome di Meniere. Molti pazienti con acufene da idrope certo, anzi direi la maggior parte, ci sentono benissimo e non hanno vertigini, che peraltro potrebbero essere comparse transitoriamente in passato, o che potrebbero comparire in futuro, visto che i sintomi da idrope possono modificarsi nel tempo.

**Ogni acufene può essere da idrope e potenzialmente trattabile con la terapia contro l'idrope.**

E anche in caso di fallimento della terapia questo permette di dire che l'ultima versione aggiornata della terapia proposta dal Dott. La Torre, sempre che siate miei pazienti, che abbiate fatto terapia con me e che abbiate davvero fatto tutto quanto si può fare e fatto bene come prescritto, il che purtroppo non è la regola, non ha funzionato, e non che allora ci debbano essere sicuramente danni permanenti.

Attualmente, dal punto di vista generale dei risultati, siamo intorno al 75-80% di raggiungimento di beneficio sufficiente (ovvero star bene senza necessità di ulteriore cura, salvo recidive) e quasi 90% se consideriamo anche miglioramenti evidenti ma non sufficienti, e la terapia è in continua evoluzione. Non mi pare tanto male per un disturbo considerato, ancora oggi, da molti medici e purtroppo anche da molti pazienti, la *tomba dell'otorino*.

Ma certamente gli acufeni, e nemmeno l'idrope ovviamente, non sono curabili con le molte false terapie generalmente proposte, dalle vitamine, agli integratori, ai farmaci per la microcircolazione, fino a terapie costose, ma inefficaci, che prevedono l'acquisto di dispositivi vari.

Molte di queste *presunte* terapie non curano proprio nulla e non agiscono in alcun modo né sui sintomi né sul meccanismo sottostante o eventuali cause, ma per fortuna (o purtroppo, visto che poi genera confusione nella valutazione dell'efficacia delle terapie) la remissione spontanea, non dovuta alla cura (e a volte vale anche per la mia terapia), e gli effetti placebo sono frequenti con questi disturbi, e in generale con l'idrope.

Ve ne parlo, se volete sapere perché affermo questo, in questo articolo del Blog Idrope News ([idrope.info/idrope-news](http://idrope.info/idrope-news)) nel sito online.

**Truffe, bugie e sporcizia varia...**

## **Truffe, mezze truffe, inganni e terapie inutili**

Molte presunte terapie e proposte terapeutiche sono completamente inefficaci su acufeni, vertigini, udito o altro o spesso sono delle truffe vere e proprie o terapie spacciate come utili, ma che non servono assolutamente a nulla.

Continua a leggere →



## In che modo l'aumento volume e pressione dei liquidi (idrope) potrebbe generare un acufene?

L'ipotesi più verosimile (ma mai e non confermata e non dimostrabile) circa il meccanismo con il quale l'idrope può creare l'acufene è il **piegamento delle ciglia delle cellule ciliate esercitato dall'idrope**.

In questo modo si verrebbe a creare la produzione di un segnale a livello delle cellule ciliate, esattamente come avviene in condizioni fisiologiche in presenza di una corrispondente stimolazione esterna.

Ovvero le cellule fanno quanto loro viene chiesto di fare e quel che sanno fare: se il liquido fa piegare le ciglia delle cellule, le cellule rilasciano un neurotrasmettitore nella sinapsi tra cellula e fibra del nervo, che genera un segnale bioelettrico che prosegue fino al cervello, attraverso il nervo acustico e le vie uditive centrali. E se l'eccesso di liquidi e quindi la pressione persiste, persiste l'acufene.

Solo che qui manca la stimolazione fisiologica e lo stimolo meccanico dai liquidi è dovuto al loro aumento (idrope) e non a stimolo esterno proveniente dall'orecchio medio, come in condizioni fisiologiche avviene per qualunque suono o rumore reale che percepiamo.

# I “*non acufeni*”

Come abbiamo già chiarito, non tutte le percezioni di rumore prodotte all'interno del nostro corpo sono acufeni. Qualcuno li definisce, ancora oggi, *acufeni oggettivi*, basandosi sull'assurdo criterio di essere percepibili anche dal medico o da altri, il che è più l'eccezione che la regola. Io ho sempre preferito definirli *rumori intra- o extra-auricolari*, ovvero prodotti all'interno dell'orecchio o in altre aree del corpo al di fuori dell'orecchio o, più frequentemente, **non acufeni**. In inglese vengono attualmente definiti **somatosounds**, ovvero *rumori somatici o rumori del corpo*, e forse **rumori somatici** potrebbe essere adottato anche da me in italiano, anche se per ora *non acufeni* mi sembra renda bene il concetto che è fondamentale considerarli in modo differente.

Vi do subito la notizia più importante dal punto di vista pratico. Sebbene io stesso non sappia da dove possano davvero originare o con quale meccanismo (ovvero non possa fare alcuna diagnosi), **a volte, con la terapia... si riesce a curare anche questi**. In particolare, ma non solo, la percezione acustica del battito cardiaco, erroneamente definita **acufene pulsante**, per la quale ho una possibile spiegazione e risultati generalmente buoni. Ma anche per altri tipi di rumori intermittenti e non continui, forse per l'azione dei neurofarmaci, o forse per un ruolo indiretto dell'idrope, soprattutto nel caso di possibili **spasmi dei muscoli dell'orecchio medio**, per i quali ho una mia ipotesi, assolutamente solo ipotesi e non confermata.

## **L' *acufene pulsante* non è un acufene !**

Non di rado i pazienti riferiscono anche la **percezione nell'orecchio del proprio battito cardiaco**, in associazione ad altri sintomi da idrope o quale disturbo isolato.

Ma quello è vero rumore e non un acufene (sebbene erroneamente lo si definisca *acufene pulsante*), percepito con l'orecchio e non creatosi dentro l'orecchio e non, quindi, un sintomo da idrope dell'orecchio. Non esistono vasi sanguigni pulsanti nell'orecchio interno!

Nella maggior parte dei casi si tratta di un fenomeno occasionale, sperimentato prima o poi dalla maggior parte delle persone (me compreso!), che non dà alcun problema e non deve preoccupare in alcun modo. Ma quando è frequente, costante o fastidioso diventa necessaria una cura.

Solo quando la percezione del battito cardiaco si presenta assolutamente costante e invariabile in ogni posizione, sempre uguale (a parte ovviamente la variazione della frequenza cardiaca), è consigliabile effettuare una **risonanza magnetica angiografica (angio-RM) della testa e del collo**. Ma nella pratica, pur non potendo affermare che non esistano, non ho finora mai trovato, pur avendo seguito negli anni tanti pazienti con questo sintomo, alcuna malformazione vascolare, aneurisma o tumore vascolare o altre presunte **cause patologiche**.

Nonostante questo sintomo non sia un acufene e non venga dall'orecchio interno e, quindi, ovviamente, nemmeno dai liquidi dell'orecchio interno, personalmente propongo, in questo caso, e con notevole successo dal punto di vista statistico, la stessa terapia che prescrivo per l'idrope, tenendo peraltro presente che nella maggior parte dei casi il paziente ha anche altri sintomi da idrope da trattare e che raramente, ma succede a volte, mi contatta e chiede terapia solo per la pulsazione.

Alcune mie ricerche effettuate anni fa, infatti, e il riscontro di risultati con la terapia, portano a credere che anche l'*acufene pulsante* (che acufene non è, va ribadito, essendo un vero e proprio rumore prodotto da una sorgente sonora e percepito come tale dall'orecchio) sia dovuto ad aumento della pressione dei liquidi. Ma non dei liquidi dell'orecchio, quanto di quelli cerebrali ed endocranici (*ipertensione endocranica benigna*, che è qualcosa di ben diverso e molto più frequente e meno grave di quanto ritengano molti medici, quelli che sanno cosa sia, almeno), anch'essi però sotto il controllo dell'ormone antidiuretico (ADH), il che spiegherebbe l'efficacia della terapia contro l'idrope, nella maggior parte dei pazienti trattati, anche per questo disturbo.

Inoltre poiché la mia terapia include anche cortisone, e spesso anche fleboclisi di diuretico osmotico, necessarie e previste quando si vuole trattare anche questo specifico sintomo, esiste comunque un'azione diretta sulla pressione endocranica.



Ovviamente non ho conferme certe, visto che sarebbe necessario un esame invasivo per misurare la pressione endocranica, ma diciamo che ho altri indizi, oltre all'efficacia della terapia.

- Questo sintomo è effettivamente descritto come uno dei sintomi dell'*ipertensione endocranica idiopatica* (che vuol dire che non si sa la causa!) o *pseudo-tumor cerebri*.
- La percezione si può modificare, fino a evidente alternanza di comparsa e scomparsa, mettendo il paziente con testa in alto o in basso (cosa che veniva da me effettuata usando una panca a inversione, all'epoca molto pubblicizzata in TV per la schiena, sulla quale però, probabilmente, non fa nulla) e contemporaneamente si possono registrare variazioni degli esami dell'orecchio, in particolare dell'*elettrococleografia*, esame per l'idrope del quale ho già parlato in altro capitolo nella sezione dedicata alla diagnosi.
- Guardando risonanze magnetiche spesso si nota un aumento del liquido attorno al cervello e tra le varie circonvoluzioni cerebrali, come se ci fosse un'atrofia cerebrale, quando invece, probabilmente, questo è dovuto, semmai, alla pressione esercitata dal liquido sul cervello.



Resta il fatto, però, che non so assolutamente perché o in che modo l'aumento della pressione dei liquidi cerebrali dovrebbe determinare percezione del battito cardiaco. Magari un giorno lo capiremo.

## I rumori intermittenti sono veri rumori e non acufeni !

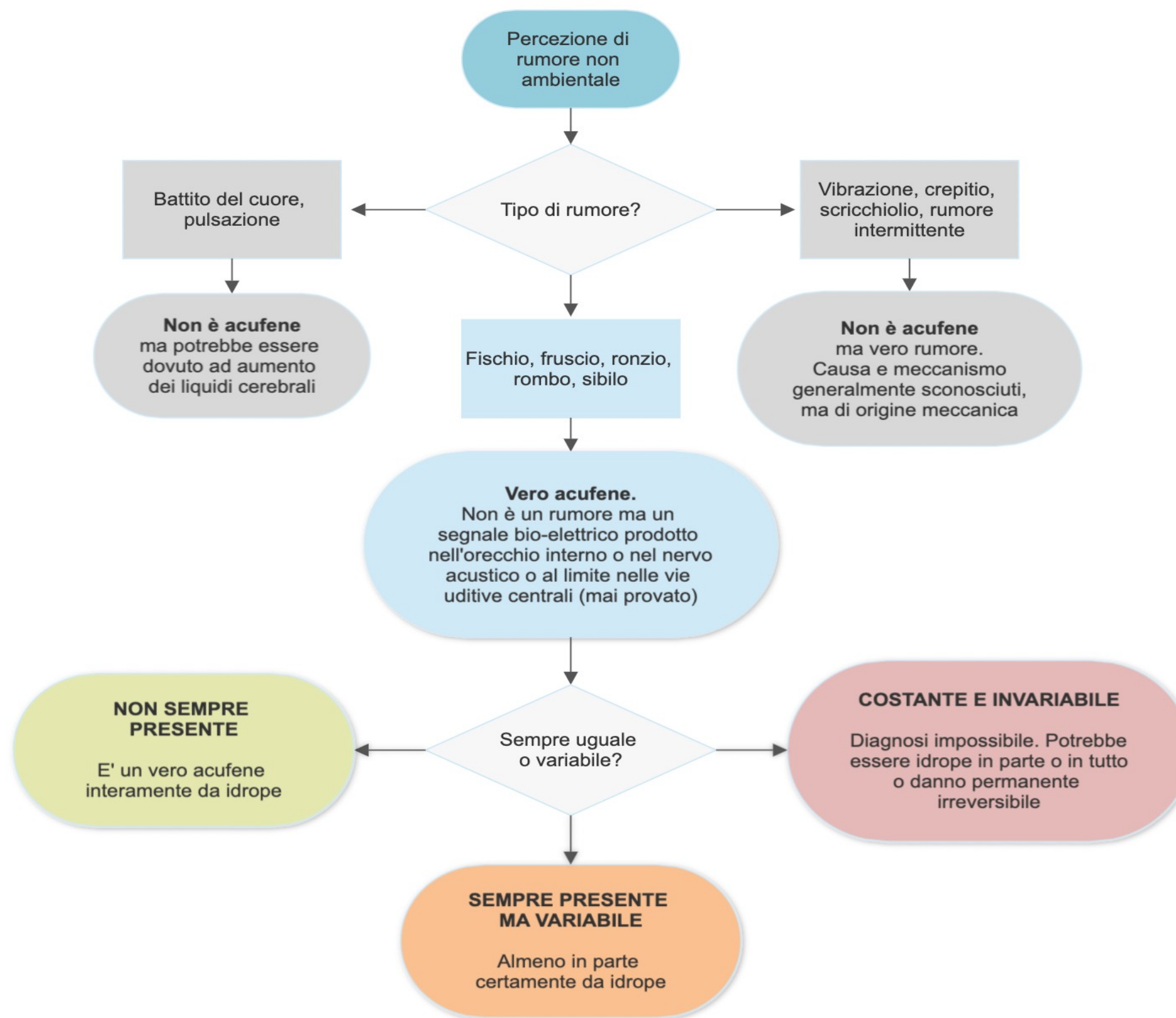
Anche altri veri rumori realmente prodotti in modo meccanico nell'orecchio medio, o in prossimità dell'orecchio, come vibrazioni, crepitii, scricchiolii ecc., non sono acufeni. In molti casi si tratta solo di disturbi banali e sporadici che non richiedono alcuna terapia e che non hanno alcun significato patologico, ma altre volte sono frequenti e fastidiosi.

Molte ipotesi sono state fatte tra cui: **spasmi dei piccoli muscoli dell'orecchio medio** (*muscolo stapedio e muscolo tensore del timpano*), che hanno un ruolo protettivo verso l'orecchio interno in caso di stimoli acustici intensi e improvvisi, rumori dall'**articolazione temporomandibolare**, che in questo caso forse qualcosa c'entra, ma che certamente non può produrre veri acufeni *bioelettrici*, o **rumori di origine tubarica** (tuba di Eustachio).

Come vi ho già anticipato, nemmeno io sono in grado di capire l'origine di questi rumori, e ancora meno la possibile efficacia anche su questi, a volte, della terapia per idrope, anche se è probabile che sia dovuto all'impiego di neurofarmaci. Se il paziente presenta solo questo disturbo e non altri sintomi da idrope da trattare mi limito, infatti, a fare terapia, almeno come terapia di avvio, solo con acqua e neurofarmaci, con l'aggiunta di un miorilassante nell'ipotesi di uno spasmo o clono dello stapedio o del tensore del timpano.

Ho però una mia ipotesi personale su una possibile relazione tra idrope e contrazioni spastiche dei muscoli dell'orecchio medio che potrebbe giustificare la non rara associazione anche di questi *non acufeni* in pazienti con altri sintomi da idrope. Non ve ne parlo nemmeno, in questa sede, ma è uno dei miei attuali settori primari di ricerca clinica.

## Diagramma riassuntivo per la corretta interpretazione e valutazione degli acufeni e dei *non acufeni*



## Dubbi e possibili eccezioni a quanto detto in questo capitolo

“*So di non sapere*” e “*l’unica certezza che ho è di non avere certezze*” sono due frasi che ripeto spesso. E di sicuro i miei pazienti, o almeno quelli che mi conoscono bene, non si stupiranno di trovare qui anche questa appendice autocritica, o di *ragionamento sul ragionamento*, su parte di quel che vi ho spiegato a proposito di acufeni e non acufeni, e perfino sull’attribuzione di ogni acufene fluttuante o variabile all’idrope e sul meccanismo d’azione della mia terapia. Potreste invece stupirvi di questo, se non mi conoscete, ma spero che questa sincerità venga apprezzata. Ricordate però che se dal punto di vista scientifico e della trasparenza è importante riflettere anche su quel che sto per dire, **dal punto di vista pratico è tutto quanto detto prima che, al momento, ci porta verso una cura.**

Ricordate che in più punti del testo vi ho messo un *anche se...* ?

Vi parlerò adesso brevemente di:

- Modulazione somatica del vero acufene bioelettrico da parte di strutture esterne all’apparato uditivo
- Rumori o suoni intermittenti che potrebbero originare da orecchio interno o nervo acustico e, nonostante questo, essere a tutti gli effetti veri acufeni bioelettrici non prodotti da una sorgente sonora
- Meccanismi che potrebbero rendere l’acufene variabile e fluttuante ma non a causa dell’idrope e possibile altro meccanismo di azione della terapia.



## Modulazione somatica dell'acufene bioelettrico

È un dato certo che nonostante l'acufene si origini dall'orecchio e dall'apparato uditivo, e di questo resto, per ora, sicuro, molti pazienti sono in grado di modificare l'acufene in aumento o diminuzione toccando determinati *punti trigger* della testa e del collo, o facendo movimenti con la mandibola o con gli occhi, nonostante queste non siano e non possano essere, per quanto spiegato sopra, la sede di origine primaria dell'acufene. È stato però ipotizzato, e sembra che, alla fine, sia vero, che esistano delle connessioni somatiche tra pelle, muscoli e articolazioni con l'apparato uditivo, ma non con l'orecchio, bensì con le vie uditive centrali.

Questo non significa, ovviamente che, come sostenuto da chi sposta l'attenzione, spesso per ovvi motivi di interesse personale, su articolazione temporo-mandibolare o cervicale, queste strutture possano essere la sede dove si crea l'acufene (cosiddetto *acufene somatico*), ma dovrei forse tener conto anche di questa possibile modulazione, almeno come possibile concausa in grado di rinforzare l'acufene e farlo apparire più intenso e quindi più fastidioso? Per tale motivo, per un certo periodo ho aggiunto in terapia uno specifico miorilassante, ma alla fine molto raramente ho visto differenza come efficacia della terapia.

Bisogna, inoltre, evidenziare come questi eventuali aumenti siano assolutamente transitori e che spesso si verificano per movimenti della mandibola assolutamente forzati e esagerati, solo per verificare la modifica dell'acufene stesso e che normalmente uno non si tocca volontariamente in un punto specifico, per farsi aumentare di proposito l'acufene. Avete presente la barzelletta del medico a cui il paziente dice “*se mi tocco qui mi fa male, se mi tocco lì pure..*”, con il medico che risponde “*e non si tocchi, allora!*” ? Dal punto di vista pratico, quindi, non credo che intervenire anche su questi meccanismi di modulazione serva davvero.

## **Rumori o suoni intermittenti che potrebbero essere veri acufeni ma essere effettivamente generati nella coclea o dal nervo acustico**

Ci sono due situazioni, per le quali però non abbiamo nemmeno la conferma che esistano e possano davvero generare un acufene, che potrebbero costituire eccezioni alla definizione di un vero acufene bioelettrico come *rumore o suono continuo non intermittente*. Qui entriamo nel campo della ricerca pura e delle ipotesi (mie e solo mie che pare che non ci sia molto sforzo a pensare da parte della maggior parte dei miei colleghi!), ma penso sia interessante conoscere anche questo.

### **1. Acufene generato nell'orecchio interno in conseguenza di spasmi o cloni del muscolo tensore del timpano o del muscolo stapedio**

Eventuali spasmi dei piccoli muscoli dell'orecchio medio che si inseriscono sugli ossicini dell'orecchio medio potrebbero trasmettere uno stimolo meccanico (in questo caso di direzione inversa rispetto allo stimolo fisiologico) ai liquidi dell'orecchio interno, che a quel punto pur in assenza di idrope, o forse ancor più facilmente in caso ci sia idrope, farebbero quel che sono tenuti a fare, ovvero stimolerebbero le cellule ciliate a produrre segnale bioelettrico. Ne deriverebbe una percezione acustica non creata, in effetti, da alcuna sorgente sonora né da uno stimolo fisiologico e quindi un *acufene*, ma *intermittente e non di tipo continuo*, portando quindi una eccezione alla regola generale che un acufene bioelettrico non generato da una vera sorgente sonora debba essere necessariamente un segnale continuo. Il problema è che non abbiamo nessuna certezza sul fatto che questi presunti spasmi possano davvero generare acufene. E la mia resta solo un'ipotesi senza alcuna conferma.

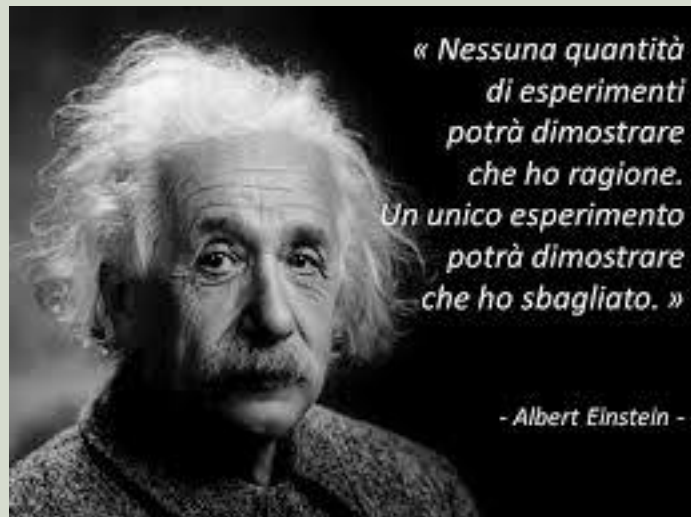
## **2. Acufene generato dal nervo acustico in conseguenza di stimolo esercitato da conflitto neuro-vascolare**

Ancora più al livello di pura ipotesi e di puro ragionamento è il caso del cosiddetto conflitto neuro-vascolare, al quale accennerò brevemente. Esistono alcune situazioni dove, con quasi assoluta certezza, provata dall'efficacia dello specifico intervento chirurgico, il meccanismo che genera un determinato sintomo si può attribuire ad anomali contatti tra un vaso sanguigno (arteria) e un nervo. Lo *spasmo emifacciale* (movimenti involontari di metà faccia) e la *nevralgia del trigemino*. Poi qualcuno ha tentato di estrapolare il ruolo di un possibile conflitto neuro-vascolare a tutto, inclusi acufeni e vertigini, ma senza alcuna conferma.

Ma lo spasmo emifacciale (da conflitto provato e certo in questo caso) corrisponde proprio a una stimolazione intermittente e non a una contrazione continuativa dei muscoli facciali, così come la nevralgia del trigemino dà singole scariche elettriche dolorose e non dolore continuativo. Se, e ripeto se, un conflitto tra vaso e nervo acustico potesse davvero generare un acufene, è verosimile credere che sarebbe intermittente anche quello ma, ciò nonostante sarebbe un vero acufene, ovvero un segnale bioelettrico generato dal nervo acustico, e non vero rumore, in assenza di alcuna vera sorgente sonora. Ed ecco quindi la seconda possibile eccezione, qualora venisse provato, e al momento non lo è, che un conflitto neuro-vascolare possa davvero generare acufeni.

Dal punto di vista pratico però con il progredire delle risonanze magnetiche e della loro accessibilità si riscontrano così frequentemente conflitti neuro-vascolari, del tutto *innocenti* e *accidentali*, che non avrebbe alcun senso operarsi in testa solo per l'acufene.

## Meccanismi che potrebbero rendere l'acufene variabile e fluttuante ma non a causa dell' idrope e possibile altro meccanismo di azione della terapia



Questa frase di Einstein anticipò il cosiddetto *principio di falsificazione* di Karl Popper, che sosteneva che qualcosa è scientificamente valido se falsificabile, ovvero se esiste anche nel futuro se non nel presente il modo di dimostrare che quanto affermato sia falso. Questo principio, che condivido in pieno, venne formulato in contrapposizione all'inaffidabile *principio di verifica* dei neopositivisti del Circolo di Vienna, che sostenevano, al contrario, che qualcosa è scientificamente valido solo se *confermabile*.

Questo vale anche per me! Nessun medico finora è mai riuscito a controbattere la logica e le solide basi di anatomia e fisiologia che portano a tutto quel che spiego. E non perché io non sia aperto al dibattito o alle critiche ma proprio perché, pur essendo tutto scientificamente valido secondo il principio di falsificazione, e basterebbe dimostrare ad esempio che le cellule ciliate rigenerano o che si può avere acufene fluttuante o vertigini ricorrenti in completa assenza di idrope e per altre cause certamente responsabili (e non solo presenti e concomitanti), al momento le cose, a quanto sappiamo, stanno davvero così come io le spiego.

Nessun medico? In effetti non è vero! Dovrei dire nessun altro medico, a parte me stesso sempre pronto a mettere in discussione tutto, cominciando dalle mie stesse idee e ipotesi, anche di fronte a un solo caso in cui le cose non tornino.



E questo è esattamente quel che ho fatto quando, nel 2023, un paziente operato per neurinoma per via trans-labirintica (con distruzione e quindi assenza dell'orecchio interno, e che quindi non poteva avere idrope), mi ha ricontattato per un peggioramento dell'acufene dal lato operato, ma rientrato dopo una settimana di terapia con neurofarmaci !!

Ragioniamo insieme e seguitemi nel ragionamento, con il quale chiudo questo capitolo sugli acufeni, lasciandovi con tante certezze (o meglio *attuali* certezze, fino a prova contraria) ma anche punti interrogativi e dubbi. Pur ricordando che, dal punto di vista pratico, una cura già c'è!

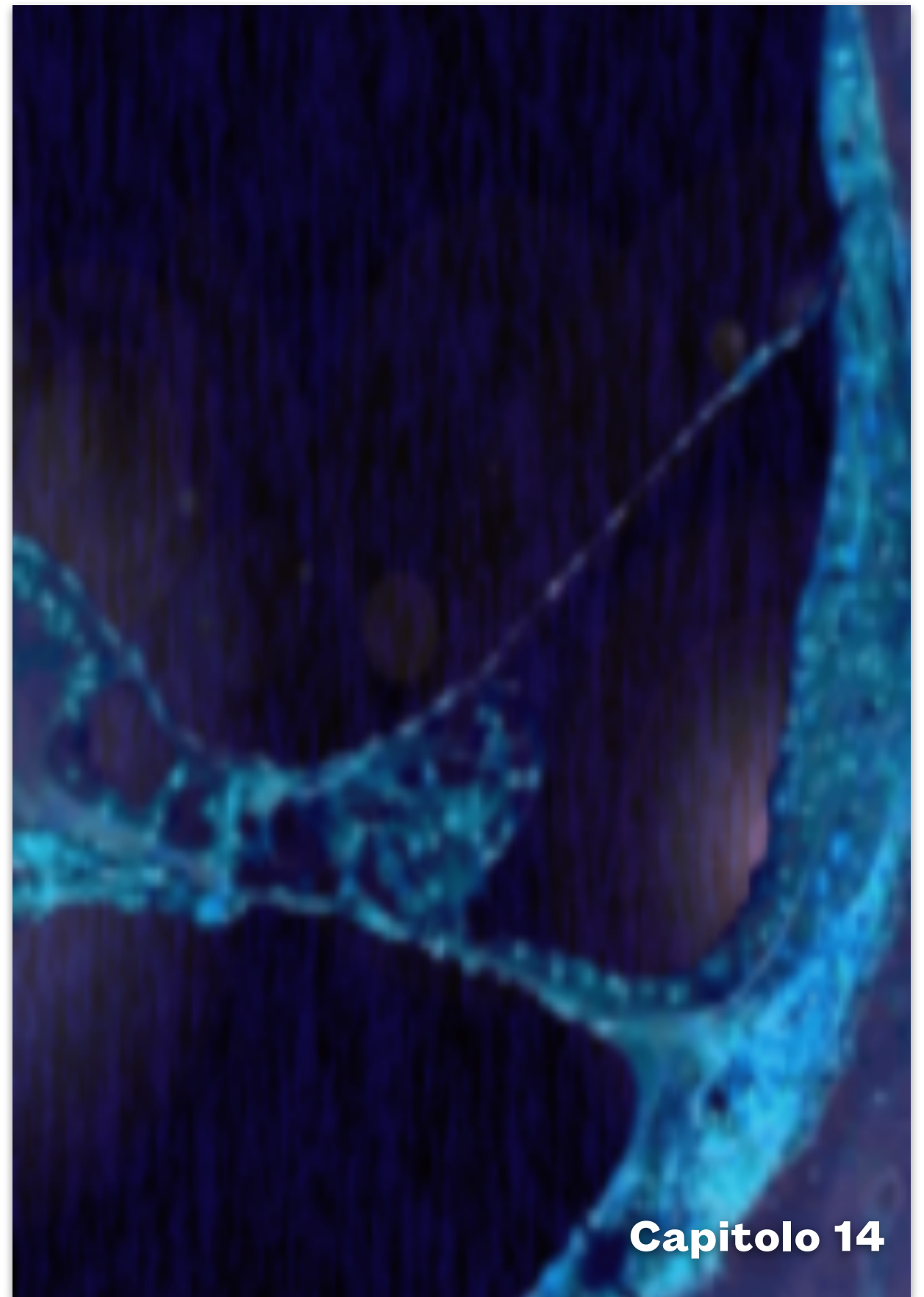
- Vista l'asportazione di orecchio interno e nervo acustico, a meno che non fosse prodotto dall'altro lato e percepito erroneamente dal lato totalmente sordo (cosa che non posso escludere, sebbene il paziente fosse certo di avvertirlo da quel lato), resta solo l'ipotesi che quell'acufene sia generato a livello delle vie uditive centrali. In realtà questo non sarebbe il primo caso di paziente operato, e quindi di sicuro con acufene bioelettrico vero, ma non proveniente da coclea o nervo acustico, ma resta il fatto che dove e come si genererebbe questo *acufene centrale o neurologico* non lo ha mai dimostrato nessuno e nemmeno sappiamo se di fatto questo possa avvenire in presenza di coclea e nervo acustico.
- Ma questo paziente di fatto, cosa da me mai vista prima, e neanche dopo, finora (ma, come diceva Einstein, mi basta un solo caso per crearmi dei dubbi, o almeno pormi delle domande), ha avuto un acufene variabile, fluttuante, con una fase di aumento dopo cinque anni di acufene perfettamente stabile dopo l'intervento chirurgico e, soprattutto, con regressione dopo terapia con neurofarmaci, che in tal caso, ovviamente, non può aver agito sul meccanismo stress > ADH > idrope, visto che non può avere idrope, non avendo proprio più l'orecchio interno (e nemmeno il nervo acustico, asportato con il neurinoma).

- Quindi, deve esistere la possibilità, anche per le vie uditive centrali di poter generare, nonostante siano formate da neuroni e fibre nervose (che sono prolungamenti dei neuroni), ovvero da cellule perenni incapaci di rigenerare o di essere riparate dopo un danno, al pari delle cellule ciliate cocleari, un acufene fluttuante, variabile, reversibile e... trattabile.
- Questo non significa, però, che allora questo possa avvenire anche nella coclea. Perché il sistema nervoso centrale possiede qualcosa che la coclea non ha. La *plasticità neuronale* o *neuroplasticità*. Le connessioni e comunicazioni tra i vari neuroni possono essere modificate, e sembra che questo possa avvenire anche a livello delle vie uditive, proprio in risposta alla *deafferentazione*, ovvero alla definitiva privazione di informazione da parte della coclea, per distruzione di questa o sezione del nervo acustico. Resta il dubbio però se questo possa in effetti avvenire anche in presenza di coclea integra ed inviante segnali attraverso il nervo acustico. La verità è che non lo sappiamo, qualunque cosa possano pensare o sostenere altri.
- Ma non sapere non vuol dire negare e nemmeno affermare che non possa essere. Siamo così certi, allora, che la fluttuazione e variabilità derivino davvero *sempre* dall'idrope? Siamo certi che l'unica spiegazione all'efficacia della cura sia *sempre* l'idrope? Possiamo escludere variazioni nelle vie uditive centrali, considerando che la mia terapia include anche neurofarmaci, i quali potrebbero avere un'azione anche sulla neuroplasticità ?
- E questo apre un altro dubbio. Abbiamo sempre ragionato in senso unidirezionale da orecchio a cervello. Eppure sappiamo che esistono anche segnali che viaggiano in senso contrario dal cervello all'orecchio, pur non avendo mai capito davvero a cosa servano. E se fossero segnali neurali inibitori, che magari io sto rinforzando con i neurofarmaci ?

# Ipoacusia e disacusia

Sebbene siano pochi gli specialisti che tengono davvero in conto questa importantissima differenza, avere un **problema di udito** può significare due cose ben distinte, che ovviamente possono associarsi nello stesso paziente, una riduzione quantitativa dell'udito, che definiamo **ipoacusia**, o una alterazione qualitativa, per la quale è corretto usare un termine diverso, **disacusia**. Ovviamente i due problemi possono essere associati.

Ogni alterazione dell'udito viene dall'orecchio, ma considerare separatamente ipoacusia e disacusia è molto importante per comprendere la parte dell'orecchio dalla quale si origina il *problema di udito*.



## Ipoacusia e disacusia

Definiamo **ipoacusia** (dal greco *ákūsis* = ascolto, e *ipo-* = meno, ovvero *udire o sentire meno*) la **riduzione quantitativa dell'udito**, in senso di perdita di volume o incapacità di percepire volumi normalmente percepiti da un soggetto sano o *normoacusico*.

Definiamo **disacusia** (dal greco *ákūsis* = ascolto, e *dis-* = cattivo ovvero *udire o sentire male*) l'**alterazione qualitativa dell'udito**, sia in termini di effettiva comprensione del parlato, sia come percezione di suoni distorti, frequenze aggiuntive (*diploacusia*), rimbombo o eco e altro ancora.

*Iperacusia* è invece una definizione errata che può far pensare al sentire più del normale e invece è un disturbo completamente diverso, corrispondente al fastidio per i rumori, e ne parleremo in dettaglio in un capitolo successivo. Anche *sordità* è un termine poco corretto che andrebbe usato solo per l'**anacusia**, ovvero l'assenza totale di udito da un lato o da entrambi.



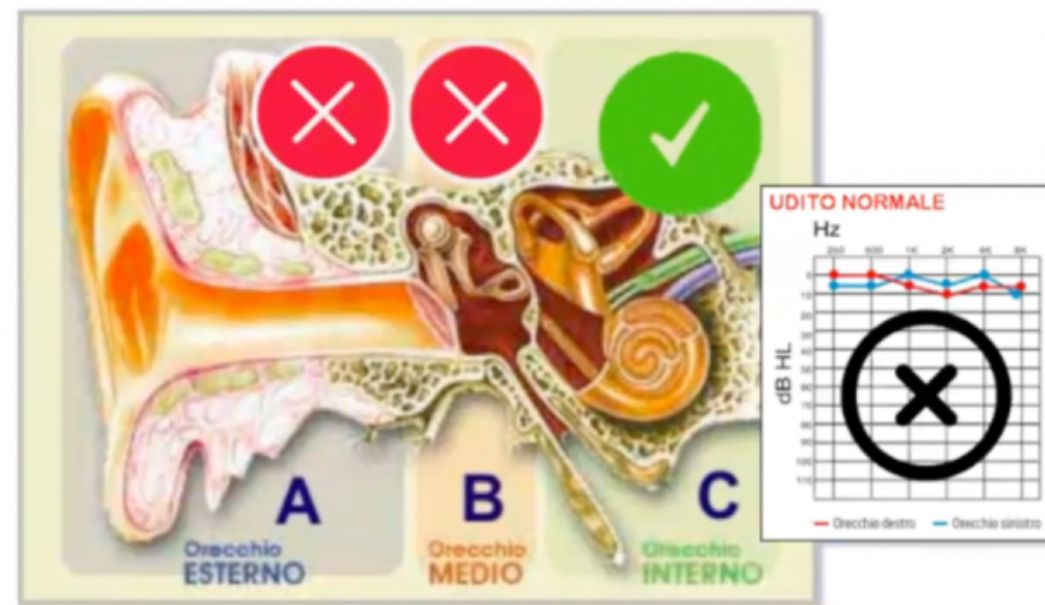
Come abbiamo già visto, introducendo tutti i sintomi dell'orecchio in un capitolo precedente, un'ipoacusia può derivare da tutte e tre le zone dell'orecchio (esterno, medio, interno). Prima di avviare terapia per idrope sono pertanto necessari alcuni esami comuni (**audiometria tonale** ed **esame impedenzometrico**), per confermare o escludere che si tratti davvero di un problema a carico dell'orecchio interno, da trattare con terapia per idrope, soprattutto se questo è l'unico problema per il quale serve una cura.

### IPOACUSIA (sentire meno)



Una alterazione qualitativa (disacusia) può solo derivare dall'orecchio interno o dal nervo acustico e mai dall'orecchio esterno o medio che non hanno alcun ruolo nella discriminazione della frequenza.

### DISACUSIA (sentire MALE)



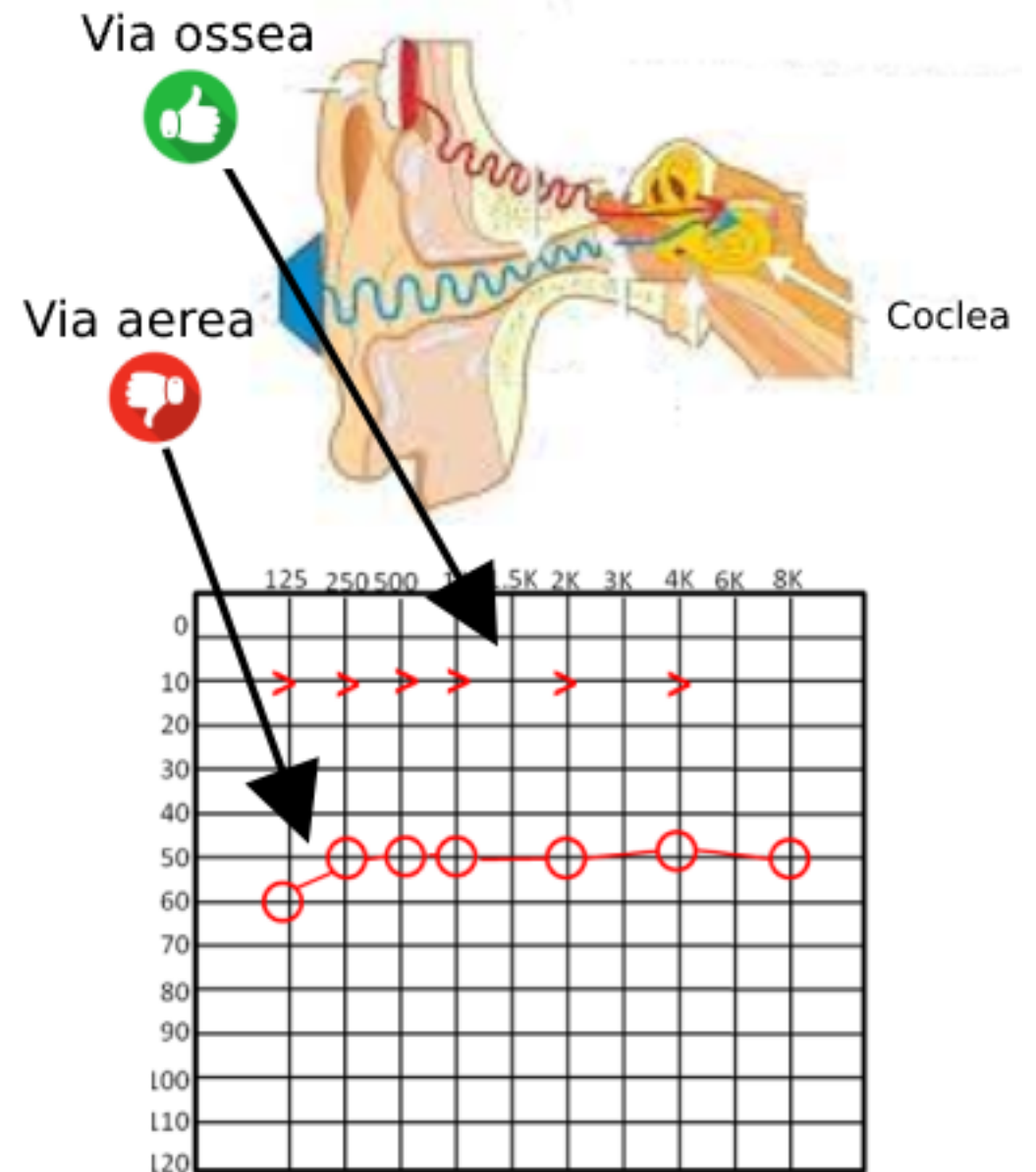
Ci può essere disacusia perfino con esame audiometrico del tutto normale, perché l'esame non dà alcuna informazione sulla qualità della percezione, ma solo sulla soglia uditiva, ovvero la minima intensità in *decibel* (dB) che il paziente riesce a percepire a una determinata frequenza, espressa in *hertz* (Hz). L'esame audiometrico non ha quindi alcuna affidabilità, da solo, nel definire l'udito alterato o normale. Ha sempre più valore quel che riferisce il paziente che non l'esame.

## Ipoacusia trasmissiva, neurosensoriale, mista

La riduzione dell'udito da alterazioni dell'orecchio esterno e medio (condotto uditivo, membrana timpanica, cassa del timpano, martello, incudine, staffa) viene definita **ipoacusia trasmissiva** e il problema è, in questo caso, solo di volume, poiché è interessato solo il settore dell'orecchio puramente meccanico, deputato al convogliamento e all'amplificazione delle onde sonore. Basta alzare il volume adeguatamente dei decibel persi per sentire normalmente.

Esempi di ipoacusia trasmissiva o di trasmissione sono il *tappo di cerume* per l'orecchio esterno, e l'*otite catarrale* o l'*otosclerosi* per l'orecchio medio. Sull'otosclerosi e i suoi rapporti con l'idrope vi dirò qualcosa più avanti.

Con un **esame audiometrico** correttamente eseguito risulta, in caso di **ipoacusia trasmissiva**, una riduzione della capacità uditiva solo inviando il segnale con la cuffia (*via aerea*), ma non con un vibratore posto dietro l'orecchio, che mette in vibrazione i liquidi saltando il meccanismo di trasmissione (*via ossea*, che spesso nemmeno viene testata o viene effettuata in modo non corretto), a indicare che il problema non sta nell'orecchio interno, che funziona normalmente, ma nell'orecchio medio o esterno.



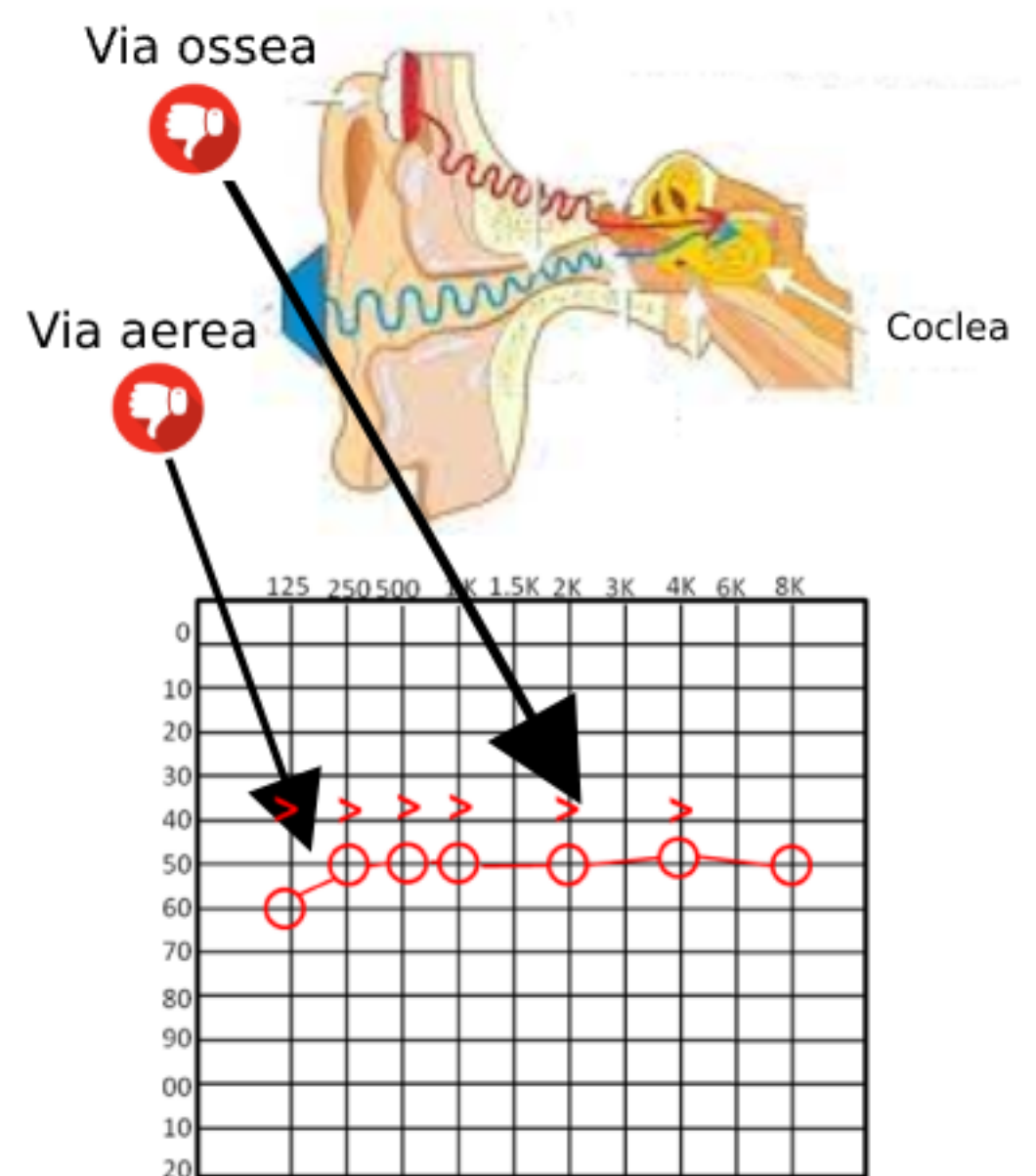


La riduzione dell'udito da orecchio interno è invece definita **ipoacusia neurosensoriale** o *percettiva*.

In realtà, poiché anche i liquidi, pur appartenendo all'orecchio interno, hanno solo una azione meccanica di trasmissione, sarebbe più corretto chiamare *ipoacusia neurosensoriale* solo le alterazioni, in tal caso irreversibili, di nervi (*neuro-*) e cellule ciliate (*-sensoriale*) e chiamare *ipoacusia trasmissiva dell'orecchio interno* o *ipoacusia da disfunzione idromeccanica dell'orecchio interno*, quella da idrope. Ma sarebbe l'ennesima definizione che userei solo io e allora continuerò a chiamarla, per consuetudine, *ipoacusia neurosensoriale* o *percettiva*.

Inoltre l'unico criterio che permette di distinguere una ipoacusia dell'orecchio interno da danni permanenti o da idrope è la reversibilità o la fluttuazione, spontanea o con terapia, e quindi, non sempre possiamo fare la diagnosi giusta a priori e usare una definizione appropriata.

Con un **esame audiometrico** correttamente eseguito risulta, in caso di **ipoacusia neurosensoriale**, una riduzione della capacità uditiva sia inviando il segnale con la cuffia (*via aerea*) sia con il vibratore (*via ossea*), a indicare che il problema sta nell'orecchio interno e non nell'orecchio medio o esterno.



Ma, anche senza esame, l'ipoacusia da orecchio interno è spesso sospettabile poiché alla riduzione del volume si accompagnano di solito distorsione, percezione uditiva sporca, problemi a capire le parole, alterazioni o duplicazioni anomale della frequenza percepita, amplificazione non lineare, rimbombo ecc. (*disacusia*), tutte cose che non si possono valutare con l'esame audiometrico. E i test tradizionali di *audiometria vocale*, ormai molto raramente effettuata peraltro, non sono molto affidabili.

Non è assolutamente la regola che ogni ipoacusia neurosensoriale debba necessariamente corrispondere, come molti si sentono ancora oggi dire, a un danno irreversibile delle cellule ciliate della coclea, e che l'unica soluzione siano le protesi acustiche o *apparecchi acustici*.

Potrebbe esserci solo un impedimento alla normale funzione dell'orecchio interno, dovuto a un eccesso di volume e pressione dei liquidi nell'orecchio interno (idrope), e non solo quando l'ipoacusia è fluttuante e reversibile spontaneamente.

E di sicuro possiamo escludere questa ipotesi se l'ipoacusia non è sempre presente, o confermare che almeno in parte sia dovuta a idrope se variabile e fluttuante.

Ovviamente esiste anche la possibilità che il paziente presenti in contemporanea sia ipoacusia trasmissiva da orecchio medio, ad esempio, che ipoacusia neurosensoriale da orecchio interno, ovvero una cosiddetta **ipoacusia mista**.

Si tratta in questo caso dell'associazione nello stesso paziente e nello stesso orecchio di due problemi distinti, uno a carico del sistema meccanico di trasmissione (orecchio esterno o medio) e uno a livello dell'orecchio interno. Solo la quota dovuta all'orecchio interno è, in questo caso, trattabile con la terapia per l'idrope.

In alcuni casi però anche un esame audiometrico correttamente eseguito (e, purtroppo, come vedremo tra poco, questa non è la regola ma l'eccezione) può ingannare circa la presenza di alterazioni trasmissive, in assenza di reali problemi a carico dell'orecchio medio. E che sia una *falsa ipoacusia trasmissiva o mista* lo dimostra la reversibilità dopo terapia e a volte anche l'incongruenza con l'esame impedenzometrico. Il motivo non è ancora ben chiaro. Potrebbe succedere soprattutto in caso di aumento della perilinfa (idrope perilinfatico), il liquido più vicino all' orecchio medio.



## Possibilità diagnostiche, limiti ed errori con l'esame audiometrico

Credo sia utile, dopo aver parlato di ipoacusia trasmissiva, neurosensoriale e mista, *diagnosi* che si fa con l'esame audiometrico, aggiungere alcune informazioni, anche pratiche, su questo esame, e dire alcune scomode verità, di solito poco note ai pazienti, ma che dovrebbero essere ben conosciute da tutti gli specialisti. Sono informazioni necessarie per capire le ragioni per cui io non do importanza più di tanto all'esame audiometrico o, al contrario, quando veramente mi serve, lo faccio ripetere anche se già eseguito, ma in modo... indecente!

Cosa può dirci un esame audiometrico purché correttamente eseguito e cosa non può comunque dirci?

- Può dirci qual è il livello minimo di intensità percepito (*soglia audiometrica*) dal paziente per ciascuna delle frequenze testate creando in tal modo un grafico detto curva audiometrica dove sull'asse verticale sono riportate le intensità in decibel (dB) e su quello orizzontale le frequenze, in hertz (Hz). Di solito vengono testate le frequenze da 125 o 250 a 8000 Hz.
- Può dirci valutando la differenza tra la soglia via aerea e via ossea, se l'eventuale ipoacusia è a carico della parte trasmissiva dell'orecchio (esterno e medio) o neurosensoriale o mista.
- **Non dà alcuna informazione sulle cause**, nel senso che può dirci dove sta il problema ma non cosa lo stia creando o lo abbia creato, né per quanto riguarda l'orecchio interno (idrope o danno permanente e nemmeno liquidi, cellule ciliate o nervo acustico), né per orecchio esterno o medio. In caso di ipoacusia trasmissiva, il solo esame audiometrico che deve essere integrato quindi da otoscopia (guardare l'orecchio almeno fin dove possibile ovvero la membrana del timpano) e impedenzometria (che vedremo tra poco) non permette certo di distinguere, ad esempio un tappo di cerume, da un'otite o un'otosclerosi, mentre per ipoacusia neurosensoriale non possiamo dire di più solo basandoci sugli esami e non possiamo fare una *visita* diretta.

- **È un esame soggettivo e non di precisione** che dipende non solo dall'attenzione del paziente ma anche dall'abilità dell'esaminatore e da altri fattori tecnici, quali ad esempio la qualità delle cuffie e del vibratore osseo attraverso i quali vengono inviati gli stimoli e l'ambiente che, ovviamente, deve essere silenzioso. Un esame correttamente eseguito richiede una **cabina silente** che isoli il paziente da rumori esterni ambientali.



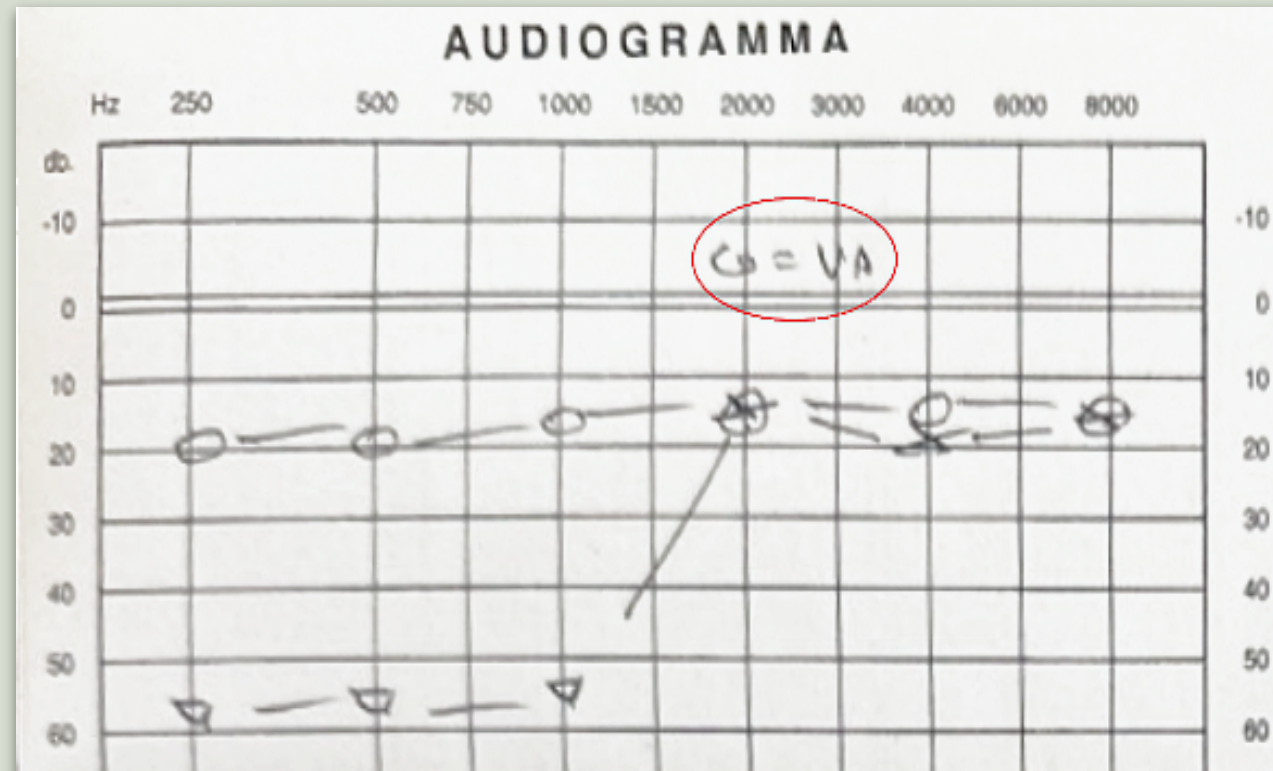
- **Non dà alcuna informazione realmente utile sulla reale situazione quotidiana del paziente** che, nella vita di tutti i giorni, non si trova certo in ambiente assolutamente silenzioso (dove allora non avrebbe alcun handicap uditivo visto che non c'è nulla da sentire o ascoltare) e sentire bene non significa certo sentire toni puri isolati e ripetuti a specifiche frequenze. Non dà inoltre, come già detto, **alcuna informazione sulla qualità della percezione acustica**.

E tutto questo, ovviamente, solo quando l'esame sia effettivamente eseguito correttamente, il che, come detto, purtroppo, sta diventando sempre più l'eccezione che non la regola. **Se eseguito in modo incorretto o frettoloso un esame audiometrico può portare a risultati completamente falsati ed essere completamente inutile.**

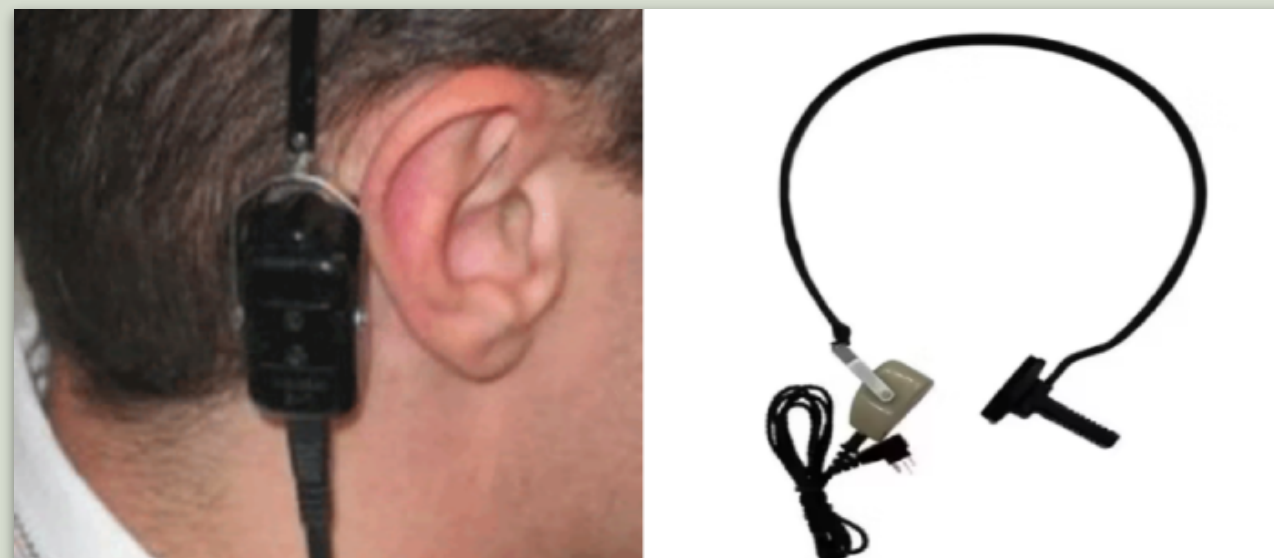
Ecco alcuni degli errori più frequenti (in realtà quasi sempre errori voluti, solo per fretta e non perdere tempo, o per inadeguatezza delle attrezzature disponibili) che è giusto siano resi noti ai pazienti.

- **Esame non eseguito in cabina silente** e quindi in condizioni di isolamento acustico. Questo avviene di rado, o almeno spero, solo quando la cabina silente lo specialista non ce l'ha proprio perché costa e ha voluto risparmiare, o in caso di esami eseguiti fuori sede. Ovviamente questo comporta maggior difficoltà del paziente di individuare e confermare di aver sentito suoni a bassa intensità, mostrando un'ipoacusia maggiore di quella effettiva.
- **Via ossea non eseguita affatto o (e anche peggio) dichiarata come eseguita senza averla eseguita.** Nel secondo caso scivoliamo nel campo delle truffe e, personalmente, ritengo ci dovrebbero anche essere conseguenze legali.

Se sul vostro esame, invece che vedere per ogni lato (di solito per il sinistro si usa il blu e per il destro il rosso, ma non è obbligatorio, avendo simboli diversi per i due lati), due curve, una per la via aerea e una per la via ossea, ne vedete una sola, o magari c'è scritto  $VO = VA$  (*ovvero via ossea uguale a via aerea oppure  $CO = CA$  dove C sta per conduzione, o una combinazione di V e C*), **probabilmente la via ossea non è stata affatto valutata**, per non perdere tempo, assumendo a priori (e da cosa ?) che si tratti di orecchio interno e ipoacusia neurosensoriale. Altrimenti che senso avrebbe scrivere questo, quando con lo stesso numero di caratteri (la via ossea si studia solo da 250 a 4000, quindi solo per cinque frequenze), si poteva mettere il simbolo corrispondente? E dovendo studiare separatamente tutte le frequenze, l'esaminatore è andato a memoria? Perché non scrivere l'esito della valutazione della via ossea al momento in cui l'ha verificata, prima di passare alla successiva frequenza? E tutto questo solo per pigrizia e fretta, spesso con conseguenze anche gravi per il paziente derivanti dall'errore diagnostico?



Ma, nel dubbio, vi metto una immagine del vibratore osseo (e sono tutti fatti così o simili) e, se non ricordate che ve lo abbiano nemmeno messo, probabilmente non è stata proprio valutata e, in tal caso, potete buttare l'esame, che non vale nulla.





- **Esame eseguito senza mascheramento controlaterale.** Questo è uno degli errori più frequenti e più gravi. Quando un suono ad alta intensità viene inviato con la cuffia sopra i 30-40 dB di differenza tra i due lati il paziente potrebbe riferire di aver sentito e rispondere in tal senso pur avendolo sentito con l'altro lato! E studiando la via ossea questa differenza è praticamente nulla o di appena 5 dB perché ovviamente il suono applicato al cranio si trasmette facilmente anche all'orecchio controlaterale. **La via ossea deve sempre essere mascherata inviando un rumore bianco controlaterale.**

E, salvo imbroglio, anche per questo ci sono simboli specifici, che trovate in quasi ogni grafico dell'esame audiometrico o *audiogramma*, peraltro, ma che vi metto anche qui, per capire se è stato effettuato il mascheramento o no.

In altri Paesi, e più raramente in Italia, la via ossea mascherata potrebbe essere indicata con il simbolo **]** oppure **[**.

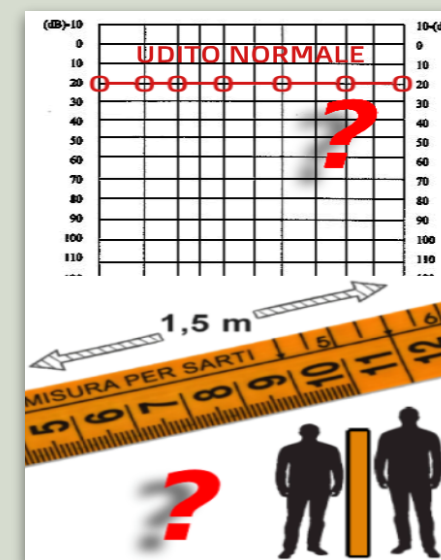
Simboli usati				
	Non mascherato		Mascherato	
	Via aerea	Via ossea	Via aerea	Via ossea
Au Dx (rosso)	○	>	△	▷
Au Sx (blu)	×	<	□	◁

Nella pagina **Ipoacusia e disacusia** del sito online idrope.info, e nella versione audiovideo di questo mio *quasi libro*, avete anche la possibilità di ascoltare un breve audio del rumore bianco che viene inviato per mascherare l'orecchio controlaterale. Se non vi hanno inviato questo tipo di rumore, almeno mentre testavano la via ossea con l'archetto e il vibratore osseo (e se avete evidenti e marcate differenze di udito nei due lati anche per la via aerea, inviando il suono con la cuffia), o se siete certi che durante l'esame della via ossea non vi abbiano mantenuto anche la cuffia almeno dall'altro lato, allora quell'esame è *carta straccia* e non ha alcuna affidabilità.

- Per pura pigrizia spesso si valuta la **soglia solo fino a 20 dB** e si *decide* che se il paziente sente a 20 dB allora sente bene. Per cui se ad esempio da un lato sente a 0 dB (tenendo presente che sono decibel HL, ovvero non un valore fisico, ma riferito allo standard della popolazione generale sana e con udito normale) e dall'altro a 20 dB, per quell'esame fatto frettolosamente, senza perderci troppo tempo, *quel paziente sente allo stesso modo nei due lati*, come se 20 dB di differenza non avessero alcun valore. Mentre ne hanno eccome, soprattutto se uno quell'udito lo usa per lavoro (musicisti, fonici, tecnici del suono ecc.). Per non parlare del fatto che se la via ossea fosse a 0 dB magari, e nemmeno è stata misurata, e la via aerea a 20 dB, potrei avere un problema che mi causa una ipoacusia magari progressiva (esempio otosclerosi) e risultare del tutto normale e sano.

E tutto questo solo per pigrizia e fretta? Assurdo!

In pratica è come se io, con un metro lungo solo 150 cm, misuro due persone, una in realtà alta 155 cm e l'altra 175 cm. Sono alti uguali, a quel punto, per il nostro criterio di misurazione, ovvero entrambi *più di 150 cm*. Stessa logica!



Siamo al livello che io, per ottenere un esame audiometrico vero e affidabile, pur con i limiti dell'esame audiometrico, devo fare una richiesta esplicita, che non corrisponde a un esame particolare, ma solo a un esame correttamente eseguito! In pratica come se davanti alla banca ci fosse un cartello con scritto *"Si prega gentilmente di non rapinare questa banca"*!

**Si richiede esame audiometrico tonale liminare, con soglia reale, via aerea e via ossea, eventuale mascheramento ove necessario, ed effettuazione in cabina silente.**

Ma la lista degli errori che rendono inutili e inaffidabili alcuni esami audiometrici non termina qui.

Cosa succede se a un paziente con un acufene, magari molto simile per tipo e frequenza viene inviato dall'esaminatore con l'audiometro un suono alla stessa intensità più o meno del suo acufene? Che ovviamente il paziente non risponde non sentendo *nulla di diverso*. Risultato? Che viene fuori una caduta specifica della curva audiometrica su una specifica frequenza e quindi una ipoacusia su quella frequenza, che poi viene presa, con pura fallacia logica, come la causa dell'acufene. **A un paziente con acufeni i suoni vanno inviati in modo pulsante e intermittente**, avvisandolo che se lo sente intermittente e non continuo è il segnale mandato dall'esaminatore mentre se lo sente continuo è il suo acufene!



Stessa logica!

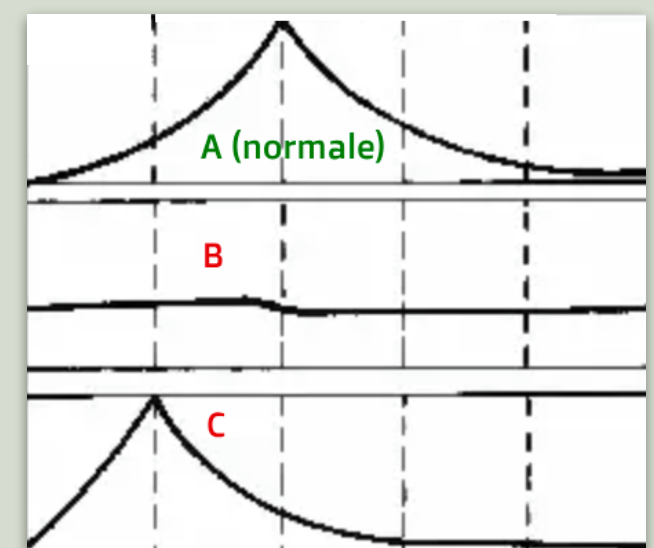
## L' esame impedenzometrico

Con questo esame, per fortuna, veri errori di esecuzione non se ne possono fare essendo un esame oggettivo, indipendente dalla risposta del paziente o dall'abilità dell'esaminatore. Con l'unica eccezione di fare un esame incompleto. Mentre di interpretazione se ne fanno eccome, purtroppo.

Infatti, l'esame impedenzometrico è in realtà un termine comune per indicare due esami completamente differenti, eseguibili con lo stesso strumento, l'impedenzometro, e fondamentali per la diagnosi dell'ipoacusia trasmissiva (orecchio medio in questo caso, visto che l'orecchio esterno lo si può visitare direttamente) e per la fullness, ma anche utili per garantire la correttezza e affidabilità dell'esame audiometrico riguardo all'eventuale componente trasmissiva, quando si rileva una differenza tra via aerea e via ossea.

La **timpanometria** ci permette di valutare se esistono ostacoli al libero movimento e vibrazione della membrana timpanica o una pressione negativa rispetto a quella esterna.

In caso di timpanogramma normale (tipo A) questo si legge come *“nulla sta impedendo il movimento e la libera vibrazione della membrana timpanica”*.





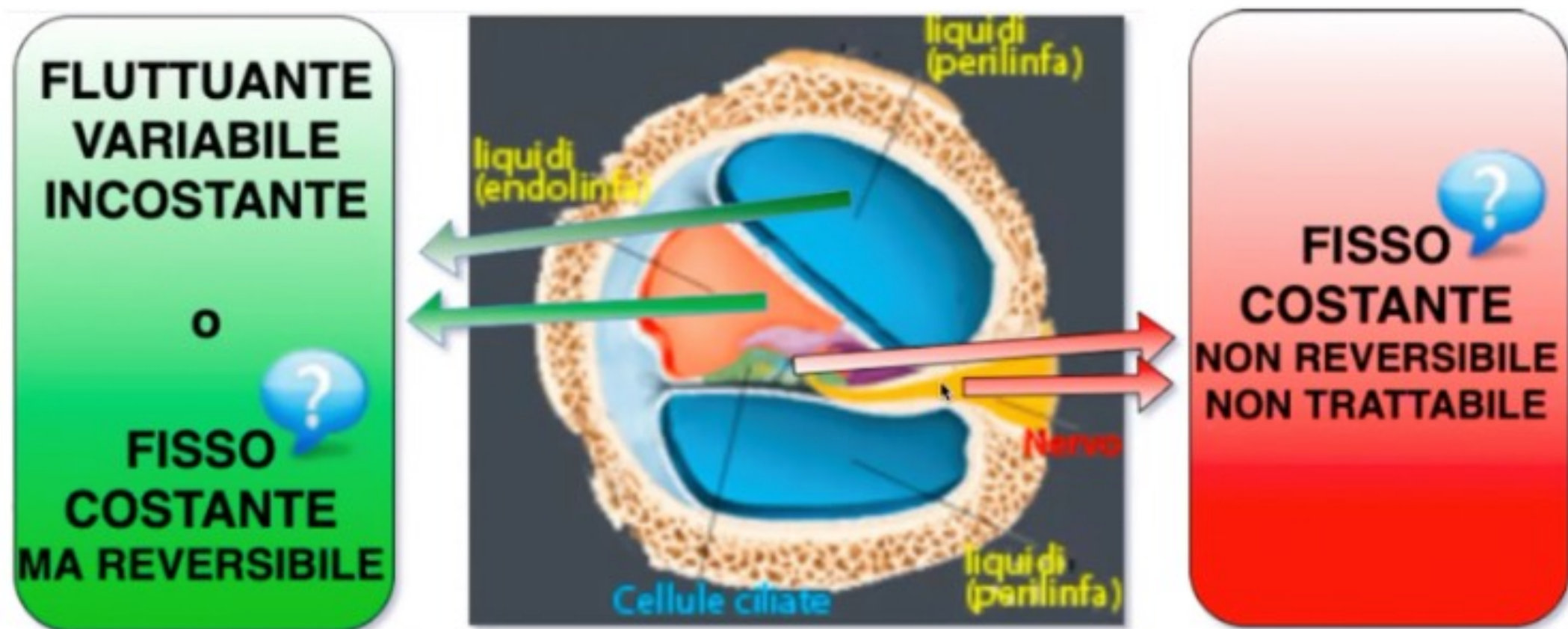
Eppure alcuni miei colleghi specialisti, con molta *fantasia non condivisibile*, reputando che quel *nulla* possa essere catarro, fanno diagnosi di *otite catarrale* per la fullness, e a volte perfino per acufeni, con *timpanogramma assolutamente normale*, forse non sapendo che un paziente che riferisce fullness (senso di orecchio chiuso o pressione nell'orecchio, se non ricordate cosa sia la fullness), con timpanogramma normale, ha come causa di quella fullness l'idrope dell'orecchio interno, e di sicuro non catarro nell'orecchio medio, per quanto detto sopra.

La **ricerca del riflesso stapediale** si effettua, invece, inviando un suono a volume elevato e registrando la capacità di mobilità della staffa, per azione della contrazione riflessa del muscolo stapedio, e in generale dei tre ossicini dell'orecchio medio. Ne ripareremo in seguito, spiegando i rapporti tra idrope e otosclerosi.

Non di rado vedo esami impedenzometrici nei quali è stato fatto solo il timpanogramma, trovandolo normale, ma non sono proprio stati studiati i riflessi stapediali, il che non basta per escludere un problema di orecchio medio, a livello della staffa (o di altri ossicini), pur se già è escluso, in tal caso, un versamento catarrale o di altra natura.

# Ipoacusia, disacusia e idrope

Come per gli acufeni, **una ipoacusia non sempre presente è senz'altro da idrope**, non potendo i danni permanenti risolversi spontaneamente (e nemmeno con terapia), ma anche una ipoacusia fissa, stazionaria o solo progressiva, può essere dovuta in parte o in tutto all'idrope, il quale peraltro può dare sia solo ipoacusia, sia solo disacusia, sia l'associazione di riduzione quantitativa dell'udito con alterazione qualitativa.



L'IDROPE (PERLINFATICO O ENDOLINFATICO) PUO' DARE SIA SINTOMI FLUTTUANTI, VARIABILI, INCOSTANTI CHE FISSI, STAZIONARI

I DANNI PERMANENTI POSSONO SOLO DARE SINTOMI INVARIABILI E COSTANTI CHE SONO IRREVERSIBILI E INTRATTABILI

Non è assolutamente vero che esista una curva audiometrica *tipica* dell'idrope, o che la riduzione debba riguardare soprattutto le basse frequenze (i suoni più gravi). È impossibile far diagnosi di idrope, o escluderlo, solo guardando l'esame audiometrico.

Come per ognuno dei sintomi da idrope, il paziente può avere idrope e altri sintomi a questo dovuti, ma sentirsi benissimo e non avere nessuna ipoacusia, o avere solo ipoacusia senza acufeni, vertigini o altri sintomi da idrope.

Il meccanismo con il quale l'idrope *creerebbe* l'ipoacusia è verosimilmente la *disfunzione idromeccanica* esercitata sull'*organo del Corti* (dove si trovano le cellule ciliate) nella coclea, mentre la disacusia è probabilmente l'espressione dell'attivazione, a causa della massa aumentata di liquido, di cellule ciliate che altrimenti non dovrebbero essere attivate e/o della distorsione dell'architettura cocleare. La verità è che il meccanismo esatto non è ancora noto.

L'unico caso in cui, probabilmente, l'idrope non può essere l'unico responsabile è quello della **anacusia**, ovvero assenza totale di udito (diagnosi questa *audiometrica*, intendendo l'assenza completa di risposta per tutte le frequenze), poiché la sola disfunzione idromeccanica esercitata dai liquidi non potrebbe, da sola, compromettere l'udito fino a questo punto. Ma parte del problema potrebbe ancora comunque essere dovuto all'idrope, e in alcuni casi specifici (sordità bilaterale, ad esempio) potrebbe essere comunque indicato tentare con la cura.

## Otosclerosi, riflessi stapediale e idrope

Credo sia interessante aggiungere alcune informazioni sulla possibile associazione o, a volte, vero e proprio errore diagnostico, tra otosclerosi e idrope.

L'**otosclerosi** è una patologia dell'orecchio medio caratterizzata dalla crescita progressiva, in prossimità dell'ultimo ossicino dell'orecchio medio, la *staffa*, di osso neo-formato, che ne limita in tal modo la mobilità.

Il suo sintomo tipico e unico è una lenta e progressiva ipoacusia (mai improvvisa), di tipo trasmissivo puro, senza alcuna reversibilità spontanea, ma solo con uno specifico intervento chirurgico detto *stapedioplastica* (*stapedectomy*, *stapedotomy*), e senza fluttuazioni.



**L'otosclerosi non può mai essere responsabile di ipoacusia fluttuante e variabile con fasi di recupero, né di acufeni, né di fullness, e nemmeno causare vertigini.** Se questi sintomi si associano nello stesso paziente allora o la diagnosi è sbagliata o il paziente ha sia l'otosclerosi che una disfunzione dell'orecchio interno (il che può capitare), con necessità di trattamento specifico separato.

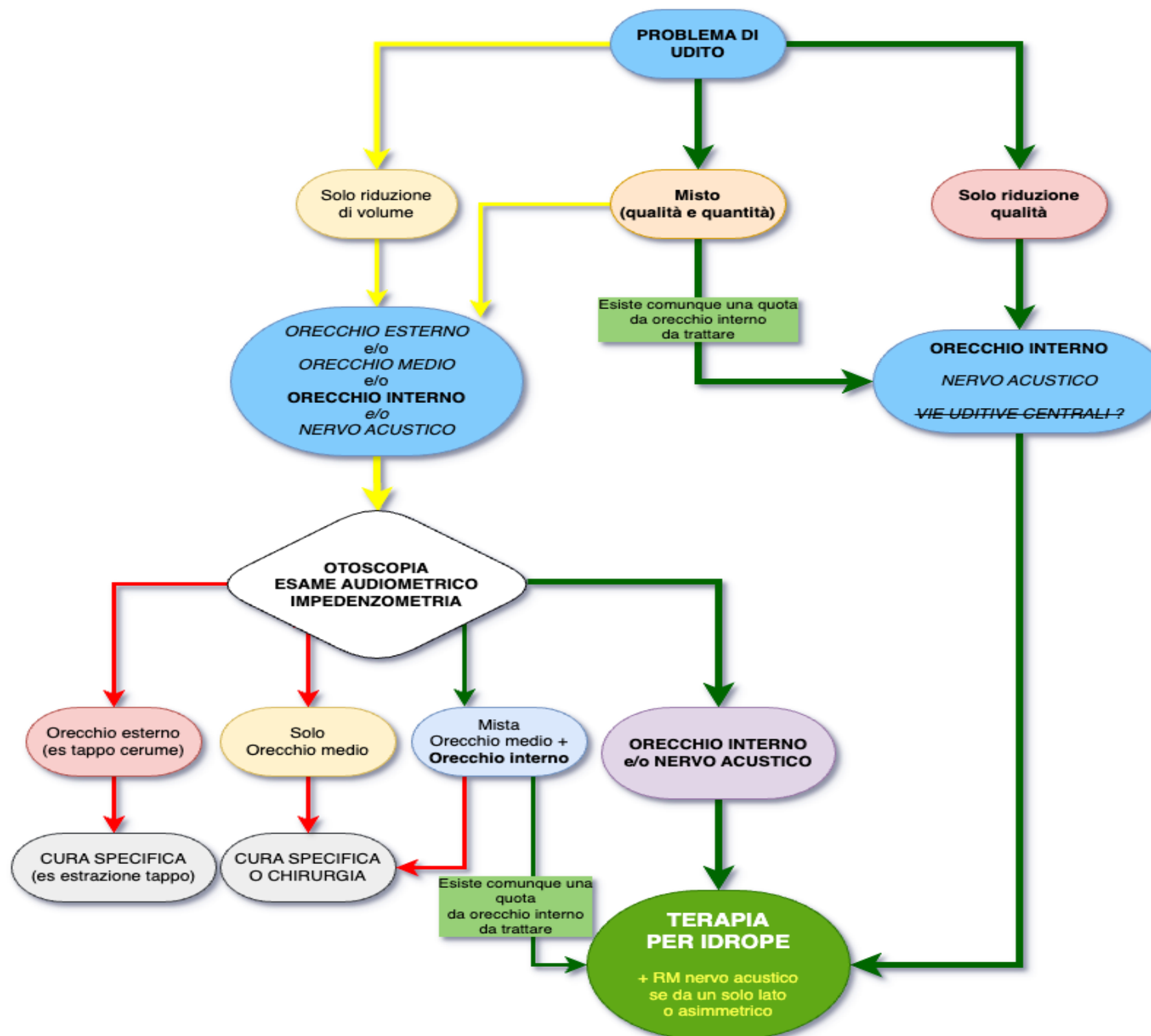


La diagnosi di otosclerosi viene generalmente fatta sulla base del riscontro con l'esame impedenzometrico di *timpanogramma normale*, ovvero nessuna otite, nessun versamento catarrale o di altra natura, e normale mobilità della membrana del timpano, e **riflessi stapediai assenti**. In caso di otosclerosi, essendo la staffa immobilizzata o comunque, in caso di patologia non ancora avanzata, a mobilità ridotta, il riflesso non funziona ovvero non riesce a tirare indietro la staffa, bloccata dall'osso esuberante.

Ma ciò che pochi specialisti ORL sanno, e che invece è per me assolutamente certo e provato, è che **anche l'idrope può determinare la scomparsa dei riflessi stapediai, che non può essere considerata, quindi, prova certa di otosclerosi!**

Se la pressione della perilinfa dall'altro lato, orecchio interno, spinge la staffa verso l'orecchio medio anche questo può impedire che il riflesso possa essere registrato poiché la staffa è... già spinta indietro. Ecco come l'idrope potrebbe determinare la riduzione o scomparsa del riflesso stapediale. Questa è però solo una mia ipotesi non confermata, con la quale cerco di spiegare un fatto invece certo e indiscutibile e riscontrato su migliaia di pazienti (me compreso, avendo comunque anche io idrope, come molti): **la scomparsa del riflesso stapediale è spesso, se si ripete l'esame a distanza di tempo, reversibile, spontaneamente o dopo terapia per idrope, il che esclude in modo assoluto che causa di quel riflesso assente fosse il blocco meccanico della staffa, che è irreversibile.**

## Schema riassuntivo di diagnosi e terapia per *problemi di udito*



## **Che risultati attendersi sull'udito con la cura per idrope ?**

Nonostante tutto quanto vi ho spiegato finora e nonostante non esista alcun parametro per escludere l'idrope (e lo confermo), il recupero dell'udito in caso di ipoacusia stazionaria e magari presente da molto tempo resta l'obiettivo più difficile da ottenere con la terapia. Paradossalmente è molto più facile trattare gli acufeni. O perlomeno questo vale per il recupero dell'ipoacusia, visto che sulla qualità dell'udito generalmente si hanno risultati migliori.

Questo non significa che sia impossibile. Anzi ci sono possibilità di recupero e, a volte, perfino di tornare a un livello di udito normale molto maggiori di quanto non venga generalmente detto.

Le difficoltà maggiori le incontriamo con forme stazionarie e senza fluttuazioni o variazioni, mentre in caso di udito molto variabile o con riduzioni solo temporanee i risultati sono molto migliori.

Di solito per l'udito serve fare di più, e quasi sempre servono anche le fleboclisi di diuretico osmotico (ne parlerò spiegando la terapia), anche se a volte si hanno recuperi anche solo con terapia preliminare con acqua e neurofarmaci, o magari perfino solo con acqua e dieta. A giudicare dal fatto che è molto frequente avere acufeni con udito normale e invece raro avete ipoacusia neurosensoriale senza acufeni, è probabile che per dare ipoacusia serva più idrope o un maggior aumento dei liquidi, rispetto a quello necessario per dare acufeni, e questo potrebbe spiegare le maggiori difficoltà.

Ricordate, peraltro, che il fatto che io proponga terapia per idrope non significa che la mia terapia sia perfetta, e che qualunque fallimento non permette comunque di affermare che ci siano necessariamente danni permanenti. A volte serve solo fare di più.

Ma tenete in conto anche che *potrebbero*, in effetti, anche esserci danni permanenti in caso di ipoacusia non fluttuante, che restano indimostrabili e non verificabili e sui quali, ovviamente, la terapia non può fare assolutamente nulla, a differenza che per l'acufene dove, in teoria, come spiegato nel capitolo dedicato a questo disturbo, l'azione dei neurofarmaci *potrebbe* comunque dare risultati agendo a livello delle vie uditive centrali.



Infine, da una revisione di dati effettuata con un'indagine nel 2024 e ne ho parlato nella videoconferenza, della quale trovate la registrazione sul sito online e su YouTube, seppur con pochi dati disponibili, e con i limiti di ogni indagine basata su valutazioni soggettive oltre che per la scarsa partecipazione all'indagine (pochi casi valutati), sarebbe emersa **l'importanza di trattare precocemente l'udito e di dargli maggior attenzione**, nonostante sia un problema trascurato dai pazienti, che sembrano dare maggior importanza ad acufeni e/o vertigini per i quali, invece il tempo trascorso dall'esordio non è rilevante.



## L' ipoacusia improvvisa

A chiusura di questo capitolo sui problemi di udito serve chiarire una cosa importante a proposito della cosiddetta **ipoacusia improvvisa**, che peraltro non è affatto una *diagnosi*, ma solo la traduzione in linguaggio medico di *sentirci improvvisamente di meno*.

Una volta escluse cause d'ipoacusia trasmissiva, come un tappo di cerume o un'otite catarrale, la maggior parte delle ipoacusie a esordio improvviso comunemente ma erroneamente definite **sordità improvvisa**, sono di tipo neurosensoriale, e spesso si accompagnano a improvvisa insorgenza o peggioramento di acufene nello stesso lato.

A dispetto di quel che tutti (ma proprio tutti credo, tranne me!) dicono, l'ipoacusia improvvisa **non è affatto un'emergenza medica**, e non richiede nessun trattamento immediato, precipitandosi al pronto soccorso. Questa è solo un' altra delle balle dei medici, per scaricare la colpa di qualcosa che non saprebbero fare e ottenere comunque, dando la colpa al paziente e al suo andare dallo specialista "*troppo tardi*". Ma troppo tardi rispetto a cosa?

Le tre cause più tenute in conto, almeno stando alla terapia che viene tradizionalmente prescritta, sono circolazione, virus e... **idrope!**

Stranissimo. Escludono a priori, spesso, l'idrope quando praticamente il paziente ha sintomi fluttuanti evidenti o disturbi che possono solo essere da idrope, che *quasi ce l'ha scritto sulla fronte che è idrope*, ma si ricordano dell'idrope quando nessuno, nemmeno io, di fronte a un episodio unico e improvviso, potrebbe avere alcun elemento per fare questa diagnosi? **Il vero mistero che non riuscirò mai a comprendere, sull'orecchio interno, non sono i sintomi, ma gli specialisti otorinolaringoiatri!**

A ogni modo, con queste tre ipotesi, *dove sarebbe l'urgenza o l'emergenza?*

Se la causa fosse un problema circolatorio o un virus (e nemmeno sappiamo se esistono davvero infezioni virali dell'orecchio interno), nel momento stesso in cui si verifica la riduzione di udito, ci sarebbero *già* danni permanenti e intrattabili.

Quindi per quale motivo correre al pronto soccorso prima che sia... *"troppo tardi"*, visto che nemmeno se foste Superman o l'Uomo Ragno arrivereste a fare una terapia *prima che sia troppo tardi*? Che tanto poi vi farebbero aspettare ore in attesa, magari, prima di occuparsi di voi! Forse non sanno che i virus si moltiplicano all'interno delle cellule e le distruggono per uscirne? O che dopo appena 4-5 minuti senza sangue e ossigeno alla coclea si verifica un inevitabile danno permanente delle cellule ciliate?

E allora di trattabile resta solo l'idrope, unica diagnosi possibile ma solo a posteriori se poi, con terapia o spontaneamente, ci fosse un recupero parziale o totale di quella ipoacusia improvvisa. Ricordando che i danni di cellule e nervi sono sempre permanenti e irreversibili.

Ma l'idrope non è mai una vera emergenza, anzi viste le alte possibilità di recupero perfino spontaneo magari già il giorno dopo, l'ultima cosa da fare è agitarsi, visto che lo stress e la reazione di allarme possono aggravare l'idrope. Va però tenuto in conto quanto detto poco sopra circa il non attendere *troppo*. Ma parliamo di mesi, semmai non certo di minuti od ore o giorni.

Ovvio che una terapia serve, se il problema non si risolvesse, ma non è certamente una emergenza perché, comunque, anche attendendo, non cambierebbe nulla.

Se è idrope, resta teoricamente curabile anche a distanza di tempo (pur tenendo conto quanto detto sopra sul non attendere *troppo* tempo), mentre se fosse un problema circolatorio o virale non ci sarebbe comunque nulla da fare già dall'esordio del sintomo.

**E comunque un danno permanente della coclea, causato dalla microcircolazione del sangue o da virus, salvo a chiacchiere, non lo può e non lo ha mai potuto diagnosticare nessuno. A nessun paziente.**



## Fullness e orecchio chiuso

Nonostante venga spesso confuso dagli stessi pazienti con l'ipoacusia, con la quale peraltro si può associare, per **fullness** intendiamo una percezione non acustica ma fisica.

Mentre l'ipoacusia è un fenomeno di tipo *acustico*, corrispondente a una riduzione dell'udito, la fullness è un sintomo *fisico* che viene avvertito indipendentemente dalla presenza di rumori esterni, anche nel silenzio, corrispondente a un **senso di orecchio chiuso o bloccato o di pressione**.

In realtà orecchio chiuso o pressione sono due cose diverse, ma anche i pazienti spesso le confondono.

## Orecchio chiuso, pressione, fullness: come definire questo sintomo?

Poiché in italiano non abbiamo termini adeguati (*ovattamento* viene spesso confuso con la percezione acustica alterata), per consuetudine la sensazione di avere qualcosa che spinge nell'orecchio, o di avere qualcosa nell'orecchio di fastidioso, che lo chiude o lo blocca, e che si vorrebbe togliere, viene definita con la parola inglese **fullness**.

Lo stesso sintomo può essere descritto dal paziente in modi molto diversi (a parte varie espressioni dialettali), a volte con aggettivi e altre con esempi.

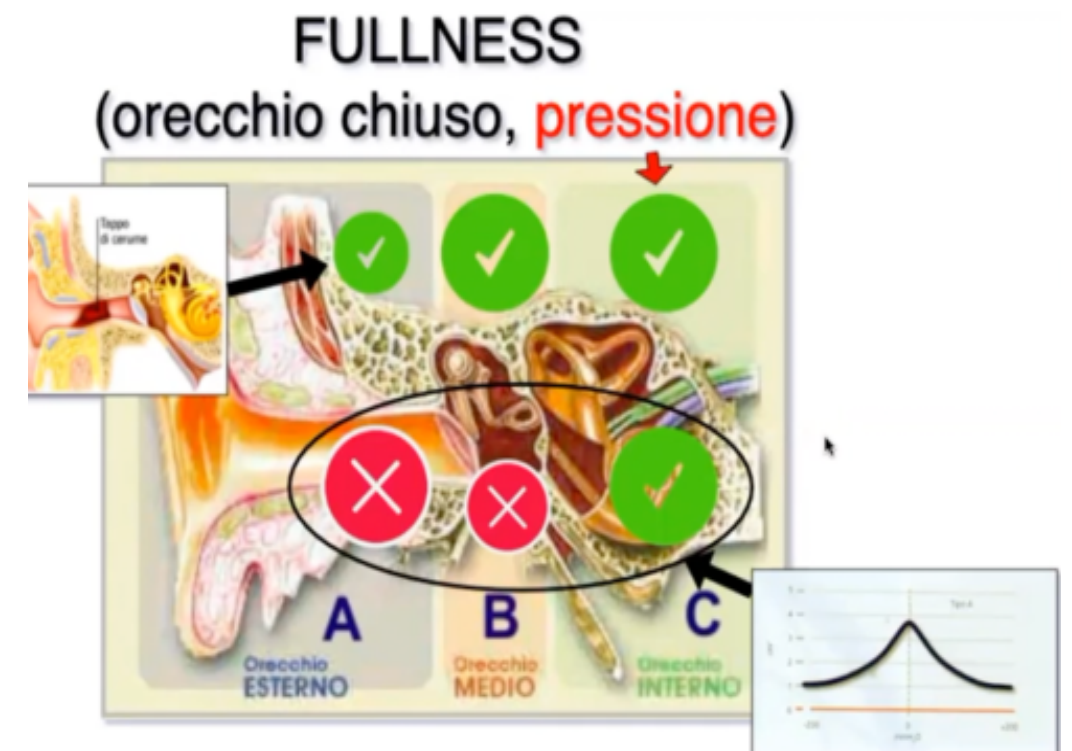
*Orecchio chiuso, ovattato, bloccato, tappato, pieno, intasato, ostruito, sotto pressione, otturato, come quando si scende dalla montagna, come quando si va sott'acqua, come quando si va in aereo, come quando si ha il raffreddore...*

È compito del medico, quindi, capire di cosa davvero il paziente stia parlando, con opportune domande di precisazione.

## La diagnosi della fullness

La causa più frequente di questo sintomo, comunque lo si voglia chiamare, è l'**idrope**, nonostante la prima cosa alla quale i pazienti pensano (e ovviamente, purtroppo, anche i medici) sia il *catarro nell'orecchio*.

Lo stesso sintomo può essere però in effetti dovuto a versamento catarrale o anche a un banale tappo di cerume, anche se in questi casi il sintomo riferito è solo senso di *orecchio bloccato* senza *pressione nell'orecchio*. La percezione di spinta dall'interno verso l'esterno è praticamente sempre da idrope. Inoltre, inevitabilmente, in presenza di un problema a carico dell'orecchio esterno e medio si associa un certo grado di ipoacusia trasmissiva.



In caso di dubbi un *esame impedenzometrico (timpanogramma)*, registrando la normale mobilità della membrana timpanica e l'assenza di catarro o muco nell'orecchio medio, permette, per esclusione, una diagnosi certa di fullness da idrope. Ma ciò nonostante, generalmente, a meno che questo non sia l'unico sintomo o l'unico che crea problemi al paziente, non serve sempre, per avviare la terapia per idrope, avere prima effettuato esami, in caso siano eventualmente presenti altri sintomi, ad esempio acufene o vertigini, mai derivanti dall'orecchio medio o esterno, per il quali comunque deve essere avviata cura per idrope, anche se di solito tendo a richiederlo comunque prima della terapia, per maggior accuratezza diagnostica.

## Fullness e idrope

Come per ognuno dei sintomi da idrope, il paziente può avere idrope e solo fullness o anche altri sintomi a questo dovuti, o perfino avere una riduzione dell'udito, ma senza nessuna sensazione fisica di orecchio bloccato o di pressione. La presenza di questo sintomo non è requisito per poter diagnosticare l'idrope.

A differenza dell'ipoacusia e degli acufeni, qui non esiste nemmeno la possibilità che si tratti di danni permanenti di cellule e nervi, che non potrebbero mai dare la percezione fisica di orecchio bloccato o pressione.

Gli esatti meccanismi che permettono di percepire la fullness nell'orecchio interno quando creata dall'idrope, non sono noti. A rigor di logica dovrebbe essere l'espressione diretta dell'eccesso di pressione che si esercita sulle pareti della coclea, ma in pratica nessuno ha mai identificato terminazioni nervose in grado di percepire la pressione nella coclea. È possibile quindi che in realtà il sintomo derivi dalla trasmissione della pressione verso l'orecchio medio. Ma una risposta esatta non la ho nemmeno io.



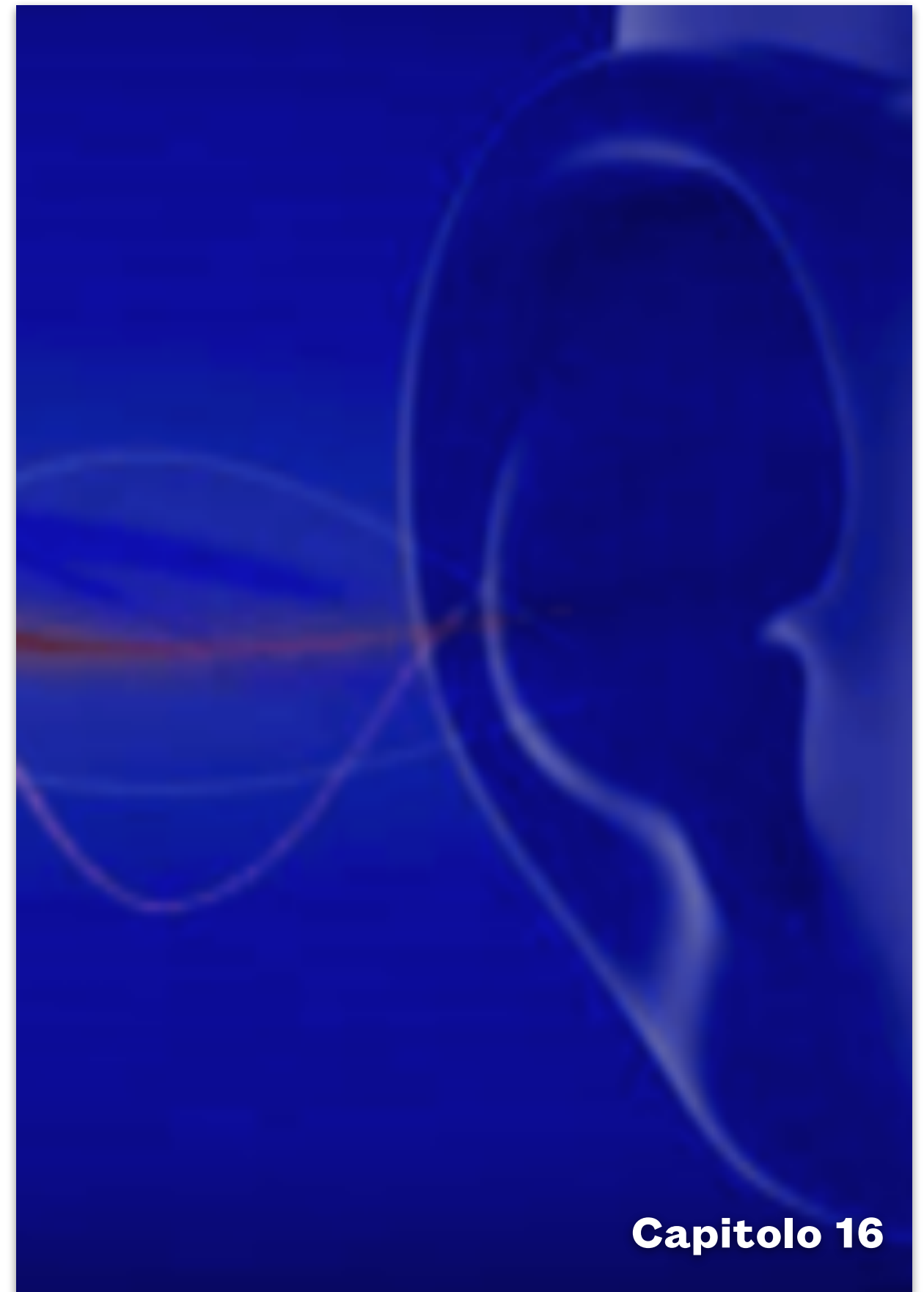
---

# Iperacusia e fonofobia

---

Per **iperacusia** non intendiamo, come il termine potrebbe far credere, la capacità di avere un udito migliore del normale, quanto il **fastidio per rumori o suoni esterni**, anche a volumi tali da non essere normalmente fastidiosi.

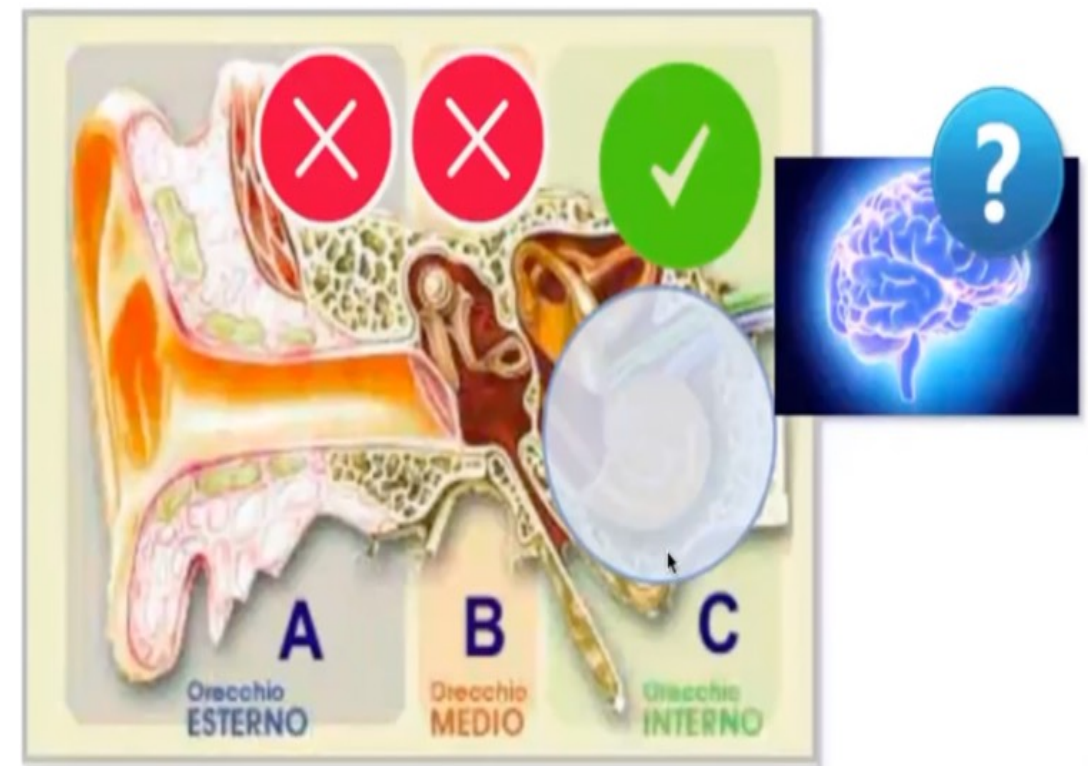
Deve essere distinta dalla **fonofobia**, un disturbo non dell'orecchio ma psichico, corrispondente a una **reazione di allarme nei confronti del rumore** e di esagerata preoccupazione verso gli stimoli acustici, giustificata dall'iperacusia o solo da paura o dalla consapevolezza di avere un problema a carico dell'orecchio, quando non sia pura espressione di patologia psichica.



## Iperacusia

Per **iperacusia** intendiamo proprio il fastidio nei confronti del rumore, come se il volume in arrivo fosse più alto, in termini di fastidio che è capace di generare ma non di percezione acustica, rispetto a quel che effettivamente è. Nell'iperacusia quel che è modificato è la **soglia del fastidio** di quell'orecchio o di quel paziente. Ovvero sono sufficienti volumi inferiori per procurare un fastidio che normalmente si presenta solo a volumi maggiori nel soggetto normale.

Nell'apparato uditivo solo l'orecchio interno, o in teoria, anche se mai dimostrato con certezza, anche le vie uditive centrali, possono essere responsabili di iperacusia. E nonostante non possa provarlo ne affermarlo con certezza è probabile, considerando l'esito positivo in generale della terapia specifica per idrope, che nella maggior parte dei casi, il meccanismo che causa l'iperacusia sia l'idrope. Pur senza dimenticare un possibile ruolo specifico dei neurofarmaci inclusi nella terapia per idrope sulle vie uditive centrali.



Per capire meglio l'iperacusia, devo introdurre un altro termine, il **recruitment**, con il quale intendiamo la capacità di una coclea *ammalata* di percepire minime variazioni d'intensità altrimenti non percepibili dal soggetto normale. Semplificando si può dire che mentre il paziente non sente i suoni a bassa intensità, sente bene o nettamente meglio quando si alza il volume sopra una certa intensità magari appena poco di più di quel livello che non percepiva affatto ed è capace di apprezzare minime variazioni d'intensità perfino più di un soggetto normale.

Ma questo non significa che il paziente senta quel che altri non possono sentire, come alcuni riferiscono erroneamente, a meno che non abbiano semmai un problema di udito *gli altri* ai quali ci si riferisce.

Sebbene molti specialisti colleghino il recruitment a un danno permanente delle cellule ciliate, ho personalmente verificato in passato con esami specifici (*S/SI test* e *audiometria automatica modificata*) come in realtà anche quasi tutti i pazienti con ipoacusia da idrope certo, per fluttuazioni, o giudicato tale a posteriori per reversibilità e recupero dopo terapia, e perfino molti senza alcuna ipoacusia dimostrabile, abbiano questa caratteristica di aumentata discriminazione d'intensità anche quando non viene riferita anche iperacusia. Questo potrebbe essere il meccanismo della vera iperacusia da orecchio interno, che in moltissimi casi sarebbe quindi da idrope e trattabile.

Il fatto di avere altri sintomi da orecchio interno o da idrope, da solo non giustifica, però, di individuare automaticamente la sede di origine a coclea (orecchio interno), e meno mai l'automatica attribuzione di un'iperacusia all'idrope.

**Di tutti i disturbi che tratto abitualmente, e nonostante il successo con la terapia dal punto di vista statistico, l'iperacusia resta comunque, anche per me, il disturbo meno compreso e per il quale ho davvero poche cose da dire, e sul quale ho più dubbi che certezze.**

Spesso i pazienti confondono l'**aumento dell'acufene in risposta a uno stimolo acustico** o a esposizione al rumore e altri fenomeni come **rimbombo** o eco, con l'iperacusia. Questo non è iperacusia. Nel primo caso si tratta di acufene da idrope che, come per molte altre situazioni, può essere amplificato anziché mascherato dal rumore esterno, o più frequentemente aumentare temporaneamente dopo stimolo acustico, e nel secondo (rimbombo) di una disacusia (ovvero alterata percezione qualitativa).



## Fonofobia

Diverso è il caso della fonofobia (ovvero **pausa del rumore**) problema psicologico (o psichiatrico) spesso correlato al credere (spesso per aver ricevuto dai medici questa informazione) che il rumore sia stato causa del proprio acufene o dell'ipoacusia, per cui il paziente se ha sufficienti basi di ansia da arrivare a questo, sviluppa una sorta di avversione al rumore. Spesso, peraltro, nel caso della fonofobia, l'intolleranza riguarda rumori specifici sgraditi, mentre altre situazioni di rumore gradito non creano alcun problema anche se a volume ben maggiore.

In tempi più recenti, o forse non conoscevo questo termine io, si è iniziato a usare anche il termine **misofonia**, riferendosi soprattutto a reazioni di sofferenza emotiva esagerata verso rumori specifici. Sinceramente io per ora non vedo vere differenze tra fonofobia e misofonia e continuo a usare il termine fonofobia, ben distinta però nel suo significato dall'iperacusia.

I due disturbi, iperacusia e fonofobia, vengono spesso confusi, essendo anche l'iperacusia ritenuta da molti un fenomeno di natura puramente neurologica a livello delle vie uditive centrali, in reazione una patologia dell'orecchio. Di neurologico in senso stretto, ovvero una patologia neurologica, nell'iperacusia pura non c'è in realtà probabilmente nulla, ma orecchio, o comunque apparato uditivo, se vogliamo includere le vie uditive centrali, per l'iperacusia, e cervello, nel senso in questo caso di cervello psichico, per la fonofobia, possono contribuire entrambi al problema, poiché **spesso i due problemi si associano**, complicando le cose e rendendo difficile capire quanto ci sia di orecchio e quanto di psicologico o reattivo cerebrale.

## Autofonia

A chiusura di questo capitolo serve accennare anche all'**autofonia**, con la quale si definisce il *disturbo nei confronti della propria stessa voce, percepita come amplificata e fastidiosa*.

Questo sintomo è di difficile interpretazione poiché può essere presente anche per problemi legati all'orecchio medio o alla *tuba di Eustachio*. Ad esempio in caso di *tuba beante*, quando il condotto di comunicazione tra la zona retrostante il naso e l' orecchio medio, *la tuba di Eustachio*, resta sempre aperto, mentre normalmente dovrebbe essere chiuso e aprirsi solo periodicamente.

Nella mia personale esperienza è molto più frequente che si tratti di una variante dell'iperacusia da orecchio interno da idrope senza alcuna anomalia della tuba o dell' orecchio medio, sebbene non sappia spiegare in che modo l'idrope creerebbe questo disturbo.

## Cosa sono le vere vertigini ?

La corretta definizione di vertigine (dal latino *vertĕre* = volgere, girare), la vera vertigine, è **falsa, illusoria, non reale, percezione di movimento dell'ambiente rispetto al nostro corpo o del nostro corpo rispetto all'ambiente**. In una vera vertigine ci deve essere la percezione soggettiva di movimento o spostamento, che può manifestarsi come crisi acuta o con una sensazione continua o variabile di disequilibrio soggettivo.

Tutte le vere vertigini vengono sempre dall'orecchio interno (labirinto), e tutte le vertigini ricorrenti o recidivanti e la percezione non reale di disequilibrio derivano sempre dall'idrope, e mai da danni permanenti irreversibili.

**Premessa fondamentale a questo capitolo e ai due capitoli successivi, dedicati alle crisi ricorrenti di vertigine e al disequilibrio soggettivo.**

Quasi tutto quel che leggerete o guarderete e ascolterete (nella versione audiovideo), in questo e nei due capitoli successivi, è in **aperto contrasto** con quanto sostenuto praticamente da tutti gli specialisti, e in particolare dai cosiddetti *esperti di vertigini*, che riconoscono moltissime cause diverse e sedi diverse di vertigine, definendole tutte in modo diverso, e frammentandole in varie sindromi e *sindromette*, ma poi, in pratica, perdendosi nella terapia.

Io, invece, in questo e nei prossimi due capitoli, vi porterò a capire come partendo dalle corrette definizioni e da solide basi di anatomia e fisiologia e usando il ragionamento, ma nemmeno troppo complesso, vista l'evidenza delle conseguenze, se si applica la logica, che...

**Tutte le vere vertigini vengono dall'orecchio e dal labirinto posteriore nell'orecchio interno.**



**Tutte le vertigini ricorrenti (più crisi) e il disequilibrio soggettivo vengono dall'idrope,** tanto da aver creato il concetto di *imbuto delle sindromi vertiginose*, che rende bene il concetto.

O, almeno, da una condizione reversibile nell'orecchio interno, che per quanto a noi attualmente noto, con un solo dubbio (che per me non è comunque un vero dubbio, e che vi spiegherò nel prossimo capitolo, dedicato alle crisi di vertigine ricorrenti), può solo essere idrope.

Malattia di Meniere Vertigine da otoliti Vertigine da ATM Cupololitiasi  
Sindrome di Meniere Sindrome di Minor Sindrome Menieriforme  
Vertigine vestibolare Vertigine soggettiva Vertigine da CCSVI  
Neurite vestibolare Colpo di frusta Vertigine emicranica  
Vertigine vascolare Sindrome di Lermoyez Cervicale  
Vertigine psicogena Insufficienza vertebrobasilare  
Vertigine periferica Vertigine posturale  
Vertigine oggettiva Vertigine centrale  
Labirintite  
ecc.. ecc..



IDROPE

Imparate da subito, se per voi nuovo e non già scontato, un principio fondamentale di logica, da tenere sempre presente: *di qualunque argomento si parli, la maggioranza non ha sempre ragione!* E non ce l'ha di sicuro se chi sostiene cose diverse lo fa in modo assolutamente logico, e partendo da premesse vere e valide per arrivare a conclusioni valide, e la maggioranza... no!



Di dubbi, nella mia professione e sugli argomenti di cui mi occupo, ne ho tanti, e di certezze poche, ma se non cambiano le premesse, e se quella che conosciamo oggi è in effetti la verità su come è fatto e come funziona l'orecchio e il sistema vestibolare, le mie conclusioni su vertigini e disequilibrio soggettivo restano queste. E incontestabili. E infatti non ci ha nemmeno mai provato nessuno a contestarle apertamente, non avendo alcun modo per farlo!

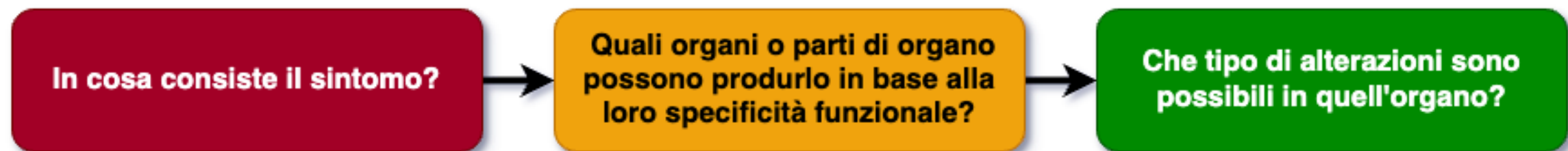
Senza dimenticare poi che l'obiettivo vero della Medicina non è disquisire sul perché o sul come, in modo sterile e senza giungere a vere conclusioni, solo per fare pubblicazioni scientifiche, che spesso valgono meno della carta igienica, ma... curare i pazienti !

E per vertigini e disequilibrio io questo riesco a farlo senza nessun problema e con tutti i pazienti, di solito facilmente o, a volte, mettendoci un po' di più, senza mai pretendere o promettere di guarire definitivamente, cosa impossibile per l'orecchio interno, come d'altronde per molti problemi di salute, ma curando e spegnendo rapidamente ogni fase di riacutizzazione o recidiva, da 25 anni.

Se state seguendo, come da me consigliato, l'apprendimento progressivo, e magari avete anche letto il capitolo sugli acufeni, arrivati a questo punto, vi sarete, d'altronde, già fatti un'idea sul fatto che...

Non sono i disturbi dell'orecchio interno quelli difficili da capire e trattare, nonostante l'indiscutibile limite di non poterlo visitare direttamente, ma, semmai, medici e specialisti quelli difficili da convincere a pensare, capire, e curare come potrebbero fare.

Io, come vedete, in ogni capitolo e per ogni sintomo o disturbo, mi limito ad applicare quel ragionamento logico e basato su anatomia e fisiologia che vi ho insegnato nella sezione dedicata alla diagnosi, e che tutti i medici *dovrebbero* già conoscere e applicare.



Preparatevi quindi a una visione e un'esposizione dell'argomento decisamente *in contrasto* con quella che potreste sentire da altri medici che continuano a *perdersi nel labirinto delle vertigini* (gioco di parole voluto!) e a cercare risposte, ma senza trovarle mai o, peggio, trovandole sbagliate, credendo di averle trovate, facendo poi affermazioni e diagnosi che *stuprano* anatomia e fisiologia e prive di qualunque logica.



## Cos'è la vera vertigine e cosa non è ?

Uno dei misteri più incredibili che non riesco proprio, e forse non riuscirò mai, a comprendere, non è correlato a meccanismi patologici, diagnosi o terapie, ma come un disturbo così facile da capire, semplicemente conoscendo basi di anatomia, fisiologia e ragionamento logico, sia... capito così poco, e quanta confusione ci sia nella definizione e nella diagnostica delle vertigini.

Basta vedere come la vertigine viene definita in varie lingue, per capire già come partiamo davvero male. E di solito partendo male non si va molto lontano.



**vertigine**  
(paura di cadere?)



**dizziness**  
ma "dizzy" significa  
anche sciocco, confuso



**étourdissement**  
(stordimento?)



**mareo**  
(mal di mare?)

E in portoghese *tontura*, che segue il concetto dell'inglese *dizziness* !

La confusione è a ogni livello, da quello medico a quello popolare. Nell'italiano popolare la vertigine viene spesso chiamata “*capogiro*” che almeno, per quanto termine improprio e riduttivo, e spesso usato a sproposito pure quello, rende l'idea più che lo stordimento dei francesi (*étourdissement*), del sentirsi “*instupidito*” degli inglesi (*dizziness*) o dei portoghesi (*tontura*), o del mal di mare (*mareo*) degli spagnoli.

1. Sensazione di vertigini e instabilità alla testa e fastidio allo stomaco che possono causare voglia di vomito e perdita di equilibrio
2. Disturbo che compare in alcune persone quando viaggiano in un veicolo terrestre, aereo o marittimo.
3. Stato di stordimento fisico e mentale che è prodotto da una situazione che infastidisce.

Con lo spagnolo, poi, abbiamo raggiunto il massimo della ambiguità.  
Ecco i tre possibili significati della parola *mareo*.

## **Da dove derivano queste anomalie e differenze linguistiche?**

Proprio dalla confusione tra vera vertigine, disequilibrio soggettivo, stordimento e confusione mentale e altri disturbi psicologici e chinetosi (mal di mare), sintomi o disturbi che possono anche tutti coesistere nello stesso paziente, e anzi questo avviene spesso, ma che sono completamente diversi tra loro.

## Vertigine o panico ?

Che il panico sia molto spesso correlato alle vertigini, e che molti pazienti con vertigini abbiano o abbiano avuto in passato anche frequenti attacchi di panico è cosa ben nota, e da non dimenticare mai nel proporre una cura. Ma i due problemi non si devono assolutamente confondere.

Jovanotti cantava *"la vertigine non è... paura di cadere"*. E infatti quella si chiama *acrofobia*, e non ha nulla a che vedere con le vere vertigini e chi soffre di *vertigini da altezza* non soffre di... vertigini, o almeno non certamente per quello.

L'**acrofobia** (dal **greco antico** ἄκρον, *ákron*, "cima, sommità" e φόβος, *phóbos*, "paura") è la **paura** delle altezze e dei luoghi elevati.

La scena dell'investigatore colto dal panico nella torre, nel bellissimo film di Hitchcock del 1958 *"La donna che visse due volte"*, rende benissimo l'idea... della confusione che c'era all'epoca (e tuttora) tra i due disturbi. Il titolo originale del film è *VERTIGO* (il punto interrogativo l'ho aggiunto io), altro modo di definire la vertigine in inglese, ma *PANIC* sarebbe stato molto più appropriato.



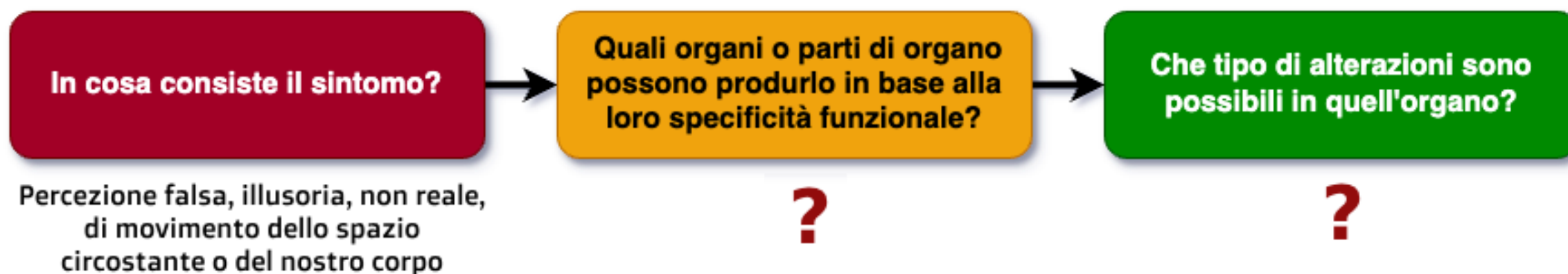
- Pur potendo accompagnare le vere vertigini, il **senso di stordimento o confusione mentale** e i **fenomeni neurovegetativi** quali *nausea, vomito, variazioni della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa*, ecc. non sono vertigine né sono prodotti direttamente dall'orecchio.
- Non sono *vertigine* nemmeno la **chinetosi** (mal di viaggio, mal di mare), dove ci sono fenomeni neurovegetativi stimolati dal movimento ma senza vera percezione di vertigine, o le cadute brusche improvvise senza vertigine (**crisi di Tumarkin**), sebbene questi ultimi due problemi derivino in effetti dall'orecchio interno, motivo per cui ne parlerò comunque successivamente in altri capitoli.
- E non è certamente sinonimo di vertigine il termine **labirintite**, che è una patologia e non un sintomo, ancora oggi usato a sproposito da medici e pazienti per indicare il sintomo *vertigine*.
- Così come è assolutamente sbagliato confondere **disequilibrio soggettivo** e **instabilità**, considerandoli sinonimi, vista la necessità di usare termini diversi per due situazioni che hanno significato completamente differente.



## Vi ripropongo anche qui la tabella già vista introducendo le vertigini

<b>Termine</b>	<b>Caratteristica principale</b>	<b>Sede</b>
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA</b>	Percezione falsa, non reale, illusoria, di movimento del corpo rispetto all'ambiente o dell'ambiente circostante rispetto al corpo.	Orecchio interno (labirintite ma anche idrope), e (in teoria) nervo vestibolare, nuclei e vie vestibolari centrali, ma comunque solo sistema vestibolare.
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA ISOLATA</b>	Come sopra ma senza recidive.	Orecchio interno (labirintite ma anche idrope), e (in teoria) nervo vestibolare, nuclei e vie vestibolari centrali, ma comunque solo sistema vestibolare.
<b>CRISI DI VERTIGINE ACUTA RICORRENTI</b>	Come sopra ma recidivanti.	Solo orecchio interno - canali semicircolari (idrope).
<b>LABIRINTITE</b>	Rara patologia e non sintomo, caratterizzata da vertigine prolungata per giorni, con marcata reale instabilità oggettiva prolungata verso il lato colpito, che esita in danno permanente vestibolare e cocleare (grave ipoacusia o sordità totale monolaterale irreversibile).	Orecchio interno (labirinto).
<b>DISEQUILIBRIO SOGGETTIVO CRONICO</b>	Percezione soggettiva e non reale continua o fluttuante di mancanza di equilibrio. È vertigine ma si preferisce usare questo termine.	Solo orecchio interno - utrículo e sacculo (idrope).
<b>VERA INSTABILITÀ OGGETTIVA</b>	Reale problema di equilibrio con sbandamento, non solo soggettivo ma visibile dall'esterno.	Orecchio interno (anche in caso di crisi recidivanti da idrope in fase acuta), nervo vestibolare, sistema nervoso centrale.
<b>CRISI DI TUMARKIN</b>	(Raro) Caduta brusca senza vertigine e senza perdita di coscienza.	Orecchio interno.
<b>OSCILLOPSIA</b>	(Raro) Sensazione che l'ambiente si muova insieme ai movimenti della testa.	Orecchio interno (danno dei recettori o idrope) o (in teoria) nuclei e vie vestibolari centrali.
<b>CHINETOSI</b>	Sintomi neurovegetativi come nausea, vomito e altro stimolati dal movimento, ma senza vera vertigine.	Probabilmente orecchio interno (idrope) ma senza certezza scientifica.

Abbiamo quindi la risposta alla prima domanda del nostro consueto ragionamento diagnostico, e sappiamo definire cos'è il sintomo. Passiamo quindi alla seconda domanda.



## Da dove possono originare le vere vertigini e il disequilibrio soggettivo?

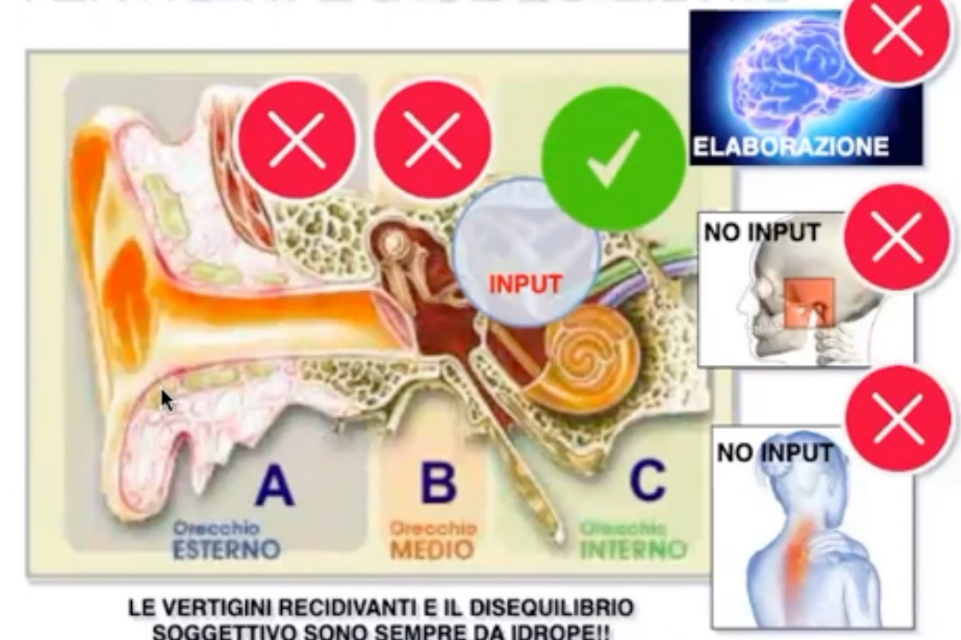
Dal capitolo dedicato a spiegarvi sinteticamente alla funzione vestibolare, quella che informa sui rapporti tra spazio e corpo e mette in atto dei meccanismi compensatori adeguati, avete già appreso che questa funzione si svolge in tre fasi: **input** (l'informazione vestibolare che arriva dall'orecchio interno), **elaborazione centrale** a livello cerebrale, e **output**, ovvero comandi che dal cervello vanno ai muscoli oculari e del corpo, per adeguare posizione e rotazione degli occhi, e la postura e la stabilità del corpo in equilibrio.



L'unico **input**, prima dell'elaborazione centrale, arriva dai **recettori del labirinto vestibolare nell'orecchio interno**. Eventuali altre informazioni, come quelle provenienti dal cervelletto, dalla vista, dalla muscolatura e da altri recettori periferici, contribuiscono alla modulazione dell'output per il mantenimento dell'effettivo equilibrio e della postura, o per la coordinazione del movimento, e non possono pertanto in alcun modo generare sensazioni coscienti cerebrali di vertigine o disequilibrio soggettivo, che avvengono *prima* della generazione dell'output.

**Nessun organo o apparato del nostro corpo, a parte il labirinto (orecchio interno), può pertanto creare una crisi di vertigine rotatoria acuta, o il disequilibrio soggettivo**, qualunque cosa vi abbiano detto. Meno che mai l'articolazione temporomandibolare, o la cervicale con le presunte artrosi, ernie del disco o protrusioni, che poi nella maggior parte dei casi non ci sono proprio, seppur *diagnosticate* spesso, o chissà che altro.

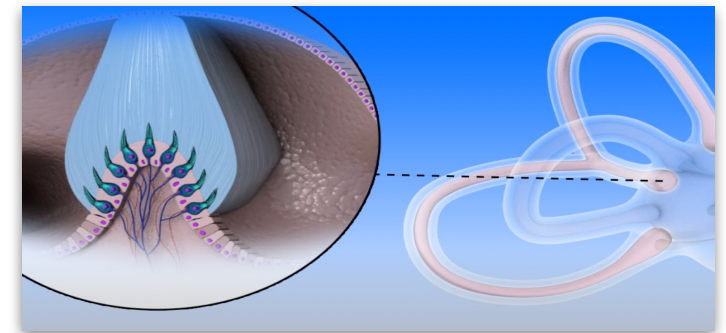
## VERTIGINI E DISEQUILIBRIO



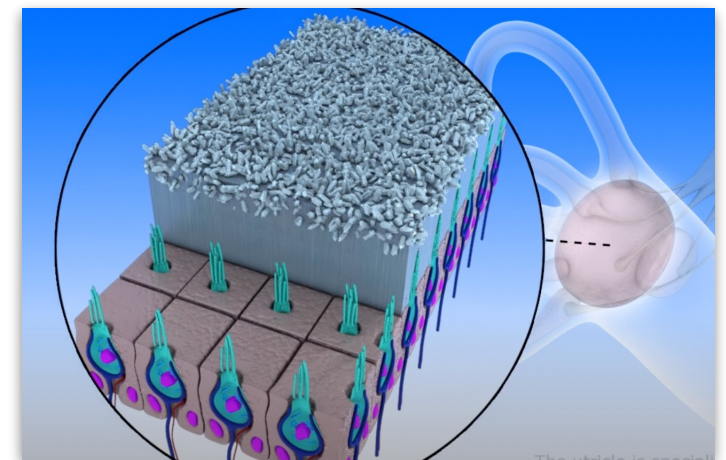


**La causa delle vertigini va cercata nell'unico organo in grado d'inviare al cervello le informazioni** circa i movimenti del corpo (della testa in realtà) nello spazio circostante e sulla sua posizione statica, necessarie al coordinamento degli occhi in risposta ai movimenti della testa (*nistagmo* e rotazione oculare adeguata) e nel mantenimento posturale dell'equilibrio, mediante variazioni del tono muscolare. E quest'organo è solo il **labirinto posteriore**, parte dell'orecchio interno.

È infatti lì, nell'orecchio interno o labirinto, che risiedono i recettori dei **canali semicircolari** (tre per lato) a molti ben noti e deputati all'informazione circa i movimenti angolari del capo nei tre assi.



Ma è sempre lì, nell'orecchio, che si trovano anche le **macule del sacculo e dell'utricolo**, che se non fosse per il fatto che in questi recettori ci sono i famosi “*sassolini dell'orecchio*“, gli **otoliti**, ritenuti erroneamente in grado di andarsene in giro per l'orecchio a procurare vertigini posizionali, molti specialisti non si ricorderebbero nemmeno a cosa servono, o quanto meno non vengono quasi mai considerati.



Eppure sono proprio il sacculo e l'utricolo la sede da dove origina, ad esempio, il **disequilibrio soggettivo**.



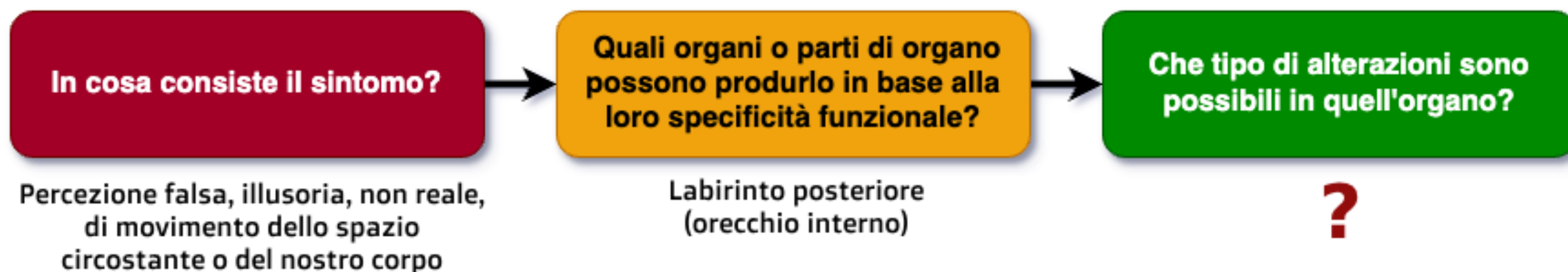
**La vertigine è, infatti, una *percezione soggettiva cerebrale* derivante da errata informazione proveniente dal labirinto, ovvero da un problema di input, e non è reale mancanza di equilibrio o vera *instabilità*.**

Nonostante una reale perdita di equilibrio possa essere presente in fase acuta anche durante una crisi di vertigine, a causa della brusca asimmetria vestibolare, e sia conseguenza inevitabile della distruzione di un labirinto, con perdita brusca totale dell'informazione da un lato, questo non ha nulla a che vedere con la vertigine in senso stretto o con il disequilibrio soggettivo, che non è vera instabilità, ma una percezione avvertita solo dal paziente.

**Non esistono le vertigini neurologiche**, perché il cervello non può prodursi da solo l'informazione sui rapporti tra corpo e spazio. O le informazioni gli arrivano dall'orecchio interno, o non le ha proprio! Sintomo neurologico da alterazione del cervelletto è semmai l'*atassia*, ovvero la vera incoordinazione nel movimento, che non ha però nulla a che vedere con le vertigini o il disequilibrio soggettivo.

Non esistono vertigini posturali, muscolari, cervicali, o dell'articolazione temporomandibolare, se non nella fantasia, o nella voglia di specularci sopra, di alcuni medici e *non medici*, e nemmeno le vertigini oculari (diplopia semmai, o vista sfuocata, ma non vertigine).

Abbiamo quindi anche la risposta alla seconda domanda del nostro ragionamento progressivo e sappiamo definire anche da dove si origini il sintomo. Ci manca ora solo capire cosa, e in che modo, potrebbe creare vertigini e disequilibrio soggettivo nell'orecchio interno.



## Quali alterazioni possono generare vertigine e disequilibrio soggettivo nel labirinto posteriore (orecchio interno)?

A dispetto della marea di diagnosi e sindromi diverse che nel tempo sono state create dai medici per spiegare le vertigini, esistono in realtà solo due meccanismi in grado di procurare una **falsa, illusoria, non reale, percezione di movimento dell'ambiente in relazione al nostro corpo** (*vertigine oggettiva?*), o **del nostro corpo rispetto all'ambiente** (*vertigine soggettiva?*).

La definizione di *oggettiva* o *soggettiva* ancora usata e proposta da molti medici, si riferisce a cosa *sembra* si stia muovendo, gli *oggetti* (l'ambiente circostante) o il *soggetto* (il paziente stesso), e non è quindi riferita alla visibilità dall'esterno o al fatto che sia solo una percezione soggettiva. Mentre, in linguaggio medico corretto, *oggettivo* (od obiettivo) e *soggettivo* significano proprio questo. Ma al di là dei possibili sintomi neurovegetativi visibili anche dall'esterno, come il vomito ad esempio, o misurabili, come le variazioni della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, o della oggettività del *nistagmo*, movimento degli occhi stimolato dal labirinto, **la vertigine**, ovvero la percezione non reale di movimento, di per sé, **è sempre qualcosa di avvertito solo dal paziente**. Quindi, **ogni vertigine è, in realtà, sempre un disturbo o sintomo soggettivo**.

## 1 – La distruzione acuta di recettori vestibolari (labirintite)

Un eventuale improvviso danno permanente crea un improvviso squilibrio per perdita brusca e irreversibile dei segnali derivanti da un lato (vertigine acuta non ricorrente o **labirintite** da teoriche cause infettive o vascolari, anche se quasi sempre, in realtà, ignote).

La *vera* labirintite è patologia di per sé oggi molto più rara di quanto non si creda (ne avrò visti forse tre casi in tutta la mia vita professionale). Ma il termine “*labirintite*“, come ho già detto, è spesso usato a sproposito, sia a livello popolare, sia purtroppo anche dai medici, per indicare una crisi acuta di vertigine *da orecchio*, nonostante non esistano vertigini *non da orecchio*.

Comporta una importante vertigine rotatoria oggettiva persistente in modo continuo per diversi giorni, con intensi fenomeni neurovegetativi e vomito frequente, ma *non recidivante*, in quanto i recettori vestibolari distrutti non rigenerano e non possono quindi distruggersi un'altra volta, e seguita da una fase più o meno lunga di *vera instabilità* (che può risolversi spontaneamente nel tempo per compenso “centrale” o richiedere riabilitazione vestibolare) con tendenza a sbandare verso il lato colpito, di entità tale, soprattutto i primi giorni, da non permettere nemmeno il mantenimento della stazione eretta o di camminare. In caso di labirintite, nella maggior parte dei casi, si ha anche ipoacusia improvvisa con perdita totale dell'udito dal lato colpito.

Spesso peraltro una eventuale diagnosi provvisoria di “*labirintite*” è solo il primo episodio (ma potrebbe anche non ripresentarsi mai) di una crisi da idrope molto intensa, descritta in modo esagerato dal paziente, o diagnosticata in modo sbagliato dal medico.

## **2 - La disfunzione idromeccanica, acuta o persistente, anche se con variabilità e fluttuazioni, esercitata su recettori vestibolari sani e integri, dall'aumento dell'endolinfa (idrope).**

A dispetto della teoria della *cupololitiasi*, utilizzata da quasi tutti gli specialisti per spiegare le brevi vertigine parossistiche scatenate dai cambiamenti di posizione (vertigine posizionale parossistica benigna o VPPB), e peraltro solo queste, e alla quale farò le mie obiezioni, come sempre logiche e spiegate, nel prossimo capitolo, **l'unica componente dell'orecchio interno in grado di stimolare i recettori**, e quella è la sua funzione fisiologica, **è l'endolinfa**, ovvero il liquido del compartimento più interno del labirinto, il cui aumento di pressione e volume definiamo **idrope endolinfatico**.

L'idrope è l'unica condizione dell'orecchio interno capace di spiegare le vertigini recidivanti, mediante la disfunzione creata dall'eccesso di endolinfa su recettori capaci d'inviare informazione, seppur sbagliata, poiché in caso di danni permanenti (e i danni di cellule e recettori dell'orecchio interno sono sempre permanenti) non ci sarebbe alcuna informazione (input) e, quindi, non ci sarebbe una informazione errata e, per conseguenza, non potrebbe esserci più una successiva ulteriore crisi di vertigine.



E questa è l'**unica causa** davvero possibile di tutte le forme di **vertigine recidivante** e anche di **disequilibrio soggettivo**, ovvero la **falsa, non reale, illusoria sensazione di sbandamento o di non essere in equilibrio**. Senza possibili alternative. E infatti, per tutte le vertigini recidivanti e per il disequilibrio cronico, il trattamento specifico contro l'idrope si rivela estremamente efficace praticamente in tutti i casi, pur non potendo *guarire* definitivamente ed escludere potenziali recidive future, spesso del tutto occasionali e comunque rapidamente trattabili.

Ma queste cose, e in particolare che i danni permanenti di nervi e recettori vestibolari non possono procurare vertigini, se non una crisi isolata e non recidivante al momento della perdita improvvisa dell'input da un lato, me le sono inventate o le so solo io? No! **Lo sanno tutti gli specialisti** che è così! Tanto che viene proposto di distruggere l'orecchio con la *gentamicina* o tagliare il nervo, proprio perché se manca il segnale dall'orecchio non ci possono essere più vertigini! Perché poi allora pensino all'idrope solo di fronte a un quadro classico da libro di malattia o sindrome di Meniere con tutti i sintomi, lo vedremo parlando della Meniere, nella prossima sezione di questo percorso di apprendimento.

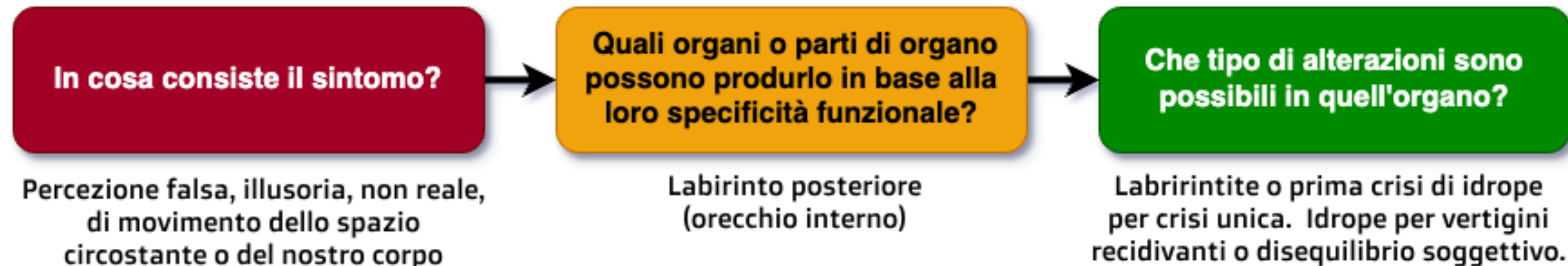
Non sono affatto sindromi autonome, ma solo espressioni di idrope, tutte le varie altre forme e varianti e sindromi e sindromette varie quali la *sindrome di Minor*, la *vertigine emicranica*, la *sindrome di Lermoyez* e nemmeno la **cupololitiasi** (*vertigine parossistica posizionale benigna, vertigine da otoliti*). In realtà sono tutte da considerare solo ed esclusivamente varianti delle vertigini da idrope, al pari della **malattia o sindrome di Meniere**, che altro non è che una definizione clinica relativa all'associazione di sintomi.

Molti specialisti chiamano *acufeni* un fischio o un ronzio e il battito del cuore, che sono due cose completamente differenti, e poi creano una nuova *malattia* per le vertigini, ogni volta che c'è una piccola cosa diversa che non cambia il significato di quel che il paziente ha o la cura necessaria. Come se le persone si ammalassero seguendo i manuali di Medicina!



Stessa logica!

Abbiamo quindi risposto a tutte e tre le domande. Sappiamo capire cosa sono vertigini e disequilibrio soggettivo e sappiamo distinguerle da altro che non è *vertigine*. Sappiamo da dove vengono le vere vertigini e il disequilibrio soggettivo, che è comunque una vertigine, anche se si manifesta in modo completamente differente rispetto alle crisi acute e merita un altro termine distintivo. E sappiamo anche in che modo si può creare una vertigine o il disequilibrio soggettivo.



Adesso allora possiamo usare quel che sappiamo e abbiamo capito, per applicarlo nella pratica.

## Diagnosi e terapia per paziente che riferisce “*vertigine*”

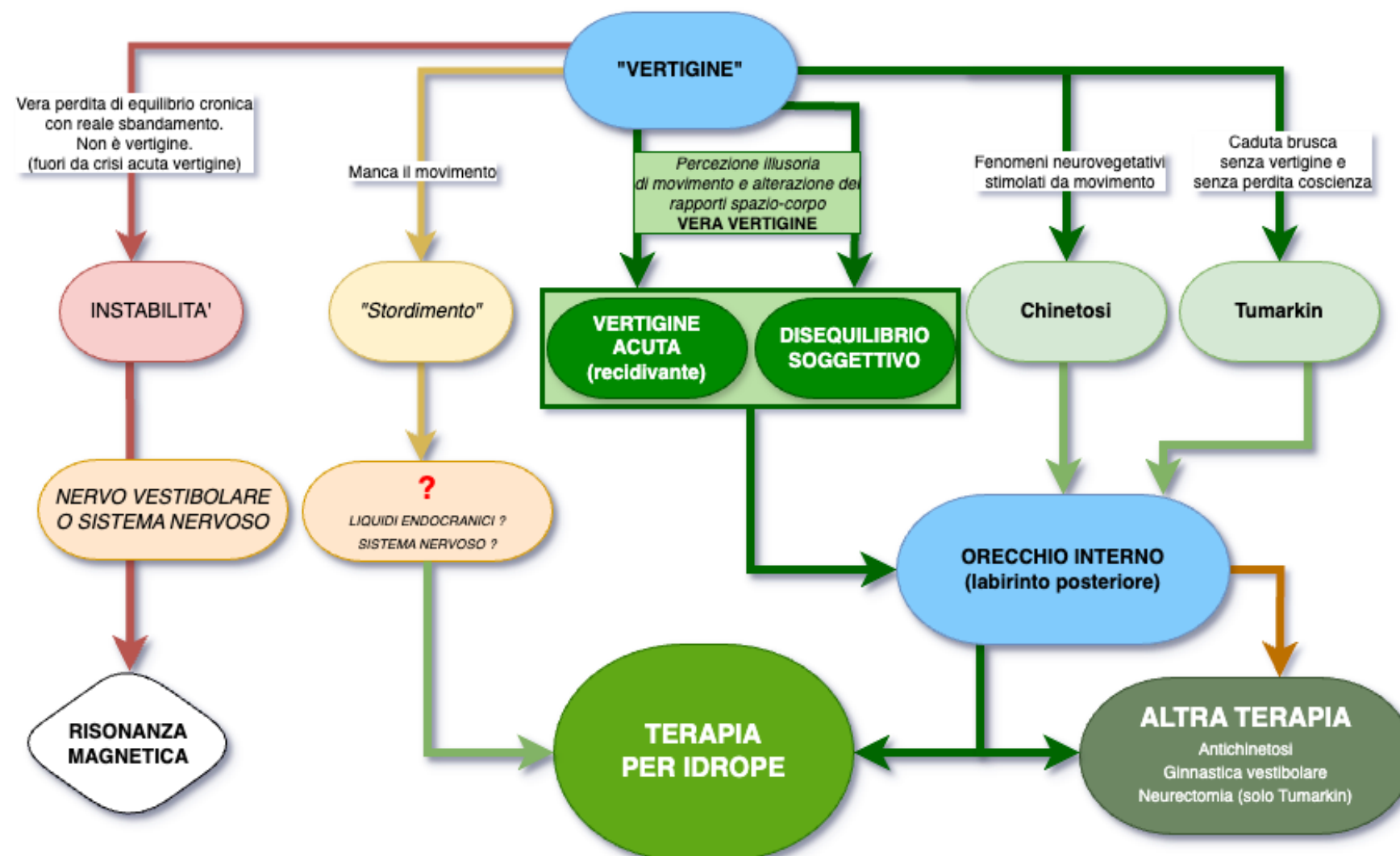
Quel che per il paziente può essere *vertigine*, se analizzato bene, come abbiamo visto, non sempre è davvero **vertigine**, che richiede nella stessa definizione la *percezione, sensazione, non reale ma illusoria, di movimento, ovvero di alterazione dei rapporti tra lo spazio e il corpo*, e può manifestarsi sotto forma di **crisi vertiginosa acuta** o come **disequilibrio soggettivo**. A loro volta le crisi acute recidivanti possono essere sotto forma di crisi spontanee maggiori o brevi crisi posizionali scatenate da specifici movimenti. Vere vertigini recidivanti e disequilibrio soggettivo (non vera instabilità oggettiva) sono sempre da orecchio (mai da cervicale, patologia neurologica o altro) e vengono da me trattati con terapia per idrope, aggiungendo anche farmaci antichinetosi, efficaci anche su vertigini e disequilibrio, e, per crisi parossistiche posizionali, la ginnastica vestibolare. La ginnastica vestibolare, con acqua da bere, può anche essere l'unica terapia se l'unico problema da trattare sono le crisi posizionali parossistiche scatenate dal movimento.

**Chinetosi** (mal di viaggio, con fenomeni neurovegetativi stimolati dal movimento) e **cadute brusche senza vertigine e senza perdita di coscienza** (crisi di Tumarkin) non sono vertigine, ma sono comunque da orecchio interno (sulla chinetosi non ho certezze nel dire questo, ma la terapia per idrope funziona anche per questo disturbo) e sono trattate comunque con terapia per idrope. Forme di chinetosi lieve e non costante possono però essere trattate anche solo con terapia antichinetosi e acqua da bere, mentre per crisi di Tumarkin con cadute recidivanti e possibili traumi anche importanti, può essere consigliabile la neurectomia vestibolare.



La sensazione di **stordimento**, testa vuota, testa piena, confusione o rallentamento mentale, non è mai sintomo da orecchio. Ma nonostante tutto e pur senza conoscerne la causa con certezza (eccesso di liquidi endocranici? componenti psichiche?) trova beneficio con terapia per idrope, visto che si usano neurofarmaci e si agisce anche sui liquidi endocranici, controllati dall'ADH (ormone antidiuretico) come quelli dell'orecchio.

La **vera instabilità** con **vera perdita di equilibrio** non è da orecchio, al di fuori di una crisi acuta di vertigine, o delle conseguenze di una vera labirintite o di intervento chirurgico su labirinto o nervo o terapia con gentamicina, ma neurologica. Richiede sempre in tal caso una risonanza magnetica. In seguito il paziente sarà affidato a neurologo, neurochirurgo o alla riabilitazione vestibolare, a seconda dei casi, ma non è indicata in tal caso terapia per idrope.



# Vertigini acute ricorrenti

Per **crisi di vertigini acute ricorrenti** intendiamo attacchi di vertigini temporanee, ripetuti nel tempo, con intervallo variabile, con percezione acuta, non reale, di movimento, di solito, ma non obbligatoriamente, di tipo rotatorio, dell'ambiente circostante rispetto al nostro corpo o del nostro corpo rispetto all'ambiente, di durata e intensità variabile perfino nella stessa persona, in epoche o crisi differenti. Per parlare di crisi ricorrenti o recidivanti, ovviamente, devono essercene almeno due ma, a volte, separate tra loro perfino da anni.

**Tutte le crisi acute ricorrenti recidivanti sono sempre dovute all'idrope endolinfatico.**



La lettura di questo capitolo richiede necessariamente e obbligatoriamente la conoscenza propedeutica del capitolo precedente **Cosa sono le vere vertigini ?**

## **Le vertigini acute ricorrenti sono disturbo o malattia? Come e quando dovrebbero essere curate?**

Con questa fondamentale premessa vi dirò qualcosa che può condizionare la vostra decisione di proseguire la lettura, o l'ascolto, se in audiovideo, di questo capitolo o no. Quindi vi consiglio di seguire quanto sto per dire con molta attenzione.

N.B.: In questa premessa mi riferisco soprattutto a crisi maggiori spontanee e non a crisi brevi parossistiche di qualche minuto scatenate dal movimento, sperando che nemmeno altri medici (ma a volte è capitato anche questo) e nessun paziente, siano disposti a scegliere, o proporre nel caso dei medici, per queste ultime, scelte più drastiche.

Ricordate cosa vi ho detto nel capitolo dedicato alla ricerca delle cause ?

La principale  **differenza tra disturbo e malattia**, almeno secondo il mio modo di spiegare questa differenza, è che **mentre una malattia** (ad esempio, il diabete, il cancro, una cardiopatia ecc.) **deve essere trattata indipendentemente dal fatto che procuri sintomi** o che sia avvertita dal paziente procurando disturbi, **un disturbo deve essere curato solo se effettivamente crea problemi** al paziente. In questo senso tutti i problemi dei quali ci occupiamo in questa sede, e che costituiscono da molti anni il mio lavoro quotidiano, sono disturbi e non malattie o sintomi di vera malattia.

Il vero problema nell'affrontare il tema delle vertigini acute ricorrenti è però che esistono, pur senza considerare quello di altri medici, dove ognuno può avere il suo, due punti di vista molto differenti:

- **Il punto di vista del paziente**
- **Il mio punto di vista come medico**

A rigor di logica verrebbe istintivo pensare che si debba considerare e condividere il punto di vista del paziente, ovvero quanto lui o lei giudica effettivamente grave e importante le sue vertigini recidivanti e quanto le considera in effetti disturbo o malattia. Ma, stavolta, sarebbe probabilmente un errore accettare il punto di vista del paziente, o almeno accettarlo passivamente, senza tentare di cambiarlo, e per quanto sia difficile spiegarne le ragioni, ci proverò.



A questo punto serve, però, una... premessa alla premessa.

Io non sono solo un medico che cura vertigini ma anche una persona che moltissimi anni fa ha avuto, in un periodo di enorme stress e problemi importanti nella mia vita, sia personali che professionali, ben cinque crisi spontanee relativamente importanti in un solo mese (Dicembre 2005) e, pur non facendo alcuna terapia, non ne ha più avuta una fino a ora (scrivo nel 2024), affrontandole senza alcuna preoccupazione e tornando pertanto, dopo massimo 15-20 minuti, a svolgere normalmente quel che stavo facendo prima. Che caso specifico, ironicamente, in occasione della prima di queste crisi, era proprio parlare di vertigini con il paziente che avevo davanti (nella mia clinica, all'epoca non facevo ancora certo videoconsulenze). In occasione della prima crisi, poi, fu proprio il paziente che, vedendomi sudare (era dicembre) e che mi ballavano gli occhi velocemente, mi *diagnosticò* che, evidentemente, avevo una crisi di vertigine in corso. :-).

Con grande stupore dello stesso paziente e degli altri in attesa, pur se in piena crisi, con evidente instabilità vera (che durante la crisi acuta si può avere), e corso a vomitare nel bagno più vicino, restai assolutamente calmo e sereno senza alcuna reazione di panico o preoccupazione, cosa per loro (i pazienti) impossibile. *"Sì... in effetti mi sta girando tutto! Ma è solo una crisi di vertigine. Nulla di grave. Facciamo così: vado, vomito e torno presto. Mi scusi per l'attesa!"*, dissi tranquillamente al paziente con cui stavo parlando in visita.

Questo per dire che conosco cosa si prova anche soggettivamente, e non solo da medico specialista, e questo rinforza la mia convinzione su quanto sto per dirvi circa il ruolo delle componenti psico-emotive nel determinare l'effettiva invalidità della singola crisi.

**La vera invalidità della vertigine sta, secondo me, nella reazione psicologica ed emotiva e non nell'evento o nel sintomo in sé.** E la componente psicologica ed emotiva, ansia, paura, panico e ignoranza su quali possano essere le cause sottostanti (ignoranza però facilmente superabile dopo aver letto il capitolo precedente propedeutico a questo) durante la crisi, e nei confronti di eventuali crisi future, sono la *vera malattia* del paziente, molto più che non l'idrope nel suo orecchio o le sue vertigini che sono, per me, disturbi e non malattia. E di questo ne sono sicuro!

- Più il paziente vive con paura la crisi acuta e più questa dura e si fa intensa e invalidante.
- Più il paziente affronta l'evento acuto in modo sereno e consapevole, soprattutto della sua non assoluta gravità o di cause sottostanti pericolose, e più questa diventa più leggera e controllabile e si accorcia nella sua durata.
- Più il paziente vive in attesa e con paura della recidiva e della prossima crisi e più aumentano le probabilità di averla, visto che lo stress agisce sull'idrope, per non parlare del condizionamento che ne può conseguire, con comportamenti evitanti o limitanti, quali rinuncia a viaggi o, a volte, nei casi limite, perfino a uscire di casa e, in generale, a vivere una vita normale.

Quindi ecco i due punti di vista discordanti, quello del paziente e il mio.

- **Per il paziente** con vertigini recidivanti il suo problema è soprattutto una malattia dell'orecchio (quando comprende che è l'orecchio, il che a volte avviene solo attraverso me e dopo aver conosciuto me o il mio sito) da curare e da prevenire e, se possibile, da *guarire*.
- **Per me, come medico** con sufficiente conoscenza dell'argomento da poter esprimere la mia opinione (l'autodefinizione di *esperto* la lascio ad altri a cui piace definirsi così), si tratta invece di un disturbo che ha valore solo quando effettivamente disturba, non più importante o invalidante (e a volte anche meno) rispetto a moltissimi piccoli problemi di salute che tutti conosciamo quali mal di testa, mal di denti, raffreddore, mal di pancia, e simili, che potrebbero essere perfino più frequenti, più intensi e più invalidanti, e considero il vero problema e la vera malattia, semmai, la situazione psico-emotiva e che quella andrebbe trattata non solo con terapie farmacologiche o psicoterapia, ma proprio insegnando al paziente o almeno provandoci il diverso modo di considerare il problema.

Il vero problema sta nella *frequenza con la quale si presentano le crisi* e non nel singolo episodio, destinato inevitabilmente a risolversi al peggio dopo qualche ora, e spesso in molto meno tempo, soprattutto in assenza di reazione di allarme e panico che, determinando peraltro scariche di ADH, agisce poi anche negativamente sull'idrope.

Questo comporta che il paziente vuole una cura per la sua malattia (o presunta tale) dell'orecchio, mentre io voglio curare il paziente, che peraltro è per me una *persona e non un orecchio con un corpo attorno e la sua testa*, perché limitarmi alla cura dell'orecchio, alla fine, non darebbe reale beneficio alla vita di quel paziente, a meno di non poter garantire in modo assoluto l'assenza di future recidive cosa non possibile, o almeno non possibile **per me**.

Avete capito bene, ***non possibile per me, e solo per me, e non in generale***. Altri specialisti possono guarirvi definitivamente, almeno per questo specifico problema, le vertigini recidivanti. Io no.

E questa è la ragione di questa necessaria e indispensabile premessa che riflette il mio diverso modo, sviluppatosi nel tempo progressivamente, di decidere cosa fare con quel paziente specifico.



Infatti è giusto che sappiate che, a differenza di altri disturbi di cui mi occupo, esiste, in realtà il modo di *guarire* il paziente dalle vertigini acute ricorrenti, eliminando definitivamente e in modo irreversibile l'informazione vestibolare proveniente da quel lato, mediante infiltrazione locale nell'orecchio ripetuta di un antibiotico, la **gentamicina**, capace di distruggere selettivamente i recettori vestibolari, anche se a dosi eccessive può danneggiare anche le cellule ciliate della coclea, e quindi procurare danni irreversibili sull'udito.

Da quel che leggo in giro (ma non posso garantire nulla al riguardo, non avendo alcuna esperienza diretta), oggi nella maggior parte dei casi si riesce di solito a non creare alcun problema all'udito e a non avere nemmeno instabilità prolungata da perdita brusca dell'informazione vestibolare da parte del labirinto trattato, grazie al miglioramento dei protocolli e a somministrazioni multiple.

In alternativa, ma questo richiede un intervento chirurgico, si può sezionare il nervo vestibolare (**neurectomia vestibolare**), impedendo definitivamente che l'orecchio *malato* possa mandare informazione alterata al cervello e quindi procurare ulteriori vertigini. Si tratta di un intervento neurochirurgico, ma fatto spesso da otorinolaringoiatri con specifica esperienza con interventi di otoneurochirurgia, e ce ne sono anche in Italia di ottimi chirurghi e centri per questo, relativamente sicuro e con pochi rischi o conseguenze, se fatto dalle mani giuste.

Ma questa possibilità di *guarigione definitiva* esiste, come detto **solo con altri medici e non con me**. E non per motivi scientifici, ma etici, morali. Consideratemi su questo argomento un *obiettore di coscienza*. Così come non considero il suicidio soluzione accettabile per i problemi della vita, non considero nemmeno come ipotesi alternativa distruggere un organo per curare il quale (e per insegnare a curarlo), e non certo per distruggerlo, mi batto da moltissimi anni, facendone uno degli obiettivi principali della *mia* vita. Con una sola eccezione che, pur riguardando un sintomo da idrope, non è vertigine: le cadute brusche senza preavviso e senza vertigine e senza alcuna perdita di coscienza o *crisi di Tumarkin*, evento piuttosto raro ma che può portare a traumi anche importanti e conseguenze anche gravi. Ma mai solo per vere vertigini ricorrenti!

E in tutto questo come si collocano di solito gli altri specialisti e che posizione prendono?

Quella del paziente, in tal caso, o meglio *quella che senza sapere la verità, e quindi condizionato, sceglie il paziente*. Non solo proponendo terapie distruttive (ma definitive, se fatte bene, anche se questa purtroppo non è nemmeno la regola con la gentamicina), ma perfino mettendoci il carico, spaventando il paziente, e alimentando ancora di più la sua ansia e paura verso le recidive e verso il futuro. Un futuro che in realtà non conosce nessuno. Non io. Non gli altri medici. E nemmeno il paziente. Ma che, valutandone molti di pazienti (e non certo solo me stesso!), prevede perfino la possibilità che non ce ne siano proprio più, o che passino comunque anni tra una crisi di qualche ora e la successiva.

Ovvero la maggior parte degli altri medici specialisti va esattamente in direzione opposta rispetto a quanto dico e propongo io.

Proviamo a riassumere, per capire dove sta il mio problema etico e morale, sul quale ho però già preso la mia decisione, solida e imm modificabile, da moltissimi anni.

- Il paziente vuole *guarire*, nel senso di avere una cura definitiva, e quello risolverebbe anche la sua paura verso possibili future recidive, almeno relativamente alle crisi di vertigine, sempre che poi non abbia comunque paura di ammalarsi anche dall'altro lato.
- Esiste, in effetti, un modo per avere una cura definitiva dalle vertigini e *guarire* (salvo eventuali problemi futuri dall'altro orecchio, visto che non può privare il cervello dell'informazione vestibolare di entrambi i lati o allora sì che quella persona diventerebbe un invalido in modo permanente e irreversibile).
- Ma io, invece di offrire questa possibilità o consigliarla, mi limito a curare la fase acuta, e lascio il paziente a rischio di recidiva (più possibile che impossibile statisticamente, forse) e di ulteriore futuro star occasionalmente e brevemente male, semmai lavorando sulla persona in ogni modo, per insegnare che...



1. Anche se capitasse un singolo episodio sporadico questo non costituirebbe davvero un problema.
2. Esiste il modo, con opportuni accorgimenti e consigli, di spegnere rapidamente quella crisi.
3. In caso di riacutizzazione con crisi multiple ravvicinate o a breve distanza, tale da costituire davvero un problema, con la terapia per idrope possiamo praticamente sempre spegnere quella fase acuta.
4. La vera soluzione, il vero *guarire* dalle vertigini, indipendentemente dal fatto che ne possano capitare altre in futuro o no, richiede un cambiamento del terreno predisponente, ovvero apprendere un vero ed efficace controllo delle reazioni psicoemotive, e della paura irrazionale verso il futuro, trasformandola semmai in preoccupazione proattiva e positiva, ovvero strategie di comportamento e reazione già programmate in caso di recidiva o nuova crisi.





Ora sapete! Spetta a voi, se questo è il vostro problema o uno dei vostri problemi per il quale cercate una cura, decidere quale strada intraprendere. O, se siete medici, quale consigliare al vostro paziente.

- Cambiare voi stessi, rendendovi comunque vincenti nei confronti di future recidive, che non possono davvero più battervi, perché sarete diventati più forti del disturbo stesso, il che però richiede spesso impegno, tempo e voglia di arrivarci e spesso perfino della psicoterapia, oppure...
- Scegliere la strada più facile, rapida e risolutiva (se fatta in modo corretto), creando volutamente un danno permanente e irreversibile nell'orecchio interno, con buone probabilità (non garantite comunque al 100% con la gentamicina, ma garantite con la neurectomia vestibolare) che quell'orecchio non procurerà mai più vertigini, distruggendo i recettori vestibolari.

Come avete ormai ben capito io ho un evidente pregiudizio, ma etico, non razionale o scientifico, alla base della mia scelta e del mio atteggiamento. Ma, alla fine, la decisione la dovete prendere voi. E io, salvo assoluto dovere di informazione trasparente, non posso scegliere per voi né cercare di convincervi, oltre un certo limite.

Ovviamente se non vi ho affatto convinti, volete una cura per crisi di vertigine recidivanti, o per la paura che vi tornino, e che non siano solo brevi vertigini parossistiche scatenate dal movimento, e già sapete che di sicuro sceglierete la strada rapida e definitiva, non ha senso prenotare una consulenza con me, sapendo già come la penso, a meno che non dobbiate comunque trattare altri disturbi cocleari di mia competenza.

Dopo questa lunga ma necessaria premessa, se ancora intendete seguirmi, andiamo avanti con l'argomento dal punto di vista più scientifico e tecnico.

Parleremo adesso di suddivisione delle vertigini ricorrenti o recidivanti dal punto di vista della loro frequenza di comparsa o ricorrenza, del meccanismo con il quale l'idrope può crearle e su quali recettori, e della mia personale classificazione delle vertigini in due tipi ben distinti, ma entrambi dovuti a idrope:

- Le **crisi spontanee maggiori** per durata
- Le **crisi parossistiche posizionali da movimento**, quelle che per tutti gli altri (ma ricordate cosa vi ho detto nel capitolo precedente sul fatto che la maggioranza non ha sempre ragione?) sono in realtà dovute a otoliti, o teoria della cupolitiasi, che io, con il mio solito sarcasmo, definisco da tempo (e non senza motivi che vi spiegherò accuratamente), la "*leggenda del sassolino vagabondo*".

## **Crisi di vertigini acute a *grappolo* e crisi ricorrenti sporadiche**

Per parlare di crisi di *vertigini ricorrenti o recidivanti* devono essercene ovviamente almeno due, ma le due crisi possono essere nello spazio di un'intera vita, e non è importante, ai fini della definizione di crisi ricorrenti, che siano magari a distanza di 30 anni l'una dall'altra o in due giorni consecutivi.

In alcuni casi le crisi si presentano *a grappolo*, con attacchi di vertigine acuti ravvicinati, magari anche tutti i giorni o con più crisi nella stessa giornata, ma con una pausa nella sensazione vera e propria di vertigine acuta (ovvero la stanza o il soggetto smettono di girare seppur per breve tempo), nonostante possa persistere disequilibrio o malessere generale e ansia o panico tra una crisi e l'altra, e spesso con lunghi intervalli di mesi o anni tra un gruppo di crisi (fase acuta) e il successivo, non di rado con remissione spontanea della fase acuta, senza nemmeno fare terapia.

Spesso il "*grappolo*" è dovuto proprio allo stress che la crisi stessa comporta e una crisi, insieme alla frequente reazione di panico che la accompagna, predispone all'altra.

Erroneamente il paziente spesso riferisce crisi che durano diverse giornate, ma in realtà, se si indaga bene, si tratta quasi sempre di numerose crisi ravvicinate con intervallo, e non di una crisi unica, nonostante il paziente spesso non si riprenda completamente nell'intervallo tra due singoli attacchi acuti veri e propri, tanto da identificarle come un'unica crisi prolungata o, più semplicemente, resti a letto più a lungo di quanto davvero necessario, per paura.

Ma ci sono anche pazienti che hanno crisi singole e isolate per quanto intense, assolutamente sporadiche, a volte separate l'una dall'altra anche da molti anni.

Ai fini della reale necessità di terapia **quel che bisogna considerare non è tanto l'intensità della singola crisi quanto la frequenza con la quale compaiono**, tenendo ben separato quel che è **vertigine** da quel che è **paura di future vertigini**. Un paziente che ha crisi magari una volta all'anno, per quanto intense, non ha bisogno di alcuna terapia, ma semmai solo di sapere come spegnerla in caso si ripresentasse. Non ha alcun senso fare terapia preventiva a vita. Ma chi ha magari cinque minuti o meno di crisi più leggere quasi tutti i giorni è a tutti gli effetti da mettere in terapia, in quanto la sua situazione è molto più invalidante ai fini della programmazione della propria vita o dello stress che non quella del caso precedente.

Bisogna anche tener conto dello stato attuale. Non si fa terapia preventiva solo perché il paziente ha avuto diverse crisi ma lontane nel tempo rispetto a oggi, perché scopo della terapia è spegnere la fase acuta, non la prevenzione di futuri eventuali e imprevedibili episodi a distanza di tempo. Se il vero problema è la *paura della vertigine* e se è questa a limitare la vita del paziente serve supporto psicologico, mio o, se non sufficiente, di uno psicologo, non cura per vertigini che al momento non ci sono. Ricordando che comunque non possiamo ottenere la *guarigione*, ovvero la certezza che mai ci saranno crisi in futuro, ma possiamo spegnere rapidamente ogni fase acuta, ovvero la ripresa di crisi di vertigine non limitata a un singolo episodio occasionale.



## Come si genera il singolo attacco di vertigine acuta ?

La singola crisi di vertigini deriva verosimilmente dalla stimolazione creata dal brusco aumento di volume dell'endolinfa (liquido) nel settore vestibolare (labirinto posteriore) dell'orecchio interno, che va a piegare la cupola (il recettore) nell'ampolla dei canali semicircolari. Creandosi un improvviso squilibrio e un'asimmetria tra i segnali provenienti dai due lati (esattamente come in condizioni fisiologiche, quando muoviamo la testa), il cervello risponde, come fisiologicamente deve fare, con il *nistagmo*, ovvero con un lento movimento degli occhi, seguito da una scossa di recupero rapida che riporta l'occhio in posizione centrale. La successione rapida di questi movimenti dell'occhio comporta la percezione di rotazione dell'ambiente circostante a occhi aperti. Ma anche il cervello viene informato e *quel che il cervello percepisce è la vera vertigine*. La percezione cosciente di rotazione e la vertigine si hanno, in effetti, anche a occhi chiusi, il che anzi può aggravarla, mentre fissare un punto a occhi aperti la può ridurre.

La crisi di vertigini acuta si accompagna di solito a **fenomeni neurovegetativi** più o meno intensi, quali *pallore, tachicardia, sudorazione, nausea, vomito*, che possono essere però di grado molto variabile, e che non sono comunque prodotti direttamente dall'orecchio, ma dal cervello, in conseguenza di quel che sta succedendo nell'orecchio.

La vertigine *soggettiva* acuta è di solito espressione di una stimolazione meno intensa rispetto alla crisi *oggettiva*, quando è l'ambiente che sembra muoversi, ma non ha una causa o una sede di produzione differente. È comunque l'orecchio interno e comunque l'idrope.

## **Modalità di presentazione delle crisi di vertigini.**

### **Crisi maggiori e crisi brevi da movimento.**

Esistono due varietà principali di vertigine acuta, che possono ovviamente entrambe verificarsi, o essere occorse in passato, nello specifico paziente.

- Le **crisi di vertigini spontanee**, che definisco anche **crisi "maggiori"**, non scatenate da alcun movimento specifico, ma a insorgenza spontanea e generalmente della durata più lunga, a volte anche di molte ore, che spesso possono essere però episodi isolati e sporadici.
- Le **crisi di vertigini parossistiche "posizionali" scatenate dal movimento** della testa o da un cambiamento di posizione, spesso sempre lo stesso movimento specifico, almeno in quella fase di riacutizzazione, più frequenti a letto nel girarsi da un lato, o al momento di coricarsi, ma anche per altri movimenti, generalmente di breve durata, ma che possono comunque essere intense e spesso "a grappolo", nel senso spiegato prima.

Entrambi i tipi di attacchi acuti di solito possono essere accompagnati da fenomeni neurovegetativi (nausea, vomito, pallore, sudorazione, variazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa ecc...), ma questi sono generalmente più importanti nelle crisi spontanee maggiori di più lunga durata.

Tradizionalmente questi due tipi di vertigine sono tenuti completamente distinti.

Le **crisi di vertigini spontanee maggiori** e più prolungate vengono etichettate come **Malattia di Meniere**, se ci sono tutti i sintomi, o spesso restano senza diagnosi se al di fuori di un quadro classico di sindrome di Meniere con tutti i sintomi, o inventandosi la definizione di *Meniere vestibolare* o *sindrome menieriforme*, che non vuol dire assolutamente nulla.

Le **brevi crisi posizionali scatenate dal movimento**, sono invece *da tutti* (eccetto me!) attribuite a spostamento di **otoliti** nel labirinto posteriore (*teoria della cupololitiasi*).

In realtà si tratta di **due possibili diverse manifestazioni di crisi di vertigini acute recidivanti da idrope** e spesso, come detto, entrambe le modalità compaiono nello stesso paziente in periodi differenti e probabilmente anche in contemporanea, se pensiamo che, sebbene la vertigine *maggiore* sia spontanea e non scatenata da uno specifico movimento, i movimenti della testa *durante* la crisi la possono accentuare, o riacutizzare quando apparentemente stava terminando.

## 1 - Le crisi di vertigini di lunga durata spontanee

Nelle crisi maggiori di lunga durata a esordio spontaneo, non innescate da particolari movimenti stimolanti, tipicamente la vertigine e i fenomeni neurovegetativi si riducono con determinate posizioni del corpo (della testa) o degli occhi e al contrario si aggravano con altre. Nonostante quel che fanno molti pazienti istintivamente, il malessere si attenua con gli occhi aperti e fissando un punto preciso e si accentua con gli occhi chiusi. La durata e l'intensità della vertigine e dei fenomeni neurovegetativi associati sono strettamente condizionate, come già spiegato, anche dalla reazione di panico maggiore o minore del paziente.

Non sono mai pericolose, purché non si cerchi di camminare o guidare con la vertigine in atto. Contemporaneamente infatti esiste anche uno squilibrio del tono muscolare, risposta del cervello alla errata informazione proveniente dal labirinto, e vera instabilità da brusca asimmetria dell'informazione vestibolare, che può perfino determinare cadute. Quindi in presenza di un attacco acuto, quasi sempre preannunciato e *in crescendo*, anche se spesso in tempi piuttosto rapidi, bisogna comunque sedersi, o meglio ancora sdraiarsi, assumendo una determinata posizione del corpo, della testa e dello sguardo e cercare di limitare i movimenti della testa, finché perdura la vertigine.

Da molti anni ho personalmente ideato (imparando anche dai pazienti stessi che, se ascoltati, sono spesso fonte preziosa) dei **metodi di controllo e risoluzione rapida** della vertigine acuta, che vengono forniti a ogni paziente insieme alla terapia.



La durata della crisi non trattata può essere molto variabile, a volte anche di diverse ore, che possono però ridursi anche a 10-15 minuti o meno, con determinati accorgimenti, e soprattutto controllando il panico. La durata della vertigine comunque ha minor valore diagnostico. Quel che conta per definire queste crisi *maggiori* è la spontaneità, ovvero il fatto che non siano scatenate, al loro esordio, da un movimento specifico della testa.

Possono spesso associarsi ad altri sintomi cocleari quali ipoacusia, acufene, fullness, che possono aggravarsi o comparire prima, durante o dopo la crisi o paradossalmente risolversi o ridursi nettamente con la comparsa dell'attacco di vertigine se presenti prima della crisi (*fenomeno di Lermoyez*, che non è una *malattia differente*).

Ma l'associazione di sintomi cocleari, peraltro non sempre presenti, non è assolutamente condizione necessaria per diagnosticare quella recidiva di vertigine come da orecchio e da idrope poiché, come detto, tutte le vertigini sono comunque da orecchio, e tutte quelle recidivanti sono comunque sempre da idrope.

Queste sono le vertigini considerate (dagli altri, e non da me, che non do alcun valore alla definizione di Meniere ma considero comunque i sintomi uno a uno individualmente) "*tipiche*" della **malattia di Meniere** o meglio **sindrome di Meniere**. Anche se, ormai, vedo sempre più, come già detto nel capitolo precedente, un fiorire continuo di diagnosi alternative e nuove sindromi varie, per ogni piccola variazione rispetto al quadro classico da manuale.

Che terapia propongo per queste crisi recidivanti o ricorrenti di vertigine spontanee maggiori, sempre ovviamente che non si debba proporre comunque terapia per idrope per altri sintomi o disturbi?

- **Nessuna**, se si tratta di episodio isolato, lontano dalla crisi precedente di molti mesi o anni e già risolto, a parte possibile sequela, per qualche giorno appena, con stordimento e disequilibrio.
- La **gestione della crisi vertiginosa acuta**, se il paziente mi contatta con crisi in atto. Ma nemmeno ce ne è bisogno visto che tutti i miei pazienti, persino quelli che non hanno mai avuto vertigini, ricevono già le istruzioni su cosa fare.
- **Terapia per idrope**, se si tratta di episodi frequenti o se ci sono state almeno due crisi importanti e ravvicinate nell'ultimo mese.
- **Attesa per vedere l'evoluzione**, se ci sono state solo due crisi importanti negli ultimi tre mesi.
- **Terapia con acqua e neurofarmaci o se necessario invio a psichiatra e/o psicoterapia** se, nonostante l'assenza di vere crisi frequenti che giustifichino la terapia, i fattori psichici ed emotivi e la paura delle recidive fanno comunque *vivere male* quel paziente aumentando spesso, peraltro, il rischio effettivo di recidive.

E sempre, ovviamente, con opportune spiegazioni e tranquillizzando il paziente sull'assoluta benignità delle vertigini e sulla possibilità di trattamento efficace, se dovessero diventare frequenti, e con il consiglio comunque di bere tanta acqua, visto che bere poco può favorire idrope e recidive.

Ricordando, comunque, che il futuro non lo conosce nessuno e che io, dopo aver avuto cinque crisi in un mese nel dicembre 2005, solo per citare un caso certo, non ho mai più avuto una crisi finora (e quando scrivo sono già passati 19 anni!), il che non esclude, non essendo *guarito*, che potrei averne una domani, senza che la cosa mi preoccupi minimamente.

Su queste crisi spontanee maggiori non c'è molto altro da dire, mentre ora mi dilungherò necessariamente un po' di più, vista la mia visione decisamente eterodossa sul tema, sulle brevi (parossistiche) crisi scatenate dal movimento, o cosiddetta *vertigine posizionale parossistica benigna*.

## 2 - Le crisi di vertigini brevi scatenate dal movimento

Oltre alle crisi maggiori e spontanee di vertigine come quelle ora descritte, esistono crisi di durata molto minore (minuti o meno di un minuto), tipicamente scatenate da particolari movimenti e spesso solo da un determinato movimento specifico. Questo tipo di crisi viene definito **vertigine posizionale parossistica benigna o VPPB**. Il meccanismo sottostante viene tradizionalmente, ma erroneamente, attribuito alla dispersione di **otoliti** (le concrezioni minerali presenti nelle macule del sacculo e dell'utricolo, definiti spesso "*sassolini dell'orecchio*" dai pazienti) che entrando in uno dei tre canali semicircolari stimolerebbero in modo anomalo il recettore (cupola) di quel canale procurando la vertigine (teoria della **cupolitiassi** o *canalolitiassi* di Schuknecht).

Già la definizione è poco corretta. Dovrebbe semmai essere definita *da posizionamento* visto che non è la posizione a crearla, ma lo spostare il capo in una determinata posizione, e l'impiego del termine "*benigna*" è davvero poco comprensibile, non esistendo certo forme *maligne* di vertigine.

Ma, soprattutto, quel che non è corretto è il meccanismo al quale vengono praticamente da tutti attribuite, visto che in realtà anche le crisi di vertigini parossistiche da movimento sono da idrope e la *legenda del "sassolino vagabondo"* è solo qualcosa che viene tramandato dagli anni '60, senza che nessuno si sia davvero mai preso la briga di verificare e confermare questa ipotesi.



## Approfondimenti

# Otoliti e vertigini: la leggenda del sassolino vagabondo

Uno dei miei articoli più vecchi e più famosi, dove vi racconto come sono arrivato (da almeno 20 anni) alla conclusione che tutte le vertigini posizionali siano da idrope, come tutte le vertigini ricorrenti, e non da otoliti.



La teoria della **cupololitiasi** fu ideata nel 1969 da Harold Schuknecht (uno di quelli che contavano all'epoca), il quale ipotizzò che le vertigini posizionali fossero dovute al distacco di concrezioni minerali (**otoliti**) della macula dell'**utricolo** o del **sacculo** (recettori vestibolari per i movimenti lineari e per la posizione statica) e alla loro migrazione verso la cupola dei **canali semicircolari** (recettori per i movimenti angolari). Quest'ipotesi, tramandata per anni, non è però mai stata veramente confermata. I lavori successivi hanno dato per scontato che, siccome lo sosteneva Schuknecht, doveva essere così di sicuro e si sono concentrati sulla terapia e non più sulle cause.

Questa è la parte più importante del mio articolo pubblicato anni fa sul blog idrope News.  
Lo avete online ma vi metto il resto anche qui nelle prossime pagine.

Studiando sistematicamente con moltissimi esami sin dal 1998 tutto il labirinto, incluso il settore uditivo, ho potuto riscontrare che tutti i pazienti con vertigine posizionale parossistica benigna avevano anche idrope, documentabile con gli esami opportuni, e costantemente qualche alterazione verificabile anche nel settore cocleare, e che spesso i pazienti, se interrogati esplicitamente, riferivano anche altri sintomi cocleari (acufeni, problemi di udito o fullness) e altri tipi di crisi spontanee di maggior durata più simili a quelle menieriche, ma magari solo nel passato, o disequilibrio soggettivo. E i pazienti con Meniere tipica, pur dandogli meno peso, avevano quasi sempre, o avevano avuto in passato, anche brevi crisi posizionali.

E tutto questo andava contro la teoria che a causare il problema fossero gli otoliti, a meno che tutti i pazienti non avessero, per pura *"sfiga"*, anche l'idrope. Inoltre altre cose non tornavano, essendo ormai accertato che esiste un ricambio degli otoliti che non sono sempre gli stessi e che questi sono contenuti in una matrice gelatinosa, per cui è impossibile che una manovra come quella *"liberatoria"* di Semont li possa riportare nella giusta sede. Se funziona, e spesso comunque funziona, anche se a volte al contrario fa pure peggio (motivo per cui io non la ho mai proposta) è perché smuove liquidi, forse, o non so cosa faccia, ma di sicuro non riposiziona gli otoliti.

Già nel lontano 2000 scrissi timidamente su internet *"Meniere e VPPB, due varianti della stessa malattia?"*. Ma mi sembrava strano che solo io ci fossi arrivato, quando tutto il mondo era d'accordo sul fatto che si trattasse di due cose ben distinte, una da idrope e una da otoliti vaganti. Eppure tutto spingeva verso il mio modo di vedere le cose.

Quando poi ho deciso di esaminare tutto quanto fosse stato scritto per 30 anni e più sulla materia, avendo visto come valesse l'*"ipse dixit"* (lo ha detto lui) più che il ragionamento, ho capito perché! Dopo i primi lavori di Schuknecht, quasi tutti gli altri a seguire hanno solo dato per scontato che fosse così senza nemmeno porsi il problema di verificare! Semmai, gli unici tentativi di verifica sostenevano proprio il contrario.

Allora, anche se uno contro tutti, ho capito che avevo ragione io! Io avevo studiato davvero i pazienti giungendo a una conclusione, i *"tutti"*, gli altri specialisti, no!



A conferma di quanto sopra, per dimostrarvi quanto sia frequente l'associazione di vertigine posizionale parossistica con altri tipi di vertigine o sintomi cocleari che non possono certamente derivare dagli otoliti, ecco un sondaggio dedicato ai pazienti con questi problemi specifici.

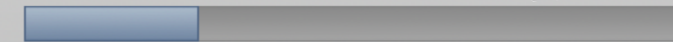
È stato lasciato aperto per anni con oltre 4000 risposte (che non significa 4000 pazienti visto che molti potrebbero avere più di un disturbo) e non si rivolgeva ai miei pazienti, ma proprio ai visitatori del sito.

Quanti sono quelli che riferiscono **solo** vertigini posizionali (e magari potrebbero comunque avere altro nel corso della vita in seguito)? Meno del **3,7%!!!** (delle risposte, magari potrebbero essere il 5-10% dei pazienti, comunque pochissimi).

**Quali di questi disturbi avete o avete avuto oltre alle brevi crisi di vertigine stimulate dal movimento?**

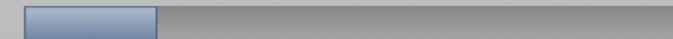
**Disequilibrio soggettivo (sensazione, anche se non costante di sbandamento, di stare "in barca" o camminare su un terreno instabile)**

**26.73% (1,088 voti)**



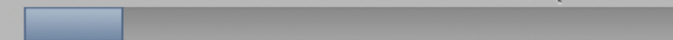
**Acufene (fischio, fruscio, ronzio, rombo, sibilo ecc) anche se non costante**

**20.51% (835 voti)**



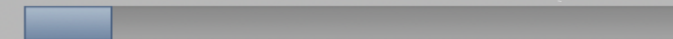
**Fullness (sensazione di orecchio chiuso o bloccato o di pressione nell'orecchio)**

**15.18% (618 voti)**



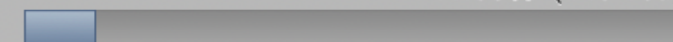
**Crisi di vertigine maggiori di lunga durata non direttamente correlate al cambiamento di posizione (anche se solo una e molto tempo fa)**

**13.51% (550 voti)**



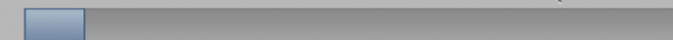
**Iperacusia (fastidio per i rumori)**

**11.03% (449 voti)**



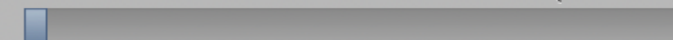
**Riduzione dell'udito o alterazione qualitativa dell'udito (anche se non confermata da esame audiometrico)**

**9.38% (382 voti)**



**Non ho mai avuto nessuno di questi. Solo le vertigini posizionali.**

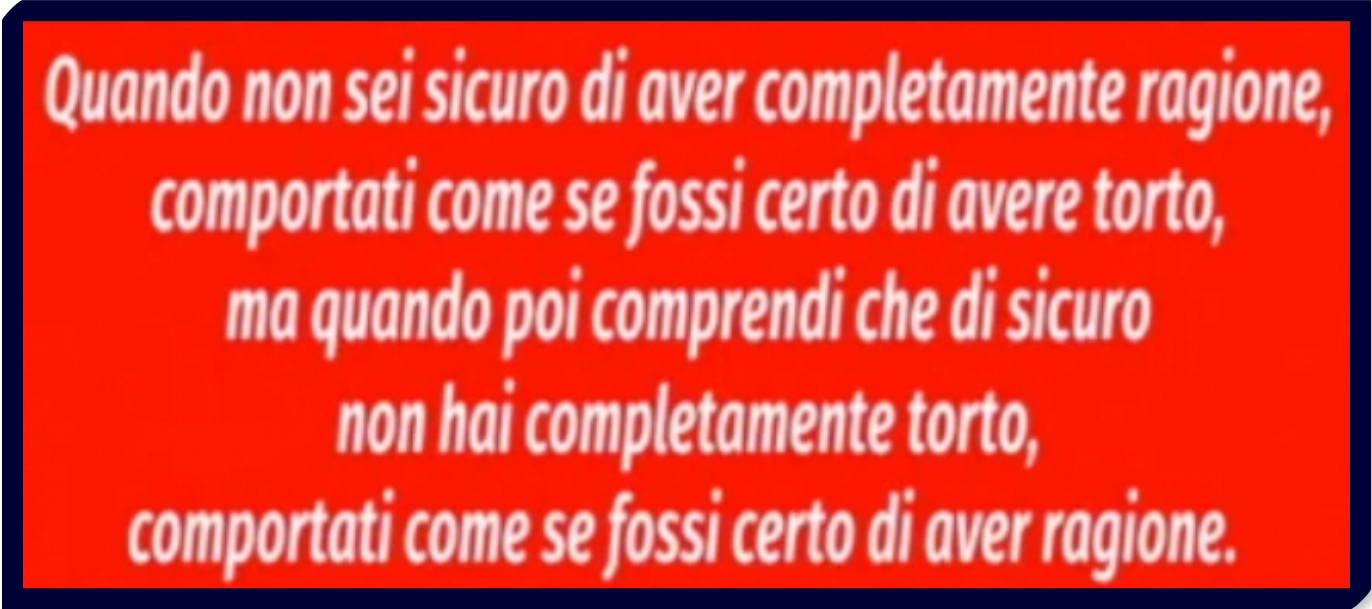
**3.66% (149 voti)**



E visto che, come sempre, non mi arriveranno critiche, me le faccio da solo.

*"Ma... tutto quel che hai raccontato in quell'articolo non prova con certezza che davvero anche le vertigini posizionali parossistiche siano da idrope, né esclude con certezza che non siano da otoliti. Semplicemente apre un legittimo dubbio su un'ipotesi accettata da tutti, ma priva di valide conferme scientifiche."*

Rispondo (alla mia giusta autocritica) con una delle mie più frequenti affermazioni filosofiche.



Quando non sei sicuro di aver completamente ragione,  
comportati come se fossi certo di avere torto,  
ma quando poi comprendi che di sicuro  
non hai completamente torto,  
comportati come se fossi certo di aver ragione.

E ora, ovviamente, vi spiegherò come si applica questa mia complessa proposizione ai miei dubbi sulle vere cause delle vertigini posizionali parossistiche da movimento, con un semplice ragionamento logico.



*Come trattano gli altri medici questo tipo di vertigine, basandosi sulla teoria della cupolitiiasi e della vertigine da otoliti?*

- Con le **manovre liberatorie**, che io a priori escludo come opzione (pur lasciando libera scelta al paziente se andare a farsele fare da altri) e che non ho mai condiviso, per i motivi che vi spiegherò tra poco.
- Oppure con la **ginnastica vestibolare**, ovvero esercizi che il paziente fa da solo a domicilio, procurandosi volontariamente brevi vertigini con specifici movimenti di provocazione

*Che tipo di pazienti con vertigini parossistiche posizionali da movimento posso avere tra quelli che si rivolgono a me?*

1. Pazienti, è questa è per me, nella mia esperienza professionale diretta, la regola e non l'eccezione, che hanno comunque **altri disturbi certamente o potenzialmente da idrope da trattare**. In questo caso è ovvio, anche se io mi stessi sbagliando sulla causa delle sue vertigini parossistiche posizionali da movimento, che il paziente non può avere solo un problema di cupololitiiasi o otoliti, che mai potrebbero dare altri sintomi quali vertigini spontanea maggiori, disequilibrio soggettivo, acufeni, fullness, ipoacusia ecc. Anche se poi, con la solita fantasia non condivisibile, alcuni medici arrivano a sostenere anche questo, o forse solo a fregarsene degli altri disturbi del paziente, visto che non li sanno curare! Questo paziente ha comunque bisogno di fare terapia per idrope, ovviamente.
2. Oppure **pazienti che hanno solo ed esclusivamente da trattare le crisi posizionali** (che come abbiamo visto è molto raro comunque e la mia esperienza lo conferma, o forse quel tipo di paziente non cerca me e va da altri). In questo gruppo possiamo distinguere due sottogruppi.

- Paziente, ed è più l'eccezione che la regola nella mia specifica esperienza personale, che è **in grado di effettuare senza problemi gli esercizi di ginnastica vestibolare** da solo a casa, non avendo reazione psicoemotiva eccessiva, e con sufficiente *coraggio*. Questo paziente oltre alla ginnastica e ai farmaci antichinetosi (dimenidrinato, che è un farmaco da banco che si acquista perfino senza ricetta medica) per prevenire nausea e vomito, ha solo bisogno di bere tre litri d'acqua al giorno, almeno durante il periodo di fase acuta, il che anche ammettendo che io mi sia sbagliato e che l'idrope non c'entri nulla ma che siano davvero gli otoliti, non mi pare un sacrificio impossibile.
- Paziente che invece senza un aiuto **non è in grado di effettuare correttamente e senza panico e paura gli esercizi**. Questo paziente ha bisogno oltre a ginnastica vestibolare e farmaci antichinetosi, di fare contemporaneamente, o in via preliminare, terapia con neurofarmaci e acqua, con una indicazione ulteriore in questo caso perché rende più efficace e rapida l'azione dei neurofarmaci, anche se stessi sbagliando e l'idrope non c'entrasse nulla. Ma, come vedremo nel capitolo dedicato alla terapia e come dovrete aver già in parte compreso, conoscendo il ruolo di stress e ADH nella sezione Le Basi, acqua e neurofarmaci sono comunque la base essenziale della terapia per idrope.

Quindi dal punto di vista pratico, anche se avessi sbagliato tutto io e avessero ragione tutti gli altri medici che, senza porsi alcun dubbio, sposano la "*leggenda del sassolino vagabondo*", visto che alla fine quel che prescrivo come terapia tiene conto del paziente come persona, gestendo anche la sua eventuale reazione psicologica ed emotiva, che potrebbe essere di ostacolo alla stessa terapia, in questo caso alla ginnastica vestibolare, e visto che comunque non propongo certo di fare una terapia completa per idrope con dieta, cortisone o fleboclisi (capirete poi parlando di terapia) a un paziente che ha davvero come unico sintomo solo le vertigini parossistiche posizionali scatenate dal movimento, e visti i risultati che ottengo, ***avrei ragione perfino se avessi torto!***

## Le manovre liberatorie

Nonostante sia un argomento di terapia ve ne parlo qui, vista la stretta correlazione con le vertigini posizionali ed essendo questa la terapia più diffusa per trattarle.



Mai, nella mia intera carriera professionale, ho effettuato o proposto le cosiddette **manovre liberatorie** (*manovra di Semont* e affini) per rispetto a una delle prime regole della Medicina che pochi, soprattutto nel mio settore, rispettano, ovvero *prima di tutto, non far danni, e non peggiorare la situazione del paziente.*

Nonostante possano dare benefici, seppur transitori, in oltre l'80% dei casi, e non so come, forse agendo sui liquidi (non lo so!), ma non certo riportando gli otoliti all'interno della matrice gelatinosa dalla quale si *sarebbero* distaccati, **in numerosi altri casi, le brusche manovre "liberatorie" fanno star peggio!**

Possono infatti creare una crisi di vertigini acuta molto maggiore di quelle per le quali il paziente si è rivolto al medico, con conseguente reazione di panico e netto aumento della *dinamofobia* (paura del movimento), che è spesso frequente in questi pazienti, riconoscibili già dal modo come si muovono, controllato e *protetto* e scatti brevi più che con ampi movimenti continui, che mi ricorda il robot umanoide del primo Star Wars, se avete presente, e che spesso mettono in atto accorgimenti per non girarsi nel letto durante il sonno. Inoltre le manovre liberatorie possono scatenare un disequilibrio soggettivo non presente prima o aggravarlo.

E se anche esistesse il rischio di tutto questo su un solo paziente ogni cento, per me questo sarebbe comunque un vincolo a non proporla mai come terapia.

# Disequilibrio soggettivo

**Percezione soggettiva di movimento del proprio corpo non corrispondente a vera perdita di equilibrio.** Dal punto di vista pratico lo possiamo definire come uno stato di vertigine soggettiva con sensazione più o meno continua, ma non reale, di difficoltà a mantenere l'equilibrio, simile a quel che si prova stando in piedi, fermi o in movimento, su una superficie instabile o in barca.

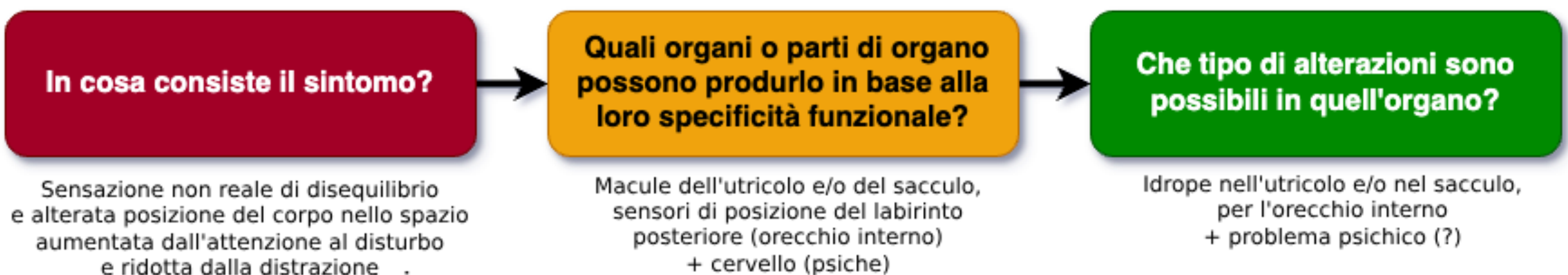
Origina sempre da un'errata informazione da parte dell'orecchio interno, e non è affatto una *vertigine psicogena*, ma la percezione cosciente del disturbo e il fastidio effettivo dipendono in gran parte anche da fattori psichici, ansia e attenzione.



## Se non sanno cos'è, come possono curarlo?

Paradossalmente, il più difficile sintomo da capire e trattare per altri specialisti è il più facile da gestire per me, e quello per il quale in assoluto ho più risultati con la terapia. E non esistono altre terapie in questo caso. A meno che qualcuno non voglia distruggere l'orecchio o tagliare il nervo vestibolare anche per questo.

È uno dei disturbi da idrope, e sempre da idrope, più facili da capire e da trattare e anche piuttosto frequente, ma nel quale sembra che quasi tutti i medici si perdano completamente. Avrei voluto, anche qui, ripetere che *si perdono nel "labirinto"* (orecchio interno), ma in questo caso la verità è che... manco ci arrivano, di solito, al labirinto, non comprendendo che si tratta sempre dell'**espressione di uno stimolo anomalo generato da specifici recettori vestibolari nell'orecchio interno**, sebbene amplificata da fattori psichici e di attenzione. E perfino verificabile con esami diagnostici, volendo. E questo nonostante sia un disturbo estremamente semplice da capire conoscendo la fisiologia dell'apparato vestibolare e seguendo il solito ragionamento diagnostico.

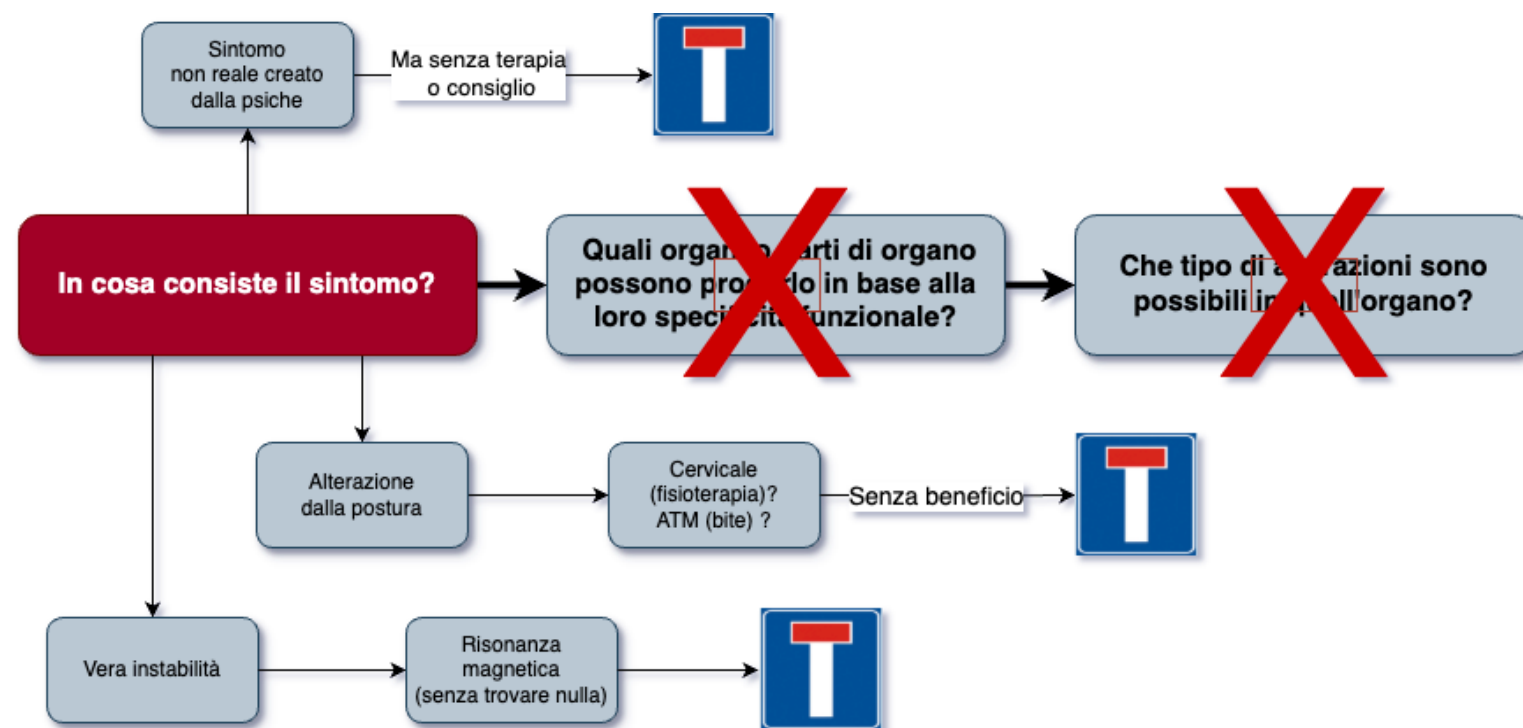


Ma se perfino gli specialisti spesso non conoscono proprio l'esistenza di questo disturbo, (salvo poi, come vedremo alla fine, aver recentemente inventato l'ennesima *nuova malattia*, definita *PPPD* o *Dizziness Posturale Percettiva Persistente*) o non sanno capire cosa davvero sia, come possono curarlo?

A parziale giustificazione (che non lo è!), però, bisogna riconoscere che questo sintomo o disturbo richiede, per la sua identificazione, quindi per capire davvero in cosa consiste il sintomo, una *valutazione particolarmente attenta da parte del medico*. Ma questo è comunque il dovere di ogni medico, di fronte a ogni paziente, per qualunque disturbo o sintomo!

- Esiste sempre, infatti, anche un'importante **compartecipazione psichica**, senza la quale il disturbo quasi non sarebbe avvertito o sarebbe certamente meno fastidioso, pur non essendo assolutamente una *vertigine psicogena*, termine da riservare solo a qualcosa realmente generato e creato dalla psiche e quindi non corrispondente a reale alterazione di altri organi.
- Il disequilibrio soggettivo in sé, ovvero l'effettiva sensazione di movimento si associa, inoltre, quasi sempre anche a quel disturbo, anche per me difficile da definire, che chiamo *stordimento* o *confusione mentale*, di difficile interpretazione, e che di sicuro confonde i medici meno attenti a capire la fondamentale differenza tra i due disturbi, se associati.
- E a complicare ancora un po' le cose ci può essere anche un certo grado di *reale minima instabilità oggettiva apparente* o *minima alterazione della postura*, ma solo create da movimenti o variazioni posturali, messi in atto più o meno coscientemente o automaticamente dal cervello del paziente stesso, ingannato dall'informazione errata circa l'effettiva posizione del suo corpo rispetto allo spazio circostante.

Magari come primo passo basterebbe credere al paziente e cercarla davvero una causa, ragionandoci sopra e, semmai, eseguendo esami specifici, se proprio non si vuole credere a quanto spiego io, invece di pensare (cosa indubbiamente resa più facile dal frequente stato psicologico *particolare*) che il paziente sia solo *pazzo* e che si stia inventando i suoi disturbi, che è la *diagnosi* più frequente, quando non si tira in ballo qualche malattia neurologica inesistente, smentita poi dalla normalità della risonanza magnetica, o la cervicale o l'articolazione temporo-mandibolare, che mai potrebbero dare questo sintomo.



In pratica come abbiamo già visto parlando degli acufeni e delle vertigini, ma ancor di più per questo specifico disturbo, esiste un limite (perfettamente superabile, volendo, però) già nella prima fase del ragionamento diagnostico (*In cosa consiste il sintomo?*), per cui si creano spesso *percorsi diagnostici alternativi errati* che non possono che giungere a binari morti, a strade senza uscita, o a terapie che non ovviamente non possono portare alcun reale beneficio. Con consiglio finale, ovviamente, dopo iter più o meno lungo, di *tenersi il disturbo e imparare a conviverci*.

## In cosa consiste il sintomo ?

Esistono dei parametri diagnostici e caratteristiche ben evidenti che permettono di identificare la reale natura del sintomo e la sua origine e che, peraltro, corrispondono ad alterazioni specifiche nell'orecchio interno e nella funzione vestibolare perfino documentabili e oggettive, volendole cercare e verificare.

N.B.: Avendo sofferto anche io di questo disturbo per circa tre mesi, anche se in modo molto variabile e discontinuo, nel 2006, contemporaneamente a una fastidiosissima chinetosi (mal d'auto), nella fase immediatamente successiva alle mie cinque crisi acute di vertigine, conosco bene il sintomo e cosa si prova anche come paziente, oltre che come medico. E, in questo caso, ringrazio il mio *star male* che mi ha aiutato molto a confermare quel che già comunque avevo capito da tempo su questo disturbo e quali parametri e caratteristiche erano importanti per identificarlo.

Il paziente con disequilibrio soggettivo **non ha reali problemi di equilibrio** e, se non ha altri limiti, *può perfino stare su una gamba sola senza cadere e senza alcuno sbandamento*, ma ha una più o meno costante spiacevolissima **sensazione soggettiva di non essere in equilibrio o di faticare molto a mantenerlo** e una sensazione di perdita di controllo del proprio corpo. Ciò rende il suo stato di malessere *tutto suo* e, se non si comprende il sintomo e cosa lo causi, è molto facile che venga preso da familiari e medici per "*malato immaginario*", il che non fa altro che aumentare la sua frustrazione e rabbia.



**La vera e propria perdita di equilibrio**, instabilità vera con impossibilità a mantenersi in coretto equilibrio stando in piedi o camminando, ben più rara nella pratica clinica quotidiana di quanto non si creda, al di fuori di un attacco acuto di vertigine, **è tutt'altra cosa**, e quella sì che potrebbe anche non dipendere dall'orecchio ma dal nervo vestibolare o da una alterazione neurologica, e richiedere una eventuale **risonanza magnetica, mai necessaria** invece **per il disequilibrio soggettivo**.

Anche le vere alterazioni della *postura*, intendendo per postura la posizione assunta dal paziente in condizioni di presunto equilibrio, quando sembra che il paziente sia *sbilanciato* verso un lato, sono espressione o di perdita permanente e irreversibile, incompatibile con la tipica fluttuazione e variabilità della sensazione di disequilibrio, almeno fino a che non subentra un compenso vestibolare centrale, quando il cervello, non ricevendo più informazioni da un lato, inizia ad affidarsi solo a quelle provenienti dal lato sano, oppure di alterazioni dell'output, la risposta che il cervello mette in atto.

Nel caso del disequilibrio soggettivo, invece, **il paziente si sente instabile, ma in realtà non ha nessun reale sbandamento e nessuna vera alterazione della postura**, se non (e minimi comunque) in conseguenza di errati tentativi di correzione messi in atto, inconsciamente o coscientemente, a causa dell'inganno proveniente dall'informazione vestibolare errata, come sarebbe facilmente verificabile, volendo, con specifici esami.

A riprova che **il disturbo è reale e non solo immaginato** e del ruolo dell'**idrope**, ma anche della **complicità cerebrale** nella percezione del disturbo, ci sono peraltro alcune caratteristiche tipiche facilmente verificabili in ogni paziente, che poi portano, da sole, a conferma della diagnosi. E sono quasi sempre così regolari e prevedibili, nel vero disequilibrio soggettivo, che spesso mi diverto a sorprendere il paziente, spiegando io le caratteristiche del *suo* disequilibrio prima ancora che me le racconti.

- Il sintomo può essere presente stando in piedi, camminando lentamente, o perfino da seduti, e spesso il paziente sta bene solo sdraiato a letto (dove l'equilibrio non serve, ovviamente visto che la base è maggiore dell'altezza), potendo però avere anche da sdraiato piccole scosse di vertigine da movimento nel fare movimenti bruschi o senso di sprofondamento.
- Spesso il disturbo è incostante e non sempre presente o, qualora sempre presente, varia comunque d'intensità durante la giornata o in giorni o in periodi diversi ed è influenzato, come per tutti i disturbi da idrope, dallo stress, e spesso anche da condizioni atmosferiche ed eventuale fase del ciclo mestruale.
- Più il paziente cerca di concentrarsi a correggere il suo equilibrio e peggio sta, proprio perché in realtà è solo **sensazione e non vera instabilità**. In situazioni di distrazione spesso il paziente si *dimentica* il disequilibrio o comunque il fastidio si riduce nettamente, a dimostrazione dell'importanza del ruolo cerebrale.

- Il disequilibrio, ma anche il concomitante *senso di stordimento e confusione mentale*, è molto più accentuato in spazi aperti o comunque ampi (ad esempio al supermercato) e all'esterno, che non in ambiente noto e abituale dove il paziente *si sente più protetto*.
- Durante una corsa regolare a velocità costante il paziente di solito non riferisce alcun problema ma, al momento di fermarsi o di ripartire o di modificare la velocità o cambiare direzione rapidamente, può avere una brusca scossa di disequilibrio o crisi di vertigine soggettiva di brevissima durata. Il paziente sta comunque sempre peggio durante una camminata a passo lento o stando in piedi fermo in un posto (ad esempio in fila alla posta o altrove), che non durante la corsa a passo costante.

Basta pensare al motorino o alla bicicletta. Se vi fermate o rallentate dovete sostenervi mettendo i piedi a terra, ma più andate veloci più state in equilibrio.

- L'apparente instabilità nella marcia e tentennamento camminando a occhi chiusi si riduce nettamente mettendo il paziente in condizioni di sicurezza, sapendo ad esempio che qualcuno lo sta seguendo pronto a sorreggerlo in caso di caduta (che non avverrà mai se non eventualmente per errati movimenti "compensatori" volontari) e lo tocca leggermente periodicamente per confermarlo.

- Il disturbo si riduce creando oscillazioni volontarie del corpo mentre si sta in piedi o seduti, e spesso il paziente mette in atto questa strategia.
- Chiedendo di mettersi in piedi in posizione eretta e di concentrarsi sul proprio disequilibrio si assiste immediatamente, in quasi tutti i pazienti con disequilibrio soggettivo, alla comparsa di rapido tremore delle palpebre che praticamente scompare, insieme alla netta riduzione del disequilibrio, se si distrae il paziente chiedendogli d'impegnare il cervello in calcoli matematici complessi o altro che richieda concentrazione.
- Il disequilibrio si modifica con la posizione della testa. Inclinando la testa da un lato verso la spalla di solito il disturbo si accentua da un lato e diminuisce dall'altro.

Cosa vuol dire e cosa conferma tutto questo?

**Che il sintomo disequilibrio soggettivo cronico richiede due "*ingredienti*" per manifestarsi a pieno ed essere davvero fastidioso.**



1. Una **disfunzione specifica a livello del sacculo e dell'utricolo** creata dall'idrope, senza la quale non ci sarebbe alcuna percezione di disequilibrio soggettivo. Magari avreste, se ansiosi e stressati, comunque altri sintomi psicosomatici, ma non il disequilibrio.
2. Uno **stato di ansia e iperattenzione** al disturbo, senza il quale il fastidio avvertito sarebbe molto minore, se non quasi assente.

E una vera terapia deve tener conto di questi due *"ingredienti"* e trattare entrambi!

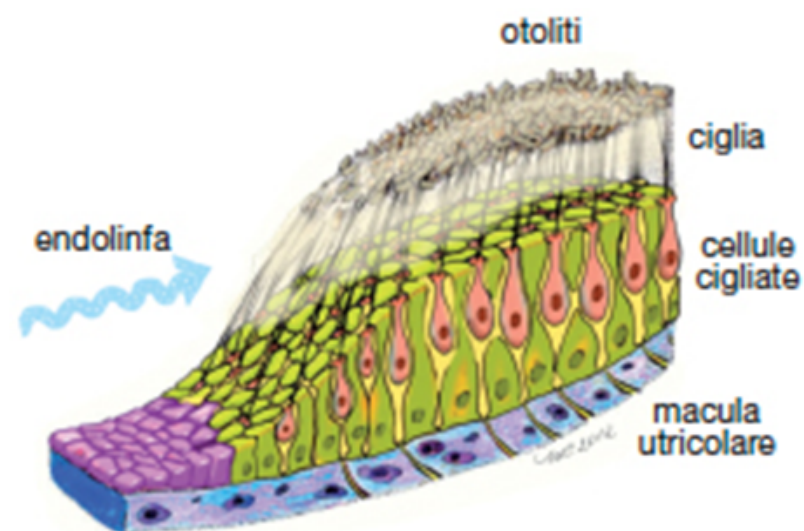
Sebbene infatti ci siano dei casi che ottengono risultati evidenti e sufficienti perfino senza impiegare neurofarmaci, la differenza, dal punto di vista statistico, tra il 100% di pazienti che si riesce a far star bene o comunque a beneficio sufficiente assumendo anche neurofarmaci e il 10% circa o meno che ottengono effettivo beneficio senza usarli, è evidente.

Chiarito come diagnosticare correttamente questo sintomo o disturbo già solo conoscendo e valutando le sue caratteristiche, vi spiegherò ora in dettaglio cosa avviene nell'orecchio e come si crea l'informazione anomala, errata, che è alla base del disequilibrio soggettivo.

## Causa e meccanismo del disequilibrio soggettivo

Precisiamo, anche se ormai dovrebbe essere chiaro e quasi inutile ripeterlo, che questo disturbo, molto più frequente di quanto non si creda, **non è mai causato da una malattia neurologica o altre fantasiose malattie inesistenti** o certamente non correlate, tipo alterazioni dell'articolazione temporomandibolare, della cervicale, della colonna vertebrale o chissà cosa altro. Il disequilibrio soggettivo non ha nulla a che vedere nemmeno con la sclerosi multipla o con tumori cerebrali, peraltro regolarmente esclusi da precoci risonanze magnetiche, nemmeno necessarie se questo è l'unico sintomo da valutare.

Il disequilibrio soggettivo è, invece, sempre l'espressione di una **stimolazione anomala a livello dell'utricolo e del sacco**, i veri recettori "vestibolari" dell'orecchio interno, sani e funzionanti, ma **invianti una informazione errata circa la posizione della testa nello spazio a causa di un'eccessiva pressione esercitata dall'endolinfa**, ovvero a causa dell'idrope.



In pratica il disequilibrio soggettivo deriva da una **falsa informazione che giunge dai recettori del sacco e/o dall'utricolo**, la cui funzione è alterata dall'eccesso di liquidi. Si viene quindi a creare una **asimmetria e incongruenza tra i due lati** e quindi, per conseguenza, una **errata informazione circa la reale posizione del nostro corpo**, sia in condizioni statiche che in movimento.

Per sintetizzare potremmo prendere in prestito, anche con tutt'altro senso, la famosa frase "*due pesi* (per quantitativo di liquido diverso) e *due misure* (della effettiva posizione della testa)".

Un semplice esercizio che potete fare da soli vi chiarirà meglio le cose. Provate a mettere esattamente sullo stesso piano, con gli occhi chiusi, una mano che regge più libri pesanti e l'altra libera o con un solo libro. Non sarete mai sicuri di avere le mani esattamente allo stesso livello!

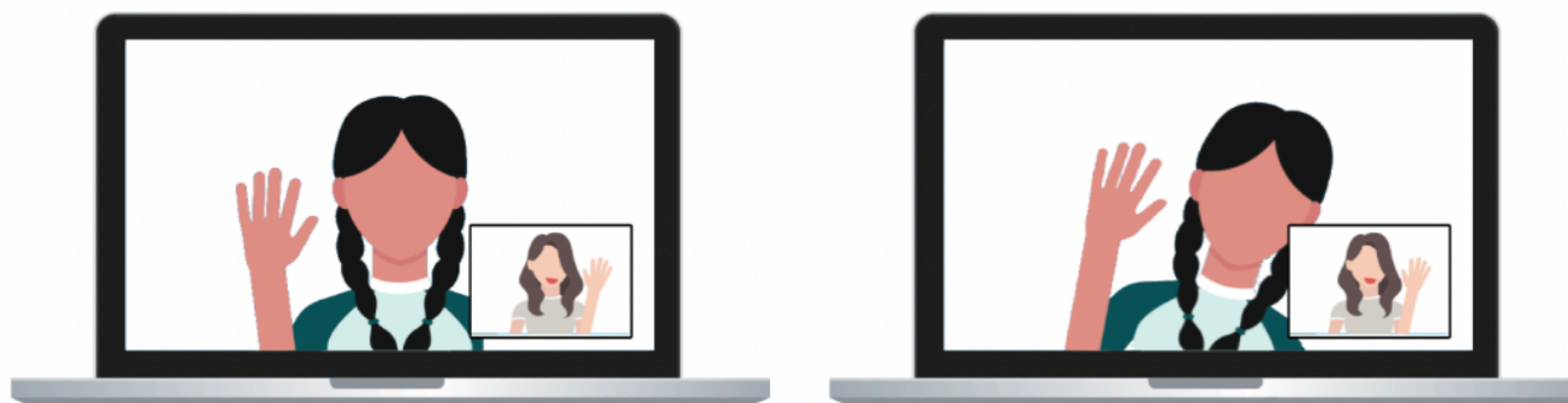


Cosa che, invece, potete fare perfettamente se togliete il peso in eccesso tra i due lati, rendendolo uguale.

Quel "peso", esercitato sul recettore, sulle macule del sacculo o dell'utricolo, recettori dei movimenti lineari e di posizione, è l'**idropese**, ovvero l'eccesso di endolinfa da un lato rispetto all'altro.



Un altro esempio che nella pratica uso e *mostro* spesso ai pazienti, sfruttando il fatto di essere in videoconsulenza, è questo.



Voi *vedete* che la ragazza si è inclinata e *credete* che questo sia reale, giusto? E se invece avesse solo inclinato il suo computer portatile o lo smartphone, facendovi in tal modo arrivare un'informazione che vi fa *credere che sia inclinata*, anche se, in realtà, *sta ancora perfettamente dritta al centro*? E chiedendole di ruotare per tornare dritta al centro, cosa otterreste? Che in realtà adesso sarà davvero inclinata verso un lato, visto che non serviva, in realtà, alcuna correzione del suo equilibrio, essendo già... dritta, e non essendosi mai davvero inclinata.

Questo è esattamente quel che avviene con il disequilibrio soggettivo, tra orecchio interno e cervello. **Non c'è nessuna vera instabilità e nessun vero, reale, disequilibrio, ma questo è quello che l'orecchio fa credere al cervello**, a causa del differente peso esercitato dall'endolinfa (idrope), che determina una stimolazione differente da parte dei recettori analoghi nei due lati e, in conseguenza, una informazione incongruente circa la reale posizione del corpo rispetto allo spazio circostante.



Moltiplicate tutto questo per una serie continua di informazioni alterate e conseguenti continui tentativi di correzione, consapevoli o meno, e avrete capito il disequilibrio, e come questo corrisponda a non avere mai la certezza di essere in equilibrio, sia perché al cervello viene fatto credere di non esserlo, sia per correzione non realmente necessaria, seguita poi ovviamente da altra correzione, visto che persiste la percezione di non equilibrio, ovviamente, e così via continuamente. E più si cerca di correggere quel che non aveva nulla da correggere è peggio si sta, spiegando così il ruolo dell'ansia e dell'attenzione da parte del cervello nell'aumentare la percezione di disequilibrio, quando si cerca di correggere una instabilità di fatto non reale ma solo illusoria, falsa, seppur percepita come reale.

L'errata informazione dal labirinto, peraltro, spesso corrisponde a uno scarto, a **un errore, piuttosto limitato** (*ma che potrebbe diventare un handicap significativo in alcuni sport di precisione come il golf o il tiro a segno o con l'arco ad esempio, cosa che intendo studiare in futuro*), come ho potuto verificare con alcuni test di posizionamento di un raggio laser nell'oscurità molti anni fa (ve ne parlerò più avanti), ma viene però resa più significativa proprio da uno stato di **iperattenzione cerebrale e ansia, che rende il disturbo di fatto più invalidante di quanto non sarebbe altrimenti.**

Ma come per le vertigini a crisi acute ricorrenti **il recettore deve essere necessariamente vivo, integro e funzionante, altrimenti non potrebbe dare nessuna informazione, né giusta né sbagliata.** E poiché nell'orecchio interno ci sono solo liquidi, recettori e fibre del nervo che trasportano il segnale verso il cervello, e poiché come già sappiamo qualunque danno di recettori o fibre del nervo sarebbe inevitabilmente permanente e irreversibile, cos'altro può essere responsabile di quella falsa informazione vestibolare se non l'**idrope**?

L'esito di un *danno permanente* non sarebbe, infatti, il disequilibrio *soggettivo*, ma una vera e propria *instabilità oggettiva*, esattamente come avviene, fino a che non subentra il *compenso vestibolare*, ovvero la naturale ma non immediata capacità del cervello di basarsi solo sull'informazione del recettore controlaterale, se viene a mancare del tutto l'informazione da un lato, come in seguito a vera *labirintite* o a *sezione del nervo vestibolare*.

Ma, e lo ripeto ancora per la sua importanza, ricordate che una componente psicologica comunque c'è sempre, e che **non è solo un problema di orecchio**, perché, **in assenza di una complicità da parte del cervello del paziente, il disturbo sarebbe decisamente meno avvertito.** E maggiore è lo stato di ansia (sempre presente e non sempre davvero solo conseguenza, ma spesso anche antecedente) e di attenzione al disturbo, spesso con l'aggravante delle *non diagnosi* dei numerosi medici ai quali il paziente si è rivolto, e maggiore è l'invalidità effettiva e il fastidio che ne deriva.

## La conferma strumentale del disequilibrio soggettivo

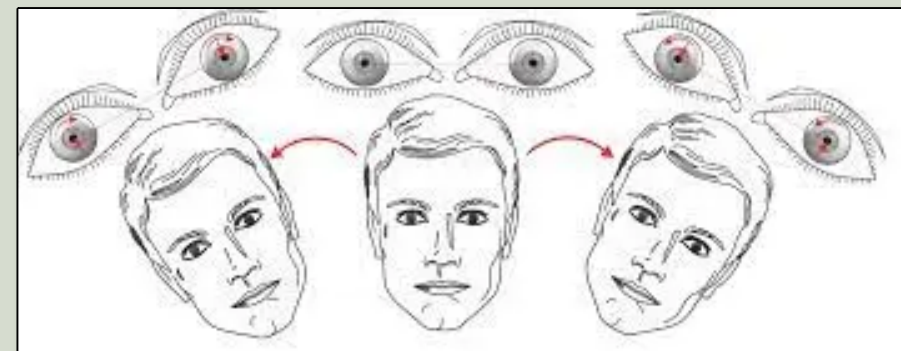
Quando ancora eseguivo esami, studiavo sempre l'utricolo e il sacculo con esami specifici (*ocular tilt reaction in videonistagmografia torsionale, studio della verticale soggettiva, stabilometria, VEMPs*). E quel che è davvero assurdo, con eccezioni isolate forse per la stabilometria e i potenziali evocati vestibolari miogeni (VEMPs) che qualcuno in effetti esegue, è che in pratica la quasi totalità (o tutti) degli specialisti, almeno in Italia, non sa quasi nemmeno cosa siano. Con questi esami, comunque, io ho sempre riscontrato alterazioni specifiche del labirinto congruenti con il disturbo riferito, motivo principale, per cui dopo anni e molti pazienti esaminati, ho smesso di effettuarli. A cosa mi servirebbe verificare una alterazione che già posso presumere dai sintomi?

Ma penso sia interessante comunque citare brevemente alcune cose che ho imparato e ho potuto verificare grazie agli esami effettuati su tantissimi pazienti, a conferma che si tratta di un sintomo dell'orecchio interno, seppur amplificato a livello cerebrale, e non di una vertigine puramente psicogena.

E queste che vi presento qui sono solo una piccola parte della marea d'indagini che ho utilizzato per anni per capire l'orecchio interno, incluso il labirinto posteriore e le vertigini, tenendo presente che ho sempre studiato in tutti i pazienti sia il settore cocleare che quello vestibolare, indipendentemente dai sintomi. Il fatto che io, da molti anni, non senta più la necessità di alcun esame non significa che non siano stati utilissimi in passato a capire l'orecchio e i suoi disturbi. Ma ora non avrebbero più alcuna indicazione ai fini della terapia e del far star bene lo specifico paziente, che deve essere la finalità principale del lavoro di un medico.

## Ocular tilt reaction

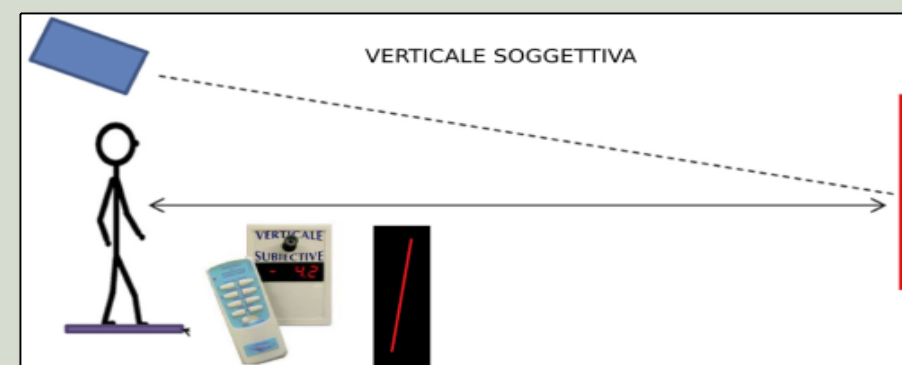
Per *ocular tilt reaction* (reazione di rotazione oculare) intendiamo la fisiologica rotazione degli occhi in senso opposto all'inclinazione laterale della testa messa in atto in risposta agli stimoli provenienti dalle macule dell'utricolo e del sacculo, sensori di gravità e di posizione della testa.



Non si può valutare a occhio nudo ma si può studiare con la **videonistagmografia torsionale**, che richiede una apparecchiatura specifica. I pazienti con disequilibrio avevano una evidente asimmetria della risposta tra i due lati.

## Verticale soggettiva

Sono sempre i sensori di gravità, utricolo e sacculo a darci la corretta *verticale soggettiva*, che ovviamente può essere alterata in caso di risposta asimmetrica dai due lati. Al paziente veniva chiesto di posizionare in verticale un raggio laser proiettato al buio su una parete.

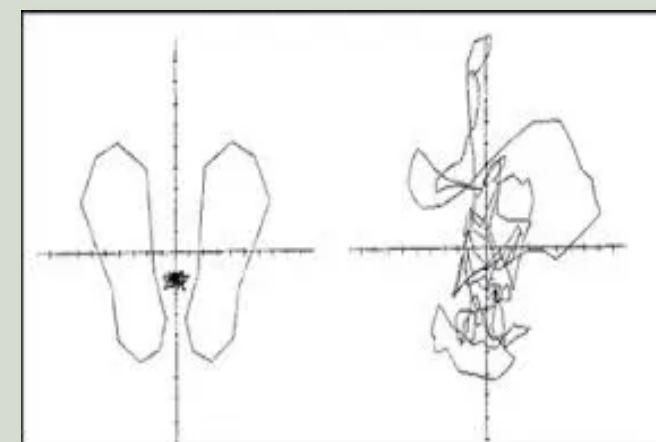


Lo scarto era sempre presente verso un lato, peraltro in congruenza con quanto emerso dagli altri accertamenti, e verso lo stesso lato e nella stessa misura perfino ripetendo l'esame più volte, ma sempre relativamente piccolo, a dimostrazione che il grado di alterazione dell'input derivante dall'orecchio non è di per sé così ampio, al contrario invece di quel che si evidenzia durante una crisi acuta di vertigine, e che il disturbo soggettivo viene semmai amplificato dal cervello.



## Stabilometria computerizzata

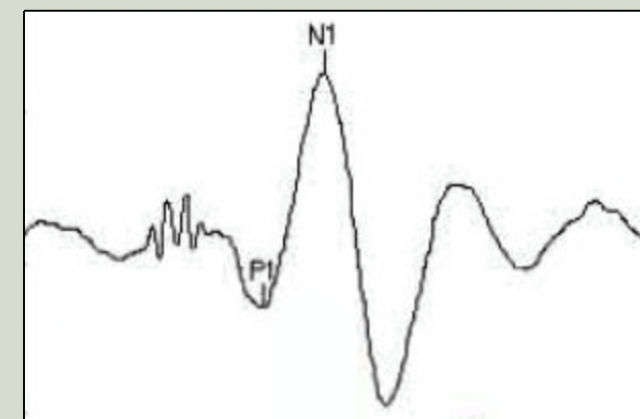
Con uno specifico esame (uno dei primi che ho abbandonato, non avendo, dopo molti pazienti studiati, davvero più nessuna reale utilità diagnostica), la *stabilometria computerizzata*, si può registrare il baricentro del paziente posto su una pedana dotata di sensori (che ho sempre trovato sostanzialmente centrato in questi casi a dimostrazione che non c'è alcun problema posturale di base o di reale instabilità), e i movimenti del baricentro durante un certo periodo di tempo.



Ma quel che registriamo in questo modo non è in realtà il disequilibrio del paziente, ma semmai i suoi movimenti volontari o involontari per mantenere un equilibrio che lui e il suo cervello “credono” di non avere. Infatti, chiedendo di svolgere calcoli matematici o altra attività cerebrale che richieda concentrazione, improvvisamente le oscillazioni e gli spostamenti del baricentro si riducono nettamente in modo evidente. Una ulteriore conferma del ruolo del cervello e delle componenti psichiche e dell'assenza di vera mancanza di equilibrio, ma solo sensazione soggettiva di disequilibrio, non corrispondente alla realtà.

## VEMPs - Potenziali evocati vestibolari biogeni

Non saprei spiegarvene il meccanismo, o forse non me lo ricordo, non facendo più esami da anni, e comunque non è importante, ma sappiamo che una specifica stimolazione uditiva a bassa frequenza inviata all'orecchio, può generare delle contrazioni muscolari del collo. Questo esame è ritenuto test affidabile per valutare il sacculo, ma viene eseguito, quando conosciuto, solo da specialisti o centri che si occupano in maniera specifica di vertigini.



Spesso l'esame, nel paziente con disequilibrio soggettivo, mostra un'ampiezza del tracciato molto maggiore da un lato rispetto al lato con disfunzione del sacculo, dove la risposta può essere perfino assente.

## Le vertigini psicogene

Bisogna però distinguere, ovviamente, dal vero disequilibrio soggettivo cronico le vertigini soggettive *puramente psicogene* (che non sono poi *vera* vertigine, ma qualcosa creato direttamente dal cervello, che non è in grado di crearsi da solo la vera vertigine) molto più rare di quanto non si immagini o non diagnosticchino i medici, non sapendo cosa dire, che non hanno **mai** però tutte le caratteristiche prima descritte, e sono assolutamente costanti e invariabili in qualunque posizione e in ogni momento, potendo essere presenti perfino a letto. La cosiddetta *vertigine psicogena* è un disturbo psichiatrico e non certo da orecchio.

## Il *mal de débarquement*

Una forma particolare di disequilibrio soggettivo, anch'essa ovviamente da idrope, è il cosiddetto "*mal de débarquement*" (anche in italiano o in altre lingue si usa il termine francese invece che tradurlo in *mal da sbarco*), che consiste nella sensazione prolungata di movimento (ovviamente non reale), a volte anche per diversi giorni, dopo aver trascorso un certo periodo di tempo su un mezzo di trasporto in reale movimento, più spesso sull'acqua, ma non solo. Si può associare ad altri disturbi nello stesso paziente o al *classico* disequilibrio soggettivo, finora descritto, o presentarsi anche come unico sintomo, e spesso si risolve spontaneamente in pochi giorni senza bisogno di alcuna terapia.

## Dizziness Posturale Percettiva Persistente (PPPD)

Sebbene da qualche anno venga proposta come una "*nuova scoperta*" si tratta, se fate bene caso ai sintomi con i quali viene descritta, **esattamente** dello stesso quadro clinico e disturbo da me ben discusso in questo capitolo, ovvero quello da me definito "**disequilibrio soggettivo cronico**", a me ben noto da almeno 20 anni, e trattato quasi sempre con successo già da allora.

Ma nonostante il riconoscimento di una tale tipo di sintomatologia specifica (meglio che nulla), quando poi si scende nei dettagli, reputo che la maggior parte degli specialisti, quelli che almeno sanno di cosa stiamo parlando, ritenendola a meccanismo sottostante sconosciuto o addirittura, erroneamente considerandola patologia neurologica, seppur sia vero che derivi da fattori cerebrali (ma più relativi ad attenzione e psichici che non a patologie del sistema nervoso centrale), vada completamente fuori strada.

Quando si afferma che non si riscontra nulla nell'orecchio interno, questo non è assolutamente vero, se si sa cosa cercare. Come spiegato in precedenza, anzi, si può **sempre** verificare la presenza di alterazioni specifiche con specifici esami strumentali come OTR e/o VEMPs e altro. Ovvio che, se non si cercano queste alterazioni o non si sanno interpretare, poi si affermi (errando) che non si trova nulla. È anzi talmente la regola, senza alcuna eccezione, come detto, trovare queste alterazioni specifiche che, proprio per questo, io non eseguo più, anche per questo disturbo specifico, alcun esame diagnostico, che non avrebbe alcuna reale utilità, sapendo già cosa vado a trovare.

Inoltre se non lo sapete, alla fine, la terapia proposta da per la presunta "*nuova sindrome*" PPPD, pur trascurando completamente il ruolo dell'orecchio, consiste in trattamento delle componenti psichiche con neurofarmaci e/o psicoterapia cognitiva. Ovvero, seppur in mancanza di una componente fondamentale, il carico di acqua, base di ogni terapia per idrope (visto che di idrope si tratta), alla fine quel che propongo anche io, ricorrendo ad altre componenti solo quando una terapia preliminare con acqua e neurofarmaci non sia sufficiente.

Infine, la scelta della definizione di “*Persistent Postural Perceptual Dizziness*“, da cui la sigla PPPD e la traduzione italiana in **Dizziness Posturale Percettiva Persistente**, è scelta, a mio giudizio, come in molti casi, infelice e motivo di possibile confusione.

- **Persistente?** Direi proprio di no, visto che sono possibili come riconosciuto anche da altri specialisti che fanno o propongono questa diagnosi, fasi di remissione e fluttuazioni dei sintomi. Circa l'aspetto cronologico, curioso che tra i criteri diagnostici ci sia da *almeno tre mesi*, lasciando intendere che a un povero paziente che sta male con disequilibrio soggettivo tutti i giorni magari da solo due mesi e mezzo non facciamo né diagnosi né terapia magari continuando a etichettare il suo problema come vertigine psicogena... o da cervicale.
- **Percettiva** è corretto se ci vogliamo riferire al fatto che si tratta di una percezione soggettiva e non reale instabilità. Sperando che intendano quello...
- **Posturale?** Se con questo si vuole intendere che il sintomo è avvertito stando in piedi o a volte seduti ma non a letto, siamo d'accordo, ma purtroppo troppo spesso il termine *posturale* viene riferito in Medicina a disturbi generati da cervicale o articolazione temporomandibolare e altro, quindi sarebbe da evitare, per non generare confusione sull'origine del sintomo.
- **Dizziness?** Immagino lo abbiano lasciato in inglese per mantenere la sigla, ma allora lo si poteva chiamare *disequilibrio*, che sempre comincia con la D, ed è molto più diretto e chiaro anche per il paziente. Il problema non è certo la scelta di un termine inglese (anche *fullness* per indicare il senso di orecchio chiuso o pressione nell'orecchio è termine inglese) quanto il fatto che perfino in inglese e nel mondo anglosassone il termine *dizziness* non ha significato univoco e genera confusione, tanto da essere tradotto e identificato in italiano sia come *disequilibrio*, sia come *vertigine* (che però per i pazienti non include generalmente il disequilibrio soggettivo, sebbene di fatto sia anche questo una *vertigine*), sia come sintomi che invece non hanno nulla a che vedere con l'orecchio, come ad esempio sensazione di *stordimento o confusione mentale* che, pur associandosi frequentemente, non è né vertigine, né disequilibrio.



---

# Cadute senza vertigine

---

Nota anche come **crisi di Tumarkin**, è l'unica situazione potenzialmente *pericolosa*, ma per fortuna molto rara, tra i disturbi dei quali mi occupo. Si tratta di una **caduta brusca, senza alcun preavviso, senza crisi acuta di vertigine, senza contemporanea comparsa o modifica di altri sintomi da idrope, e senza alcuna perdita di coscienza.**

Viene sempre dall'orecchio interno, ma non è una *vertigine*. Si ritiene che sia espressione di un improvviso aumento dell'endolinfa (idrope), con stimolazione brusca del recettore del sacculo, ma senza stimolazione dei canali semicircolari e, quindi, senza crisi di vertigine acuta.

N.B.: Vista la rarità, per fortuna, di tale situazione nella mia pratica professionale, come in quella di tutti, credo di sicuro di non potermi definirmi un *esperto* su questo argomento (e non credo di potermi definire davvero *esperto* su nulla, in realtà!), e quindi, correttamente, prima di cominciare questo capitolo, ho fatto ricerche per vedere se ci fossero aggiornamenti recenti sui meccanismi dietro questo fenomeno, o nuove ipotesi differenti. Sembra non ce ne siano e che, quindi, le poche cose che vi dirò, perché poche ne so, siano ancora quelle considerate più valide e accettate da tutti, e che tutti ancora ammettano di non essere sicuri di nulla. Almeno per una volta, quindi, su questo argomento siamo d'accordo tutti, in quanto tutti ammettiamo, chi più chi meno, di essere ignoranti.

*La sapienza, o la presunzione  
di sapere, sono variabili.  
L'ignoranza è uguale per tutti.*

Altro mio concetto “filosofico” 😊

## Perché la chiamiamo *crisi di Tumarkin*?

Venne definita “*catastrofe otolitica*” da chi la descrisse per primo nel 1936, il dottor Alexis Tumarkin, inglese di origine russa, e ancora oggi è nota comunemente come **crisi (otolitica) di Tumarkin**. Ho anche trovato l'articolo originale.

### THE OTOLITHIC CATASTROPHE

A NEW SYNDROME

BY

A. TUMARKIN, M.B., F.R.C.S.Ed., D.L.O.

HONORARY AURIST, BOOTLE GENERAL HOSPITAL

---

Ever since Ménière gave his famous account of vertigo and allied phenomena associated with disease of the ear the title of Ménière's syndrome has been used vaguely to include a very heterogeneous collection of conditions. With better understanding of labyrinthine function, however, some order is emerging from this chaos. For instance, a comparatively clear-cut entity is now well recognized in aural vertigo, a condition characterized by :

## Cosa è questo sintomo ? Come distinguerlo da altre cadute ?

In questo caso si verifica una **improvvisa perdita reale di equilibrio** (vera instabilità e non disequilibrio soggettivo in questo caso) con caduta brusca verso un lato e frequentemente conseguenze traumatiche, **non preceduta da vertigine o da altri sintomi di preavviso e mai preceduta o accompagnata da perdita di coscienza**. Il paziente cade come se avesse inciampato o come se lo avessero spinto da un lato. E senza poter far nulla per poterlo impedire, da cui le possibili conseguenze traumatiche.

Rispetto a una caduta da altre cause (es.: *drop attack a causa cardiovascolare, sincope, crisi vagale, lipotimia* o altro) l'elemento fondamentale della crisi di Tumarkin è proprio che **non c'è mai nessuna perdita di coscienza**. In termini comuni, il paziente *non sviene* o non ha nessun *mancomento*, ma resta perfettamente cosciente. Salvo la molto rara eventualità di un trauma cranico in conseguenza della caduta, di tale portata da far perdere coscienza, ma *dopo* la caduta.

Rispetto alla possibile perdita brusca di equilibrio durante un attacco di vertigine acuta, qui **manca proprio la vertigine**. In alcuni casi, davvero rari, ma può succedere, la vertigine arriva, ma solo *dopo* la caduta e non *prima*. Ma di solito manca completamente.



## Quali organi o parti di organo possono dare questo sintomo e come ?

Il meccanismo esatto della crisi di Tumarkin non è noto, pur essendo sicuri che si generi nel **labirinto posteriore (orecchio interno)** e a causa dell'**idrope**. Si ritiene che si tratti di una **brusca stimolazione da parte di un improvviso aumento dell'endolinfa** limitato all'utricolo o soprattutto, ed è l'ipotesi più accreditata, al **sacculo**.

Questo ha portato a ritenere, e per un certo tempo lo credevo anche io, salvo poi verificare che non è così, sia eseguendo esami specifici che avendo visto diversi casi dove, anche successivamente alla caduta, ci sono nuovi episodi di vertigine acuta, che la ragione per cui si ha la caduta brusca senza vertigine è che esista già un danno permanente dei recettori dei canali semicircolari da quel lato, che non possono quindi procurare la vertigine acuta, che *altrimenti* avrebbe preceduto la caduta.

Erroneamente è opinione di molti che possa presentarsi solo nelle fasi finali della malattia di Meniere. Ma, come vedremo parlando della Meniere, non esiste comunque alcuna progressione certa e scontata, e quindi non si capisce, peraltro, quali dovrebbero essere le "*fasi finali*". In realtà, non esiste una regola precisa. Ci sono pazienti che, come appena detto, possono avere una o più cadute anche quando ancora manifestano attacchi di vertigine e sintomi fluttuanti dell'udito. E possono capitare in teoria anche a chi non ha mai alcun sintomo cocleare (e quindi non ha la Meniere) o si trova in fase di piena quiescenza e remissione con i sintomi uditivi.

In pratica **non è vero** (e figuratevi se non trovavo qualche discordanza con l'opinione generale anche qui, nonostante quanto detto in premessa 😊) **che le crisi di Tumarkin siano tipiche ed esclusive di malattia di Meniere in fase avanzata o finale!**

Come per tutti i sintomi da idrope, capire **come possano esserci aumenti localizzati dell'endolinfa in certe aree dell'orecchio interno e non in altre**, è uno dei grandi misteri irrisolti. Ma, d'altronde, la presenza di alcuni sintomi isolati, o di interessamento solo di alcuni recettori e non altri, o di acufene e/o ipoacusia solo per alcune frequenze, conferma che questo è possibile. Il che non significa che io ne conosca il motivo.



Ed ecco un'altra bella domanda. **Come mai prima della caduta il paziente non solo non ha non solo vertigine, ma nemmeno disequilibrio soggettivo?** Come spiegarlo ? Cosa potrebbe determinare questo aumento brusco e improvviso dell'endolinfa? Basta l'idrope e la sua relazione con l'ADH, a spiegare l'aumento dell'endolinfa? Alla fine il problema si pone, in effetti, anche per ogni crisi di vertigine acuta, per ogni aumento o comparsa o aggravamento improvviso di acufeni o per l'ipoacusia improvvisa o l'improvviso aggravamento dell'udito. Il che non significa che io ne conosca il motivo.



## Cosa fare e cosa consigliare ?

Le crisi di Tumarkin sono un evento, per fortuna, statisticamente molto raro. Anche se per uno come me, che ha visto tanti pazienti con vertigini e ormai da molti anni *super-specializzato* in disturbi dell'orecchio interno, *raro* significa, comunque, averne visti numerosi casi.

È l'*unica situazione* in cui ritengo consigliata, anziché rischiare nuove cadute potenzialmente pericolose, la sezione del nervo vestibolare (***neurectomia vestibolare***) per scollegare il labirinto posteriore dal cervello, che preferisco in tal caso alla **infiltrazione nell'orecchio di gentamicina**, un antibiotico tossico utilizzato e proposto da molti per distruggere l'orecchio, non sapendolo (o non volendolo!) curare, per togliere le vertigini, ma la cui efficacia a dosi basse non garantisce, in questo caso, certezza di cura e prevenzione definitiva verso nuove cadute, mentre a dosi alte può portare a danni permanenti anche nella coclea, con perdita di udito irreversibile.

Ma il problema è che la maggior parte dei miei pazienti (tra i pochissimi in percentuale che hanno avuto una o più cadute improvvise) non ha mai più avuto cadute dopo aver fatto con me terapia per idrope, e nella maggior parte dei casi, quindi, non hanno ritenuto di dover fare l'intervento, seppur da me consigliato, o ricorrere alle infiltrazioni di gentamicina. Almeno per quanto a me noto.

Sembrerebbe quindi che la terapia protegga anche da questo. Ma **mentre non c'è nulla di grave o pericoloso nell'avere una crisi acuta di vertigine, sbattere la testa o altre parti del corpo all'improvviso, seppur occasionalmente, non è certo qualcosa che può essere accettato.**

Paradossalmente, però, mentre le vertigini terrorizzano i pazienti, del rischio di cadute improvvise, in chi ne ha già avute, sembro pormi più problemi io che il paziente stesso.

Attualmente il mio atteggiamento è di informare il paziente in modo corretto sull'impossibilità di garantire in modo assoluto che con la mia terapia non ci saranno più cadute in futuro, e dei possibili rischi, ma di aspettare per vedere cosa succede dopo la terapia, prima di decidere per una soluzione chirurgica o, come seconda scelta, la gentamicina, in caso di nuova caduta anche dopo terapia. La scelta deve essere, comunque, lasciata al paziente stesso, adeguatamente informato.

Anche se sembra che, sempre più, la cosa più difficile per i pazienti, in generale e non solo in questo caso specifico, sia proprio... *scegliere*, anche quando adeguatamente informati su tutto, e sia più facile per molti (e forse non solo a proposito della salute) ricevere *ordini* che *assumersi la responsabilità delle proprie scelte*. Cosa che non capirò mai!



# Oscillopsia

**Sensazione che, a occhi aperti, l'ambiente circostante si muova con il movimento della testa.**

Si tratta, per fortuna di un disturbo piuttosto raro, che *potrebbe* essere anch'esso un sintomo creato dall'idrope.

Avendone visti due o tre casi in tutta la mia vita professionale, ovviamente posso dare poca informazione, e nemmeno molto affidabile, ma è giusto che anche questo raro sintomo sia conosciuto dai pazienti e dai medici.

Nel sito online e nella versione audiovideo avete anche un breve video per capire cosa vede un paziente con oscillopsia.

Come spiegato nella sezione *Le Basi*, **la funzione vestibolare, con la sua sequenza di input, elaborazione centrale e output, ha proprio il compito**, oltre a quello di mantenere l'equilibrio del corpo, **di adeguare la posizione e la rotazione degli occhi al movimento della testa.**

**Se questo aggiustamento automatico della posizione degli occhi non si verifica si ha oscillopsia.**

Nonostante anche l'oscillopsia possa essere considerata, in teoria, secondo la definizione di vertigine, una forma particolare di *vertigine oggettiva*, visto che c'è una falsa sensazione, non reale, di movimento dell'ambiente circostante, in questo caso non posso affermare con certezza (ma nemmeno negarlo) che il problema sia davvero nell' input, ovvero una errata informazione periferica da parte dell'orecchio interno, e quindi nemmeno essere sicuro che sia davvero causato dall'idrope.

In teoria ci potrebbe essere un problema di elaborazione centrale o di output, qualora il disturbo si verificasse in effetti solo a occhi aperti e non ci fosse alcun problema a occhi chiusi. Perché, altrimenti, ovvero con contemporanea percezione *cerebrale* cosciente di alterato rapporto spaziale tra il corpo e l'ambiente circostante, e non solo visiva, allora, anche questo disturbo dovrebbe derivare da errata informazione da parte dei recettori dell'orecchio interno.

**Perché tanta incertezza?** E che certezze potrei avere con due o tre casi visti in tutta la mia vita professionale, e solo quando ormai non facevo più alcun esame diagnostico (e magari qui, invece, servirebbero) e, peraltro, solo con altri disturbi da idrope associati e non con oscillopsia come unico sintomo? E, nonostante *potrei* affermare (*paraculata*, scusate il termine, ma non ne saprei trovare uno migliore, che ho ascoltato dire a molti in convegni vari, presentando appena due o tre casi, e letto in molte pubblicazioni *scientifiche*), avendone risolti di sicuro almeno due con terapia per l'idrope, che ho *ottimi risultati statistici* anche sull'oscillopsia... due casi non fanno proprio nessuna statistica, ovviamente! E non permettono nessuna conclusione, e nemmeno di formulare ipotesi.

E, in questo caso non posso neanche applicare come di consueto il ragionamento clinico. Come spiegato sopra, su questo disturbo non solo non conosco la causa primaria scatenante, come sempre d'altronde, ma nemmeno posso essere sicuro della sede di origine o del meccanismo sottostante. Ovvero non so proprio nulla, salvo che *da qualche parte* c'è un'alterazione della funzione vestibolare, e che il problema non può essere al di fuori di questa! Non mi risulta però che altri, almeno per quanto a me noto anche dopo ricerche recenti fatte per verificare, ne sappiano più di me, a parte qualche ipotesi che non mi sento di condividere o di sposare alla cieca.

Ed è già tanto, in realtà, essermi ricordato che questo sintomo esiste, data la sua rarità e considerando che quel che mi fu insegnato all'epoca del corso di specializzazione in Otorinolaringoiatria era che *tipicamente l'oscillopsia è sempre conseguenza di una distruzione o deafferentazione (scollegamento) di entrambi i labirinti*, quando il cervello non ha più alcuna informazione da nessun lato, e non può più adeguare il movimento degli occhi a quello della testa! Il che mi è sempre sembrato avere una sua logica.

Ma bastano due pazienti con idrope trattati con successo e senza nessun danno vestibolare, né da un lato né da entrambi, per affermare che non sia vero che il danno bilaterale irreversibile e intrattabile sia l'unica causa possibile, tanto per cambiare. Magari avvierò un'indagine retrospettiva tra i miei pazienti, per sapere chi lo aveva e a chi magari ho curato anche quello, senza manco saperlo. E allora i casi trattati con successo forse saranno più di due.

---

# Chinetosi

---

La **chinetosi** o *cinetosi* o *mal di viaggio* (definita in inglese come *motion sickness*, malattia del movimento) è un disturbo comune e frequente corrispondente alla comparsa dei soli sintomi neurovegetativi che possono accompagnare la vertigine, nausea, vomito e altri, ma senza vertigine, in risposta a movimenti sollecitanti e prolungati su un mezzo di trasporto.

Ho motivo di ritenere, sebbene non possa provarlo con certezza, che anche la chinetosi sia sintomo da idrope. E comunque sembra che la terapia per idrope riesca a curarla, almeno nei pazienti che si rivolgono a me per altri sintomi o disturbi.



In questo capitolo mi riferisco solo alla **chinetosi dell'adulto**, poiché nei bambini potrebbero forse esserci meccanismi differenti e non ho alcuna esperienza con bambini nella mia attività, anche se sarebbe interessantissimo valutare se la chinetosi in età infantile, nei casi più invalidanti, può essere un fattore predittivo di idrope sintomatico con vertigini o Meniere, in età adulta.

L'ipotesi più accreditata, ma alla quale personalmente credo poco, è che questo disturbo derivi da una incongruenza tra le informazioni che provengono dagli occhi, che vedono un ambiente fermo, e i due labirinti che percepiscono invece movimento. Altre ipotesi del tutto inverosimili e campate in aria, come spesso avviene, la collegherebbero a malformazioni congenite dell'orecchio interno.

**Ritengo invece, pur senza poterlo provare, che anche la chinetosi (dell'adulto) sia un disturbo connesso all'idrope, o per lo meno facilitato dall'idrope.**

Si potrebbe obiettare che è un disturbo troppo frequente per essere collegato a una vera condizione patologica, ma la verità è che almeno occasionalmente e in forma leggera, qualche sintomo da idrope lo abbiamo avuto o lo avremo quasi tutti nella vita, e che quindi forse nemmeno l'idrope può essere definito, in senso assoluto, *condizione patologica*. Senza contare quanti hanno idrope documentabile con esami, pur senza avere alcun sintomo.

Sinceramente, in che modo si verificano fenomeni neurovegetativi stimolati dall'orecchio interno, ma senza comparsa di vertigine, non me lo so spiegare, ma la cosa mi stupisce solo fino a un certo punto, avendo ormai visto **ogni tipo di combinazione possibile di sintomi dovuti all'idrope.**



Più o meno... 😊

(Blade Runner, 1982)

Sul sito e nella versione audiovideo vi ho messo il video.

Il mio ragionamento per associare chinetosi e idrope si basa su tre considerazioni comunque importanti e suggestive, per me sufficienti a inserire questo sintomo tra quelli da idrope, o comunque trattabili, in assenza di alternative migliori, con la terapia per idrope.

1. Spesso la chinetosi è un **disturbo associato nello stesso paziente ad altri sintomi da idrope** e spesso si presenta a periodi in modo incostante, associata cronologicamente a fasi di riacutizzazione di idrope (è successo perfino a me molti anni fa personalmente di avere crisi di vertigine seguite da un periodo di disequilibrio soggettivo intenso, associato a una chinetosi così importante da vomitare perfino quando ero io alla guida dell'auto).

*Non prova nulla con certezza, ma è un indizio...*

2. Le terapie tradizionali per la chinetosi sono efficaci anche nel trattamento delle vertigini e dei disturbi dell'equilibrio e viceversa **la terapia dell'idrope**, a cominciare sicuramente dal bere molta acqua, **è quasi sempre efficace anche sulla chinetosi**, il che significa che comunque nella maggior parte dei casi so curarla, come mi è capitato con molti pazienti, per la maggior parte, comunque, affetti da altri sintomi da idrope.

*Non prova nulla con certezza, ma è un altro indizio...*

3. Studiando pazienti con chinetosi (ma non avendo mai, quando ancora facevo esami, spinto la possibilità di fare terapia per idrope anche per chi aveva solo questo disturbo, e quindi si tratta di pochi casi), con gli stessi esami con i quali studiavo ogni paziente, ho sempre trovato le stesse **alterazioni vestibolari, non distinguibili da quelle riscontrabili in pazienti con vertigini e disequilibrio.**

*Non prova nulla con certezza, ma è un indizio anche questo, e allora...*



Anche se in Medicina non è sempre vero...



Parte 4

---

# Meniere



## La verità sulla Meniere

Prima di tutto, **la malattia di Meniere**, in realtà, **non esiste!** Si dovrebbe definire semmai **sindrome di Meniere**, in quanto con la parola ***sindrome*** si intende, in Medicina, un insieme di sintomi. E la Meniere è nient'altro che **l'associazione, nel corso della vita, di almeno due episodi di vertigine "della durata di almeno 20 minuti", con ipoacusia, acufene, fullness fluttuanti.**

Sono passati oltre 160 anni da quando il Dott. Prosper Ménière ha descritto questa *sindrome* ma ancora, tra gli specialisti, regna sovrana la confusione...

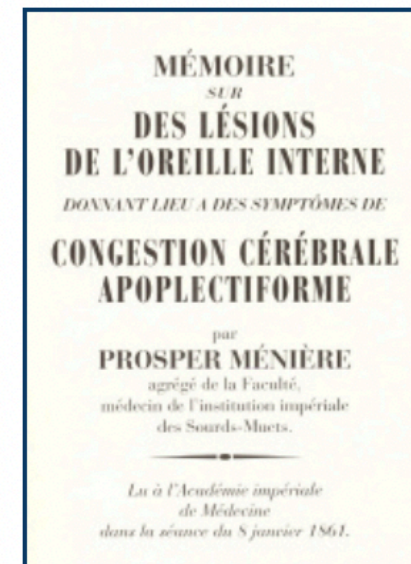
## Perché... di *Meniere* ?



Il Dott. Prosper Ménière, medico francese, non era un otorinolaringoiatra. Dopo aver fallito qualunque concorso per una cattedra universitaria, per anni si impegnò soprattutto nella lotta al colera. Si interessò però anche di orecchio, essendo stato nominato direttore, ben poco retribuito, a quanto sembra, dell'Istituto imperiale dei sordomuti di Parigi.

La sua *memoria* del 1861, appena pochi mesi prima della sua morte, ha avuto il grande merito di far notare che le vertigini non erano solo espressione di malattie neurologiche tipo epilessia o ictus, o psichiatriche, come si riteneva fino ad allora, ma potevano derivare "*anche*" dall'orecchio interno (labirinto).

Fu solo anni dopo che, in suo onore, la sindrome da lui descritta diventò nota come *Malattia di Meniere*.





## L'idea tradizionale (e sbagliata) della Malattia di Meniere

La malattia o sindrome di Meniere (si scrive così ma si legge *Ménièr*) è ancora oggi descritta e “*diagnosticata*” solo prendendo in considerazione la forma più classica, da manuale, caratterizzata da disturbi ricorrenti e fluttuanti, ad andamento variabile, a carico di un orecchio (ipoacusia, acufeni e fullness) e crisi vertiginose intense di durata variabile da 20 minuti a diverse ore. Quando non ci si è capito nulla o qualcosa non torna rispetto al quadro classico, spesso, viene definita sindrome *menieriforme* (che non vuol dire assolutamente nulla)

- Nel corso degli anni si assisterebbe, secondo l'opinione generale, a una sordità progressiva monolaterale persistente e irreversibile, mentre le vertigini tenderebbero ad attenuarsi e poi cesseranno, ma solo dopo molti anni, a causa della progressiva distruzione del labirinto.
- I meccanismi alla base dell'idrope (che ne è il meccanismo patologico da tutti accettato e riconosciuto) sono ritenuti del tutto sconosciuti (anche se ci sono studi sul ruolo dell'ADH da almeno 25 anni!).
- È ritenuta poco frequente e anzi... *patologia rara*.
- È inoltre opinione frequente che non esista alcuna cura in grado realmente di arrestare la progressione della malattia, che non sia possibile recuperare l'udito o trattare l'acufene o la fullness, una volta stabilizzata la malattia stessa e che l'unica cura realmente efficace contro le vertigini sia la sezione del nervo vestibolare, o la distruzione del labirinto con gentamicina.

**Tutte queste affermazioni che, se vi hanno "*diagnosticato*" la Meniere, avete probabilmente sentito ripetere più volte, non sono assolutamente vere.**





## **NON È VERO...che è sempre progressiva !**

Accanto a possibili progressioni (peraltro generalmente arrestabili dalla terapia) verso una ipoacusia apparentemente irreversibile, la maggior parte dei *"menierici"* presenta solo problemi sporadici o lunghissime fasi di remissione (anche completa), con lunghi periodi senza vertigini o perfino senza alcun disturbo a carico dell'orecchio, e senza nessuna progressione, perfino senza terapia.

Non esiste alcun modo di prevedere l'evoluzione della patologia, comunque molto spesso perfettamente trattabile, anche per udito e acufeni, dopo molti anni. Per questo motivo è inutile e non necessario pensare di tenere il paziente in terapia *"a vita"* per prevenire peggioramenti o future crisi ipotetiche e imprevedibili. Quel che serve, semmai, è trattare le fasi acute se queste non sono così sporadiche da non meritare una cura reale.

Disturbi fluttuanti e crisi di vertigini sono sempre trattabili indipendentemente dal tempo trascorso dall'esordio, ma anche ipoacusia e acufeni già apparentemente stabilizzati potrebbero benissimo essere ancora solo dovuti all'idrope.

Ma mantenere il paziente in costante stato di allarme, applicando un vero e proprio *"terrorismo psicologico"*, è purtroppo un metodo utilizzato da alcuni specialisti del settore, per assicurarsi controlli a pagamento praticamente senza fine.



## **NON È VERO... che le cause sono sconosciute !**

Conosciamo benissimo la patogenesi, ovvero il meccanismo che determina i sintomi, l'idrope, e lo sanno tutti. E sapendo curare l'idrope è possibile far star bene il paziente. È però vero che non conosciamo la causa primaria dell'idrope. È probabile d'altronde che una causa univoca non esista.

La Meniere, mettetevelo in testa, è solo l'associazione di più sintomi da idrope e non una patologia autonoma, e tanto meno una *"malattia"*.



## **NON È VERO... che è una patologia *rara* !**

Assolutamente falso. Le statistiche *ufficiali* sono prese dai registri ospedalieri, e riguardano solo i casi più gravi, che si presentano in forma completa, con episodi recidivanti, ricoverati presso strutture pubbliche, in reparti otorinolaringoiatrici, e con diagnosi ufficiale di *Malattia di Meniere*. Se poi consideriamo che un paziente con forma incompleta (ad esempio senza almeno due crisi di vertigini, ma solo con una o solo con acufeni e ipoacusia fluttuanti) non è un paziente *"menierico"*, ma lo diventa in un secondo momento se si presentassero nuovi sintomi, per i quali, magari, non chiederà alcun ricovero, il numero di pazienti con idrope è in realtà elevatissimo.



## **NON È VERO... che è incurabile !**

*Guarire* significa, escludere in assoluto il rischio di recidive che, nel nostro caso, perfino con la mia terapia, restano comunque possibili, seppur molto più rare e di solito facilmente trattabili in tempi brevi. Ma d'altronde le malattie dalle quali si può *guarire definitivamente* sono davvero poche, in pratica solo quelle che comportano interventi chirurgici o che lasciano immunità permanente.

Ma una cosa è affermare che non si può *guarire*, e ben altra che non si può *curare*. Con l'opportuno trattamento, purché sia terapia *vera* basata sul controllo dell'idrope, si può stare liberi da vertigini (se si escludono occasionali recidive comunque possibili, magari a distanza di molto tempo e comunque trattabili), senza acufeni e con udito normale (se nel frattempo non si è sviluppata una alterazione permanente a carico delle cellule ciliate o del nervo, il che non è, comunque, mai verificabile in alcun modo). La progressione della malattia (peraltro non scontata, anche in assenza di qualunque terapia) può essere arrestata, avendo cura di trattare, in modo corretto, le fasi di riacutizzazione.

Certamente fino a che la terapia proposta sarà a base di inutili farmaci tradizionali spacciati come anti-vertigine, farmaci per la circolazione, e diuretici, che fanno pure male e che possono anche aggravare, per poi dire che l'unica soluzione resta quella di distruggere l'orecchio, beh... trattata così, certo che è anche *incurabile*!

## La Meniere è una definizione, non una malattia !

**Malattia o Sindrome di Meniere è solo una definizione** che può corrispondere a quadri clinici ed evoluzioni del tutto eterogenei, che è completamente errato, e inutile dal punto di vista pratico, peraltro, riunire in un'unica definizione.

Avere la Meniere significa, stando alla definizione ufficiale stabilita da un apposito comitato, solo ***aver avuto almeno due episodi di almeno 20 minuti di vertigine oggettiva e sintomi cocleari fluttuanti (ipoacusia, acufene, fullness).***

E i due episodi di vertigine o i sintomi cocleari possono essere nel corso della vita, anche a distanza di molti anni uno dall'altro, il che non corrisponde certo ad avere una malattia, visto che in pratica ***si può avere la Meniere ("avendo avuto" i sintomi) pur restando per molti anni assolutamente senza alcun problema.***



Ecco, secondo i criteri “scriteriati” 😊 stabiliti dalla *American Academy of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, come si fa la diagnosi di malattia di Meniere.

**Malattia di Ménière definita:**

- Due o più episodi spontanei di vertigine ciascuno della durata compresa fra 20 min e 12 ore.
- Ipoacusia neurosensoriale sulle frequenze medio-basse riscontrata all'audiometria nell'orecchio affetto in almeno 1 occasione prima, durante o dopo un episodio di vertigine.
- Sintomi uditivi fluttuanti (ipoacusia, acufene, fullness) nell'orecchio affetto.
- Diagnosi non meglio spiegata da altro disturbo vestibolare.

**Malattia di Ménière probabile:**

- Due o più episodi di vertigine della durata compresa fra 20 min e 24 ore.
- Sintomi uditivi fluttuanti (ipoacusia, acufene, fullness) nell'orecchio affetto.
- Diagnosi non meglio spiegata da altro disturbo vestibolare.

Avrei voluto *calare un velo pietoso* su quell'*ipoacusia neurosensoriale*, con esame audiometrico, *alle frequenze medio basse*, unico criterio, se ci fate caso, che dividerebbe la diagnosi *definitiva* da quella *probabile* e che porta a domandarsi se quelli di questa *prestigiosa* associazione che hanno *creato* questi criteri abbiamo mai davvero visto pazienti con Meniere, che possono avere ogni tipo di curva audiometrica.

Ma c'è poco da essere *pietosi*, con certe assurdità, e molto da chiedersi.

A parte che voglio proprio vedere come si fa un esame audiometrico a uno che vomita e in piena crisi di vertigine *durante* la crisi, ma **se un paziente per pura “sfiga” o per lista d'attesa all'italiana, non riesce mai a ottenere un esame audiometrico subito prima o subito dopo una crisi di vertigine, nonostante ne abbia avute tantissime, niente *diagnosi* certa, ma solo “probabile”?**

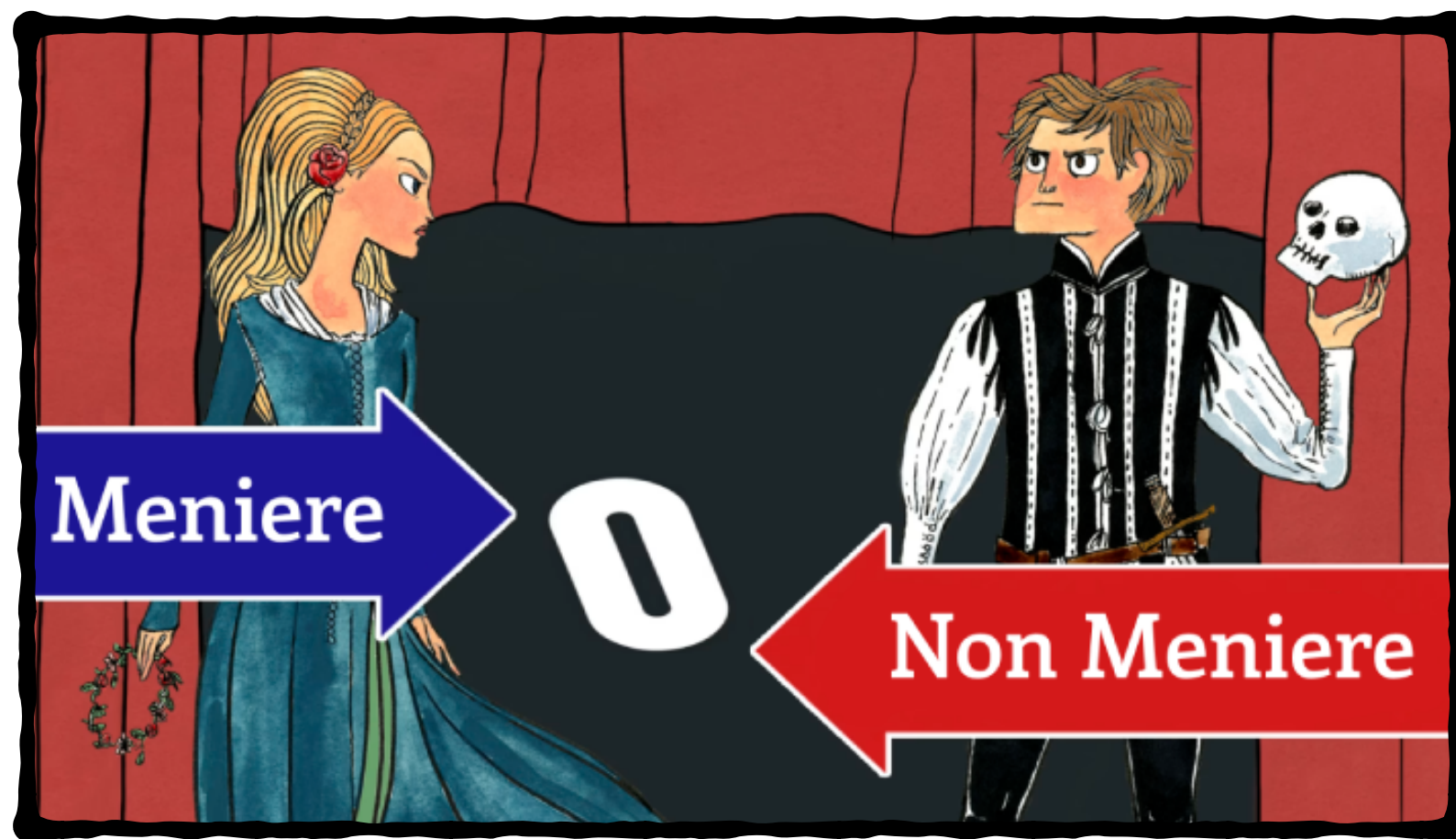
Anche se (vuoi vedere che in quell'associazione c'è qualche legislatore italiano emigrato?), in effetti, dicono **prima** e **dopo** ma sempre specificare *quanto prima* o *quanto dopo*. Quindi un esame fatto un anno prima o un anno dopo va bene lo stesso?

È ovvio che **non è possibile diagnosticare la malattia o sindrome di Meniere**, visto che in realtà si tratta solo della traduzione, in un termine medico convenzionale, dei **sintomi raggruppati erroneamente in una sindrome, ancora più erroneamente definita “malattia”, che il paziente stesso descrive.**

**E nemmeno affermare, come molti medici dicono, che *forse si ha la Meniere e forse no*, a meno di non considerare quell'assurdo *probabile visto prima*, che non ha alcuna utilità, se non che *forse verrà prescritta una terapia o forse no!***

O il paziente ha la Meniere, se ha i criteri con i quali *piazzano* addosso quest'etichetta, o non ce l'ha. O almeno non ce l'ha ancora.

Il che non cambia assolutamente nulla peraltro, alla fine, dal punto di vista pratico.



Il dubbio *amletico* di alcuni otorinolaringoiatri

Ovviamente, comunque, se questo è il criterio diagnostico, **non si potrà mai smettere di essere “menierico”, visto che non si può tornare indietro nel tempo**, e far in modo che il paziente non *abbia avuto* le precedenti due crisi e gli altri sintomi associati che gli hanno “*appiccicato*” per sempre quest’etichetta.

Perfino io sono e sarò sempre per definizione *menierico*, avendo da 25 anni un minuscolo acufene per me insignificante con transitori rialzi temporanei per secondi o minuti, e avendo avuto cinque crisi di vertigine (anche se forse a 20 minuti pieni, non potendo ovviamente avere nessuna reazione di panico, non ci sono mai arrivato e rischio di restare senza diagnosi per cinque minuti in meno di vertigine!), tutte raggruppate nel dicembre 2005 in un periodo di particolare stress per ragioni familiari e lavorative, due transitori abbassamenti dell’udito nel 2005 e nel 2014, rispettivamente di un’ora e di due ore risolti spontaneamente, e frequentissimi episodi brevi di fullness.

Ma sto benissimo e ovviamente non faccio né ho mai fatto alcuna terapia, se non assumere neurofarmaci per qualche mese quando, nel periodo delle vertigini, stavo più “*fuori di testa*” (*causa e non conseguenza*) che *ammalato* nell’orecchio.

Non sottovalutate poi quel requisito “*diagnosi non meglio spiegata da altro disturbo vestibolare*”.

Non essendoci alcun altro disturbo vestibolare *ufficialmente* riconosciuto (se escludiamo la *vertigine posizionale parossistica benigna* per la quale nessuno, a parte me, sembra aver capito il ruolo dell'idrope e che, comunque, non prevede ipoacusia o acufeni o fullness) alla fine molti pazienti, per quanto abbiano tutti gli altri requisiti, manco ricevono la *diagnosi* di Malattia di Meniere.



Se avete anche mal di testa, ad esempio, per molti medici allora non avete la Meniere, ma la *vertigine emicranica*.

Se l'udito migliora dopo la crisi allora avete la *sindrome di Lermoyez*.

Oppure la *sindrome di Minor*, se per caso vi trovano alcune alterazioni con esami perfettamente compatibili comunque con l'idrope.

E così via, aspettando la “*sindrome vertiginosa onicocriptosica*”, che prima o poi qualcuno di sicuro inventerà, qualora abbiate anche un problema di unghia incarnita nell'alluce del piede.

E poiché **per quasi tutti idrope = Meniere**, allora se non avete la Meniere, non avete l'idrope, e quindi il paziente viene dirottato (non di rado truffandolo in mala fede a scopo di lucro) verso terapie completamente fuorvianti, senza alcun tentativo di trattare l'unica cosa che andava trattata, ovvero l'idrope.

Devo ammettere però che, viste le terapie generalmente proposte quando invece fanno *diagnosi* di Meniere, alla fine non so quanto le diagnosi alternative inventate cambino le cose, se non complicando la vita al paziente in cerca di una soluzione e, non di rado... svuotandogli il portafoglio.

## ***“Spero di non avere la Meniere...”***

Quante volte ho sentito questa frase dai pazienti! Si tratta solo di una definizione! Di cosa avete paura? Di una definizione? Di un'etichetta priva di significato?

**La Meniere è solo una definizione e non una malattia, e si può star bene e condurre una vita normale pur avendo la Meniere, e spesso senza alcuna terapia.** Anche per quanto riguarda udito e acufene, purché non vi siano danni permanenti, possibili ma mai dimostrabili. Ma anche per ipoacusia stazionaria e/o acufene costante non abbiamo alcuna certezza che ci siano danni permanenti. Potrebbe ancora essere solo idrope!

Un paziente con gravi crisi vertiginose invalidanti che si presentano ogni tre giorni e acufeni intensi e fastidiosi sempre presenti, ma con udito conservato, non ha la Meniere. Mentre chi ha magari due episodi di vertigine di venti minuti separati da 20 anni, accompagnati da ipoacusia, acufeni e fullness, che si risolvono in pochi minuti, ha la Meniere. Chi sta messo peggio?

Ma, ovviamente, la paura dei pazienti, oltre che per una certa ansia e ipocondria sin troppo frequenti, è alimentata da una marea di informazioni errate.

## **Meniere e idrope non sono la stessa cosa !**

**Alla base della Meniere, che è un quadro clinico, una sindrome, vi è l'idrope endolinfatico, che invece è una situazione anatomo-patologica** o meglio una condizione dell'orecchio interno, che può manifestarsi anche solo con sintomi a carico dell'apparato uditivo, senza vertigini, oppure solo con vertigini senza alcun acufene o disturbi dell'udito, o restare del tutto asintomatica. **Non esiste Meniere senza idrope, ma la maggior parte dei casi di idrope non diventeranno mai Meniere.**

**Sindrome o Malattia di Meniere e idrope non sono assolutamente sinonimi**, sebbene per molti medici ancora oggi (ma in Italia, e solo in Italia, un po' meno per fortuna, a riprova che 25 anni di mia diffusione e propaganda su questo argomento *qualcosa* hanno fatto) si faccia diagnosi di idrope solo in presenza del quadro classico, da libro, della Meniere, senza tener in alcun conto i singoli sintomi e senza nemmeno provare a capirli!

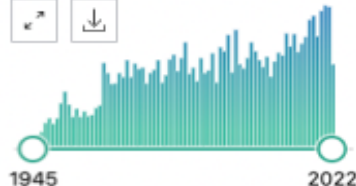
**Per la maggior parte degli specialisti al mondo, ancora oggi, idrope endolinfatico vuol dire Malattia di Meniere!**

**PubMed.gov** "Endolymphatic Hydrops" [MeSH] [Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#) [User Guide](#) [Search](#)

[Save](#) [Email](#) [Send to](#) Sorted by: Most recent [Display options](#)

MY NCBI FILTERS [x](#) 7,923 results [Page 1 of 793](#)

**RESULTS BY YEAR**



1945 2022

**TEXT AVAILABILITY**

☐ Abstract  
☐ Free full text  
☐ Full text

**ARTICLE ATTRIBUTE**

☐ Associated data

**ARTICLE TYPE**

☐ Books and Documents  
☐ Clinical Trial  
☐ Meta-Analysis  
☐ Randomized Controlled Trial  
☐ Review  
☐ Systematic Review

**PUBLICATION DATE**

☐ 1 year  
☐ 5 years  
☐ 10 years  
☐ Custom Range

[Additional filters](#)

[Reset all filters](#)

**1** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 36063094](#) [Free article.](#)

**The Diagnostic Value of 1.5T Versus 3.0T Magnetic Resonance Imaging Intratympanic Gadolinium Inner Ear Enhancement in Patients with Meniere's Disease.**

Han Y, Zhang J, Lui L, Gao X, Wu L, Du X, Fan W, Xing Y, Chen X.  
J Int Adv Otol. 2022 Sep;18(5):388-391. doi: 10.5152/iao.2022.21496.

**2** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 36036069](#) [Chinese.](#)

**[Characteristics of wideband tympanometry in patients with Ménière's disease based on neutral network].**

Wu Y, He B, Shen M, Yang Y, Jin Y, Zhang Q, Yang J, Li S.  
Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2022 Sep;36(9):685-690. doi: 10.13201/j.issn.2096-7993.2022.09.007.

**3** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 36036067](#) [Clinical Trial.](#) [Chinese.](#)

**[The effectiveness of vestibular rehabilitation in Ménière's disease patients with chronic imbalance].**

Zhuang Y, Wu P, Li W, Xi S.  
Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2022 Sep;36(9):675-678;684. doi: 10.13201/j.issn.2096-7993.2022.09.005.

**4** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 35900913](#)

**Recovery of Unaided Hearing After Cochlear Implantation in Patient With Bilateral Meniere's Disease.**

Raymond M, Strange C, Rizk H.  
Otol Neurotol. 2022 Sep 1;43(8):e810-e813. doi: 10.1097/MAO.0000000000003609. Epub 2022 Jul 28.

**5** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 35900735](#) [No abstract available.](#)

**The Bidirectional Relationship Between Migraine and Meniere Disease.**

Abouzari M, Aryan N, Djalilian HR.  
JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Sep 1;148(9):894. doi: 10.1001/jamaoto.2022.1995.

**6** [Cite](#) [Share](#) [PMID: 35878646](#) [No abstract available.](#)

**RESPONSE TO LETTER TO THE EDITOR: "ENDOSCOPIC TRANSCANAL LABYRINTHECTOMY FOR INTRACTABLE MENIÈRE'S DISEASE: AN ALTERNATIVE TO TRANSMASTOID LABYRINTHECTOMY".**

Lee SA, Lee JD.  
Otol Neurotol. 2022 Aug 1;43(7):e791-e792. doi: 10.1097/MAO.0000000000003567.

Provate a fare una ricerca di pubblicazioni scientifiche per idrope endolinfatico. Vi usciranno soprattutto articoli che nel titolo non hanno nemmeno l'idrope, ma la Meniere!



E come vi aspettate allora che possa curare acufeni, ipoacusia neurosensoriale, fullness, vertigini o disequilibrio, chi non ha ancora capito che l'idrope può dare ben altro che non solo una Meniere come l'ha studiata molti anni prima sui libri?

E la conseguenza di tutto questo è che gli specialisti continuano a cercare (si fa per dire perché sembra che non cerchi nulla proprio nessuno) la "*cura della Meniere*" e non la cura per l'idrope, senza tenere in alcuna considerazione uno dei principi base della Medicina, che **obiettivo della nostra professione è quello di far star bene il paziente, non di curare definizioni!**

Parte 5

---

# La terapia

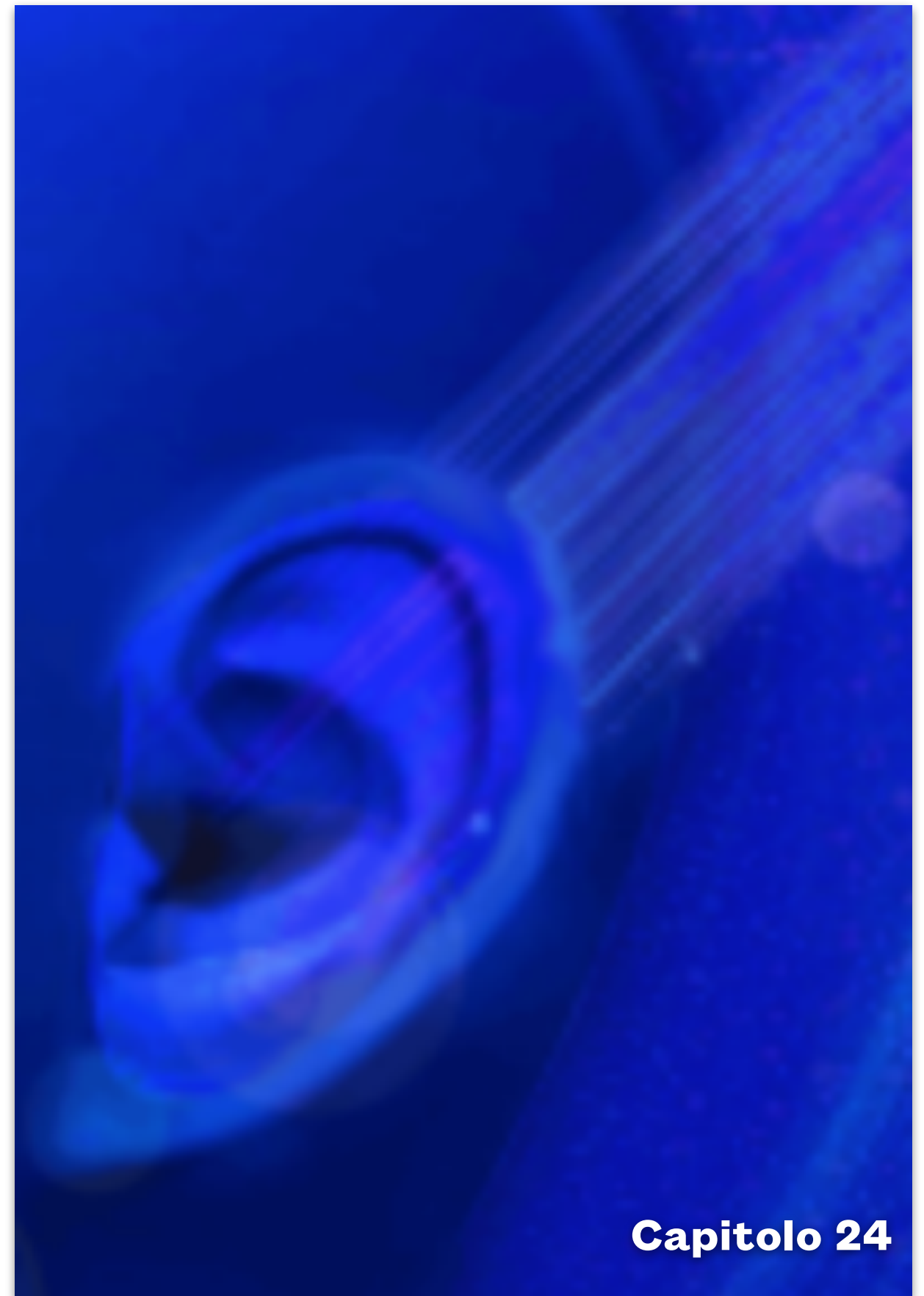
La terapia per idrope

Cosa aspettarsi dalla terapia?

# La terapia per idrope

Il trattamento da me ideato e proposto ai miei pazienti prevede l'abbinamento, con modalità diverse in base ad alcune caratteristiche specifiche, di componenti sinergiche farmacologiche e non farmacologiche, volte a contrastare l'idrope, principalmente, ma non solo, creando un antagonismo specifico nei confronti dell'azione dell'ormone antidiuretico (ADH), che sappiamo essere il principale regolatore dei liquidi dell'orecchio interno.

Non è affatto una terapia *sperimentale* visto che, anche se con frequenti aggiornamenti, la propongo dal 1998, ed è stata prescritta, in tutti questi anni, a molte migliaia di pazienti.





## **AVVISO IMPORTANTE**

**Le informazioni in questo capitolo sono fornite solo per conoscenza preliminare, prima di richiedermi una consulenza, o per eventuale impiego con l'assistenza altri medici, e non devono essere usate in alcun modo per terapia gestita in autonomia dal paziente senza assistenza medica.**

A parte bere tanta acqua, che male non fa di sicuro!



Se volete avere dettagli con nomi e dosi dei farmaci (qui non indicati proprio per evitare il "*fai da te*") e modalità pratiche di attuazione dell'intero trattamento, ma per qualche motivo non volete essere seguiti direttamente da me, potete comunque farmi contattare dal vostro medico di base o specialista o altro medico, al quale sarò ben lieto di dare ogni dettaglio per potervi assistere direttamente con la mia terapia, se necessario anche con la mia collaborazione.

Per i medici è anche disponibile online, sul mio sito, anche un corso pratico di terapia in video, a loro riservato, con tutti i dettagli.

In realtà ormai, anche nelle mie videoconferenze pubbliche, a volte faccio tranquillamente il nome dei farmaci, ritenendo che se uno è così "*stolto*" da farsi terapia da solo, basandosi su quanto trovato in giro, non merita nemmeno di essere protetto da me riguardo a questo.



## La mia terapia per idrope è in costante evoluzione

La terapia per idrope viene già da me proposta e diffusa dal 1998 anche se con continui aggiornamenti. Ma, purtroppo, anche se a piccoli passi (molto piccoli in realtà ma... "*gutta cavat lapidem*" ?) e con molto ritardo, qualche specialista, in Italia, inizia a prescrivere qualcosa di quanto da me ormai da molti anni proposto, ancora oggi, la cura in forma completa come serve davvero, la faccio solo io.

All'estero stanno anche più indietro, e spesso i pazienti stranieri non hanno mai nemmeno sentito nominare l'idrope. A qualcosa, forse, battermi per diffondere in ogni modo da oltre 25 anni (il mio primo sito è stato pubblicato a febbraio 1999), anche se soprattutto in lingua italiana, lentamente è servito, se non altro a informare i pazienti.

I miei protocolli di terapia sono continuamente aggiornati e spesso più volte in poco tempo. Spesso ci sono modifiche sostanziali o introduzione di nuove componenti, grazie soprattutto alla collaborazione con i miei pazienti, insieme ai quali, facendo un perfetto gioco di squadra, portiamo avanti da tempo progetti di ricerca, sondaggi o incontri collettivi in videoconferenza, per capire sempre di più e fare sempre meglio.

Negli ultimi anni, inoltre, ogni idea di variazione o innovazione per una nuova versione o modifica di protocolli di terapia viene preventivamente discussa con i miei pazienti, per avere i loro commenti e la loro approvazione prima di renderla ufficiale.

# In cosa consiste la terapia per idrope e dove agisce ?

La terapia contro l'idrope da ma proposta consiste nell'abbinamento, con modalità differenti, di componenti farmacologiche e non farmacologiche.

Seguendo l'apprendimento progressivo, il ruolo dell'ormone antidiuretico (ADH) e i suoi rapporti con l'idrope e lo stress dovrebbero ormai essere già noti.

Nella figura accanto viene spiegato in modo chiaro quali sono i punti di attacco della terapia nelle sue diverse componenti e come questi si inseriscano nel circolo vizioso **stress > ADH > idrope > sintomi > ansia > stress**. Ovviamente ci sono ancora delle zone d'ombra non chiarite, dei punti interrogativi senza risposta, ma quanto già sappiamo basta ormai da anni a ottenere risultati più che soddisfacenti nella maggior parte dei pazienti.



Questa immagine andrebbe rifatta meglio ma, avendola creata anni fa, le sono troppo affezionato 😊

## Il carico idrico (acqua)



L'assunzione regolare ogni giorno di 3 litri di acqua è base della mia terapia per idrope. Oltre a essere il principale inibitore naturale dell'ormone antidiuretico ADH, questo sovraccarico di acqua, assolutamente sicuro, per quanto possa a volte essere scomodo, per necessità di urinare spesso, ha anche effetti coadiuvanti le altre componenti farmacologiche della terapia rendendole più efficaci, e riducendo o quasi azzerando la possibilità di effetti collaterali.

Nel sito online avete anche un video con informazioni più dettagliate.



## I neurofarmaci

Servono a creare un ombrello protettivo tra stress e produzione e rilascio di ADH e quindi il loro uso principale nella mia terapia è proprio per agire sull'idrope. Ma agiscono anche su stress, ansia ed eventuali disturbi del sonno, che devono essere trattati adeguatamente, e spesso addirittura con priorità. Si tratta di una terapia breve e a dosi basse, e non a vita.

Nel sito online avete anche un video con informazioni più dettagliate.



## La dieta



Un breve periodo di dieta con regole precise da seguire è da sempre nella mia terapia, prevalentemente su base empirica, per la conferma del suo ruolo fondamentale in quasi tutti i pazienti, pur non sapendo esattamente con certezza in che modo agisca. Però fa spesso la differenza, e molto, e lo fanno quasi tutti i pazienti. L'acquisizione di nuove conoscenze sulle relazioni tra intestino, cervello e stress, permeabilità intestinale, e relazioni con l'alimentazione, permette di ipotizzare alcuni meccanismi d'azione.

Nel sito online avete anche un video con informazioni più dettagliate.

## La terapia cortisonica

I corticosteroidi (cortisonici) hanno un importante ruolo inibitorio nei confronti dell'azione dell'ADH sull'orecchio mediante regolazione delle aquaporine e anche sul suo stesso rilascio, e forse agiscono anche sul riassorbimento dei liquidi labirintici. Ed è per quello che vengono da sempre da me impiegati nella terapia per l'idrope, ovviamente in assenza di controindicazioni specifiche, con una singola iniezione intramuscolare ed eventualmente anche in fleboclisi.



## Le fleboclisi

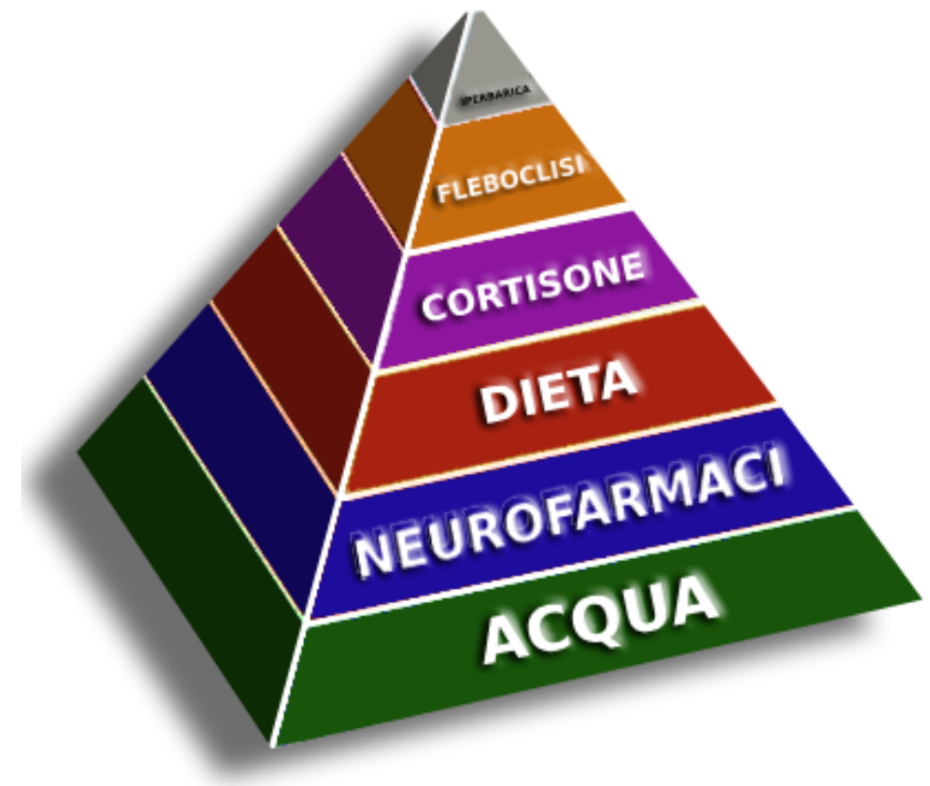


Le fleboclisi di diuretico osmotico e cortisone sono utilizzate per la loro capacità di ridurre la pressione endocranica facilitando il riassorbimento dei liquidi, e di aumentare il carico di acqua libera. È possibile che abbiano anche una azione diretta sull'orecchio. Sono prescritte frequentemente, ma non a tutti, sulla base dei sintomi da trattare e sulle loro caratteristiche. Sono indicate per acufeni fissi o con poca variabilità, pulsazione nell'orecchio o in testa ipoacusia e di solito anche fullness, mentre non sono generalmente necessarie per acufeni incostanti o molto variabili, per vertigini, e per disequilibrio soggettivo, in assenza di altri sintomi o disturbi per i quali debbano comunque essere prescritte.



## ***La piramide della terapia***

Tra le varie componenti della terapia, abbinate in modo diverso in diversi protocolli di terapia, nel corso del tempo, e anche per situazioni differenti, esiste una relazione di propedeuticità, da me definita ***piramide della terapia***.



Base della terapia sono il carico giornaliero di acqua (inevitabile per qualunque terapia per idrope), e i neurofarmaci (salvo particolari eccezioni, decise comunque da me e non dal paziente, o specifiche controindicazioni), per la loro azione fondamentale e diretta sull'ADH e quindi sull'idrope e per i vari benefici aggiuntivi che queste due componenti comportano. Di solito, infatti, la terapia viene avviata solo con acqua e neurofarmaci, e a volte questo può perfino essere sufficiente, aggiungendo le ulteriori componenti (dieta, cortisone, eventuali fleboclisi) successivamente.

**Acqua, neurofarmaci, dieta, cortisonici e fleboclisi di diuretico osmotico, sono le componenti principali della terapia contro l'idrope**, ma ci sono delle ulteriori componenti accessorie, usate solo per disturbi specifici o in fase successiva.

### **Autoinsufflazioni con Otovent**



L' Otovent è un palloncino da gonfiare con il naso. Vengono prescritte per creare una contropressione nell'orecchio e favorire il deflusso dei liquidi. Possono essere un aiuto ulteriore per problemi di udito, acufene e fullness.

### **Ginnastica vestibolare**

Esercizi che il paziente effettua da solo, a casa, per vertigini posizionali parossistiche scatenate dal movimento.



## Terapia iperbarica



Proposta solo in fasi avanzate successive della terapia, se necessario arrivarci, per favorire, con la pressione esterna, il deflusso dei liquidi dall'orecchio interno.

Ma anche...

- **Farmaci anti-chinetosi**, per il controllo di vertigini, disequilibrio soggettivo, e chinetosi.
- **Mascheramento dell'acufene e tecniche per inibizione transitoria**, che non richiedono l'acquisto di alcun dispositivo, visto che basta scaricare una applicazione con il cellulare.
- **Miorilassante**, ma solo in caso ci siano anche contratture muscolari o per altre indicazioni specifiche.

Il **tolvaptan** è un antagonista recettoriale dell'ADH, ovvero un farmaco che agisce sull'organo bersaglio, incluso l'orecchio interno, impedendo l'azione dell'ormone. È già disponibile anche in Italia dal 2009 con il nome commerciale Samsca (qui posso farvi il nome che tanto non potete acquistarlo!), e *sarebbe*, probabilmente, una risorsa eccezionale nella cura dell'idrope, come dimostrato da tantissimi lavori sull'idrope sperimentale, ancor prima del suo rilascio.

*Sarebbe...* ma non è! Per motivi misteriosi, infatti, o forse nemmeno troppo misteriosi, a pensar male, a parte il costo proibitivo (migliaia di euro) e l'obbligo di avviare la terapia solo durante ricovero in ospedale e solo in alcuni reparti autorizzati, per cui non può essere comprato in farmacia, è fatto espresso divieto, in Italia e altrove, di impiegare con indicazioni diverse (off label) da quelle per le quali è stato autorizzato, che sono solo patologie rare, e ovviamente non includono Meniere o idrope.

A poco è servito il mio disperato tentativo, nel 2011, di parlare con la casa farmaceutica e inviare un'email ai principali 50 centri universitari e di ricerca del mondo. Avendo ricevuto solo tre risposte, due dichiarando il loro assoluto non interesse e una, proprio il centro giapponese che aveva fatto più ricerca sull'impiego del tolvaptan nell'idrope sperimentale, con un *mafiosissimo* invito a *“non occuparmi di cose più grandi di me”*, mi sono dovuto arrendere e andare avanti con quel che posso fare e impiegare.



## **Nulla di nuovo, ma... tutto diverso !**

Il primo pensiero, dopo aver letto in cosa consiste la mia terapia, se avete già avuto qualche esperienza di terapia per idrope, fermo restando che sono ancora ben pochi quelli che propongono una *qualunque* terapia per idrope, al di fuori della Meniere conclamata con tutti i sintomi associati, sarà di sicuro: *“e cosa ci sarebbe di così nuovo, visto che sono tutte cose già note e proposte anche da altri e che non funzionano o fanno ben poco?”*

In effetti, considerando le singole componenti, nella mia terapia non c'è quasi nulla di completamente nuovo o del tutto sperimentale. In particolare i farmaci che prescrivo sono tutti conosciuti e usati da moltissimi anni, anche se magari con altre indicazioni. Quel che ho fatto è stato soprattutto modificare, e spesso stravolgere, terapie già note, ma inefficaci nella modalità tradizionalmente proposta da altri, soprattutto se usate isolatamente, o proposte con altra indicazione, come ad esempio i neurofarmaci, abbinarle tra loro e valutarne gli effetti.

In realtà le differenze ci sono e sono anche importanti. E sono queste differenze che fanno sì che, come la propongo io, funzioni e le altre, seppur apparentemente in qualcosa simili, no!

Nessuna terapia per idrope può aver alcun significato o utilità senza aumentare il **carico idrico giornaliero** ad almeno tre litri di acqua al giorno, cosa che non propone nessuno.

Consigliare di bere un litro o un litro e mezzo al giorno significa solo chiedere di rispettare la normale esigenza fisiologica e il normale fabbisogno giornaliero e non è una terapia. Per avere una azione inibitoria sull'ormone antidiuretico bisogna dare un eccesso di acqua superiore a quella che tutti dovrebbero bere comunque ogni giorno, e il carico idrico va distribuito con regolarità durante tutta la giornata.

La situazione che ho trovato nel 1998, quando ho iniziato a occuparmi di proporre cambiamenti alle terapie tradizionali, e inefficaci, era che ai pazienti con Meniere si diceva, e lo dicevano tutti, di *non bere o bere il minimo possibile* cosa che semmai li faceva anche peggiorare. Ma per fortuna le cose sono cambiate e ora la maggior parte degli specialisti (in Italia) o non dice nulla (nel senso che non dicono di non bere) o dice il contrario.

Timidamente, negli ultimi anni, qualche altro otorinolaringoiatra ha iniziato a prescrivere **neurofarmaci**, limitandosi però di solito a un singolo farmaco. Ma sono davvero pochi a farlo. Nessuno, comunque, utilizza più farmaci in abbinamento come serve fare, avendo ruoli diversi, e l'azione dei neurofarmaci è completamente diversa se non abbinati al carico idrico.

E sembra che i farmaci specifici da me utilizzati diano risultati molto migliori, non solo sui sintomi da idrope, ma anche per il controllo dell'idrope sia in quello di ansia, panico, stress e sonno, rispetto ad altri simili dati di solito da psichiatri, peraltro, regolarmente senza carico idrico associato, il che ne riduce nettamente l'efficacia.

La **dieta** per idrope o Meniere è tradizionalmente, per altri medici, solo una dieta iposodica (con poco sale) mantenuta a vita, il che non serve assolutamente a nulla. Per essere efficace la dieta deve essere molto più rigida, agendo non solo sul sale ma anche sui carboidrati e su molte altre cose e con regole strette che, nel corso degli anni, ho appreso con l'esperienza diretta, ma per periodi brevi e non certo a vita. E la dieta fa ben poco, comunque, se non abbinata al carico idrico.

La dieta che io prescrivo non ha quindi nulla a che vedere con quella consigliata, quando viene fatto, da altri specialisti, che si limitano a dire di non esagerare col sale, o evitarlo del tutto o a togliere alcuni cibi ricchi di sodio.

I **corticosteroidi** o cortisonici, per avere una azione di inibizione degli effetti dell'ADH sull'orecchio, devono essere impiegati sempre con il carico idrico o non funzionano, o comunque fanno molto meno, e le dosi generalmente impiegate da altri medici sono basse e insufficienti. Oltretutto, io impiego anche due tipi di cortisone diversi, di cui uno con azione protettiva prolungata, da fare come singola iniezione intramuscolare e un altro ad azione rapida, somministrato, quando necessario, direttamente con fleboclisi, il che fa la differenza in termini di efficacia.

Le **fleboclisi con diuretico osmotico**, come vengono generalmente proposte, con infusione molto lenta, spesso in quantità e concentrazione insufficienti, senza alcun carico idrico aggiunto e per molti giorni consecutivi servono a poco, sebbene a volte diano comunque qualche risultato. Io le propongo sempre in infusione rapida e sempre con aggiunta di almeno due litri di acqua, da bere subito prima e durante la fleboclisi, e non ha alcun senso farne molte fatte male, quando ne possono bastare due o tre fatte nel modo giusto.



La **terapia iperbarica** proposta da sola come unica terapia raramente fa qualcosa o comunque fa molto meno di quel che *potrebbe* se abbinata a tutto il resto della terapia.

Peraltro l'assurda convinzione che quel che può agire sull'orecchio sia l'ossigeno ad alta pressione, dimenticando che dopo pochi minuti senza ossigeno ci sarebbe stato un danno permanente irreversibile, porta a indicazioni del tutto sbagliate anche in termini di concessione della terapia in convenzione regionale.

In pratica, anche se spesso si riesce ad aggirare l'ostacolo, il paziente se la deve pagare (e costa) tranne che per una ipoacusia improvvisa da presunto blocco della microcircolazione, insorta recentemente da non oltre qualche settimana, perché altrimenti poi dopo qualche settimana (mentre sono 5 minuti, semmai, perché poi ci sarebbe un danno irreversibile!)... *sarebbe troppo tardi*.

Inoltre dovete tener presente, al di là della differente attuazione per le singole componenti individuali, che quel che conta è l'associazione di più cose insieme **in contemporanea o con determinata successione logica**, il che è ben diverso dal fare in tempi diversi tentativi separati con singole componenti della terapia.

## L'importanza del rapporto medico-paziente

Al di là di qualunque farmaco e di qualunque terapia, sembra che un ruolo molto importante lo abbia anche **chi cura il paziente**, il quale non è un orecchio (o due) con un corpo intorno, ma ha una sua psiche, delle emozioni, delle paure (spesso anche eccessive!), non di rado difficile anche caratterialmente come ogni essere umano, e ancor di più nel mio caso, per il tipo particolare di disturbi di cui mi occupo, così strettamente correlati allo stress, primario o secondario agli stessi disturbi, e tanto altro ancora che deve essere seguito in modo particolare.

Per occuparsi di queste specifiche problematiche bisogna essere un po' psichiatra/psicologo e un po' otorinolaringoiatra (unica mia specialità ufficiale, sia ben chiaro), ed essere sempre disponibile a trattare pazienti difficili.

Ma soprattutto serve un medico innamorato di quel che fa altrimenti, credetemi, diventa uno dei più noiosi lavori del mondo, se lo si fa scrollando le spalle e sbuffando, o solo per soldi.

Non c'è terapia che tenga, con questi specifici disturbi, se il paziente diventa solo un numero. E non lo dico per farvi bella impressione! Credo che nessuno dei miei pazienti si sia mai sentito trattato solo come... uno dei tanti.

**La piena disponibilità a spiegare e rispondere a ogni dubbio, quando è possibile dare una risposta, e fornire assistenza continua, se si vogliono trattare problemi come questi, strettamente correlati a stress e psiche, è parte integrante della terapia.**

Non è per pura coincidenza che molti, già solo parlando con me dei loro disturbi dopo molte esperienze deludenti, già spesso stiano meglio, sia in occasione della prima consulenza che in caso di recidiva. E non perché io abbia capacità speciali o doti soprannaturali di curare solo guardando negli occhi, ma solo perché faccio il medico come andrebbe fatto, e niente di più di quel che ogni medico dovrebbe essere e fare, e molti altri no!

E purtroppo tutti questi requisiti, a cominciare dalla necessità di passione per una medicina investigativa che obbliga a pensare, e non fatta solo di *“ti guardo l'orecchio (esterno, peraltro, che di più non si può vedere) il naso e la gola e ti dico cosa hai”*, per finire con l'impegno decisamente sproporzionato tra costo (fatica per il medico) e beneficio (per il medico, come se quello del paziente avesse poco valore) e altro ancora, sono probabilmente i motivi per i quali, alla fine, la terapia per idrope, come va fatta davvero, ancora oggi la faccio solo io!

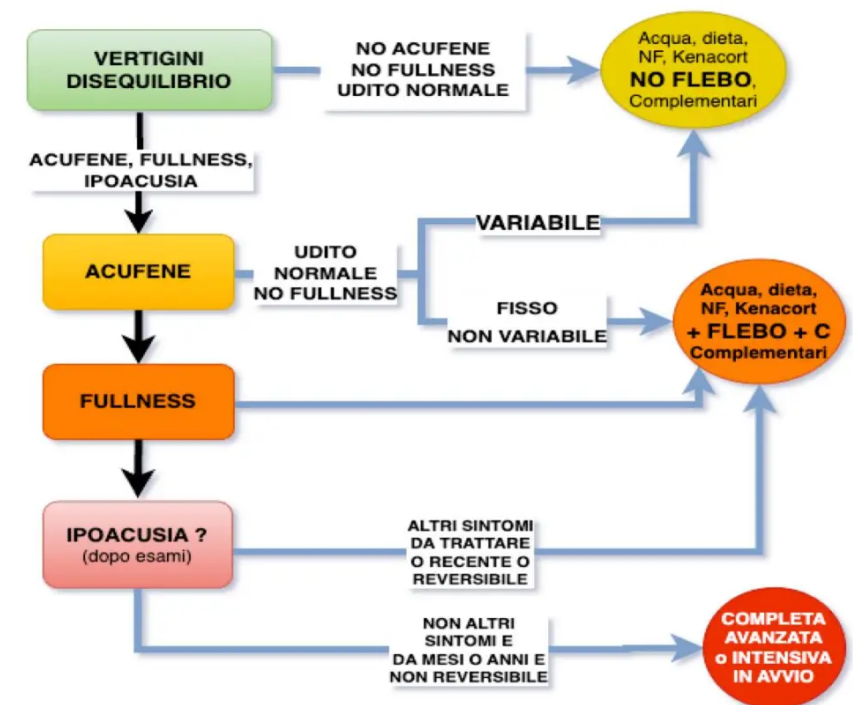
E questo nonostante quasi tutti gli specialisti italiani, o almeno chi si è mai interessato di questo settore, mi conoscano bene e sappiano cosa faccio e che risultati ho. E ho tentato di tutto nel corso degli anni, e sempre di più, per far interessare altri medici ma nonostante tutto, su questo sembra che io non abbia molto successo.

## Terapia a stadi

Nell'attuale versione della terapia viene proposta, salvo casi particolari o necessità di personalizzazioni, escludendo una o più componenti, per scelta del paziente, o per eventuali controindicazioni, una **terapia di avvio** che include acqua, neurofarmaci a bassa dose, dieta, singola iniezione di cortisonico a lunga durata di azione, una o due fleboclisi e ulteriori somministrazioni di cortisonico nei casi dove sia indicato, oltre a eventuali terapie complementari (ma obbligatorie, se previste) per disturbi specifici.

Viene proposta comunque una terapia preliminare con solo acqua e neurofarmaci, con introduzione graduale progressiva (non obbligatoria ma possibile, se si preferisce farlo) e con possibilità di sospensione, se assunti per meno di 10 giorni.

Il criterio che porta alla scelta della modalità di avvio, compresa la decisione se prescrivere o meno anche fleboclisi, in assenza di controindicazioni o altri motivi reali per personalizzare, sono i sintomi da trattare e le loro caratteristiche, non i pregiudizi del paziente. Tenetene conto, prima ancora di decidere di rivolgervi a me per consulenza e terapia.





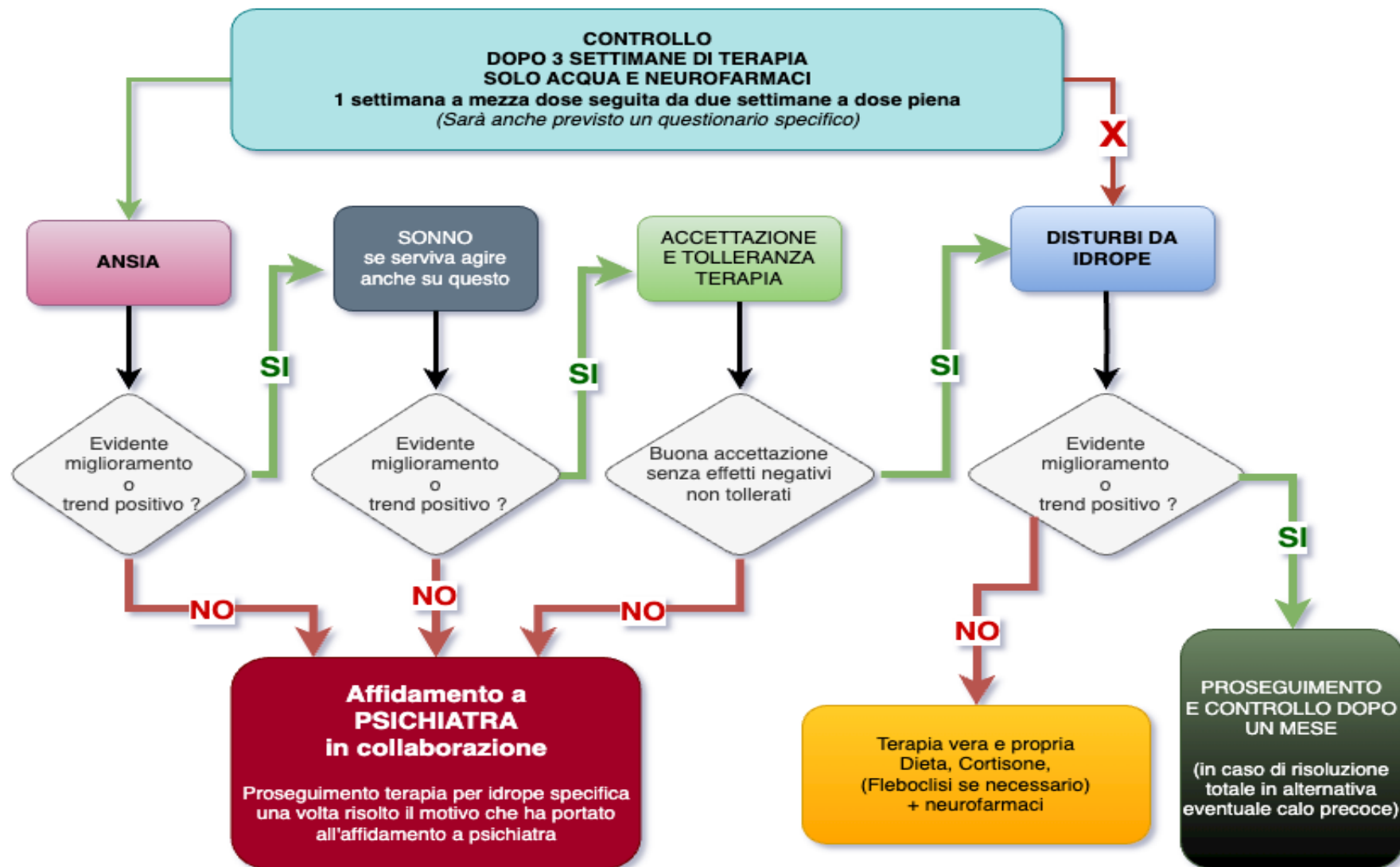
Solo successivamente, qualora la terapia di avvio non sia stata sufficiente, si prescrive **terapia avanzata**, che prevede aumento della dose dei neurofarmaci, prolungamento della dieta, più somministrazioni di cortisone e più fleboclisi, ed eventuale terapia iperbarica.

Sto però nel tempo dando sempre maggior importanza ai fattori psichici quali ansia e stress, preoccupazione, o paura, addirittura invertendo la priorità degli obiettivi, facendo precedere alla cura dei disturbi, ove necessario, la cura dell'ansia e anche di eventuali disturbi del sonno, tanto da considerare spesso, come possibile soluzione alternativa, una **terapia preliminare con solo carico di acqua e neurofarmaci per tre settimane**, in tal caso seguita da controllo con me prima di fare altro.

Questa modalità sta diventando sempre più spesso la prima scelta per l'avvio della terapia, anche per la sua semplicità, non richiedendo al paziente di apprendere e seguire con attenzione molte cose contemporaneamente, essendo limitata solo al bere acqua e assumere due farmaci alle dosi prescritte.

In caso si avvii con questa terapia preliminare di tre settimane, solo successivamente, in occasione del controllo con me, si deciderà, qualora peraltro già questa fase preliminare non abbia dato sufficienti risultati anche sui disturbi da idrope, cosa possibile, per il proseguimento con altre componenti della terapia quali dieta, cortisone, eventuali fleboclisi, terapie complementari.

Ma, in tal caso, prima ancora di valutare i risultati sull'idrope dopo le tre settimane di terapia, si considereranno quelli su ansia e su eventuali disturbi del sonno, e la tolleranza e accettazione della terapia con neurofarmaci, ricorrendo, se necessario, a consulenza psichiatrica, collaborando insieme alla gestione del paziente, per eventuali alternative farmacologiche e per valutare indicazione a psicoterapia.



**INDIPENDENTEMENTE DALL'ESITO O DALLO STADIO DI TERAPIA LA DIMISSIONE DEVE INCLUDERE UNA VALUTAZIONE ANCHE MEDIANTE QUESTIONARIO, DELLA CONDIZIONE PSICOLOGICA ATTUALE E ATTESA IN CASO DI RECIDIVA, INVIANDO A PSICOTERAPIA COGNITIVA O STRATEGICA CHI, NONOSTANTE L'EFFETTIVA RISOLUZIONE DEI SINTOMI NON POSSA GARANTIRE UNA CORRETTA REAZIONE A EVENTUALE RECIDIVA, CHI VIVESSE COMUNQUE CON ANSIA LA SOSPENSIONE OBBLIGATORIA DEI NEUROFARMACI, O CHI NON AVESSE OTTENUTO RISULTATI SUFFICIENTI O NESSUN RISULTATO DALL'INTERO PERCORSO DI TERAPIA, IN QUESTO ULTIMO CASO PER UN ADEGUATO E NECESSARIO SVILUPPO DI TOLLERANZA E ACCETTAZIONE.**

Ovviamente, al di là della modalità con la quale si avvia, esiste la possibilità che la terapia di avvio, pur ricorrendo anche a dieta, cortisone e fleboclisi o anche con eventuali fasi successive più avanzate, possa non essere sufficiente, soprattutto per ipoacusia e, anche se molto meno, avendo generalmente su questi risultati molto soddisfacenti, per alcuni acufeni.

Per alcuni, forse, e mi riferisco a problemi di udito o acufeni, fissi e stazionari e non variabili, non si può comunque ottenere il risultato cercato per l'eventuale presenza di danni irreversibili, ma non potremo saperlo mai con certezza, non potendo in alcun modo dimostrare danni permanenti, e non essendo criterio valido a escludere l'idrope o a confermare danni irreversibili il fatto che *la terapia del Dott. La Torre non ha funzionato.*

Per vertigini e disequilibrio, e generalmente anche per la fullness, invece, di solito non ci sono mai problemi a ottenere buoni risultati già con la terapia di avvio, perfino senza ricorrere a fleboclisi e, a volte perfino, con la sola terapia con acqua e neurofarmaci, sebbene qualche caso possa richiedere fasi più avanzate di terapia.

## La sicurezza va sempre al primo posto !

La terapia è studiata apposta per non avere conseguenze negative importanti, poiché dovendo trattare l'orecchio, non salvare la vita del paziente o curare il cancro, piuttosto **preferisco avere meno risultati che rischiare qualunque conseguenza**. Può esserci qualche transitorio effetto collaterale, ma si tratta sempre di effetti temporanei e non tali da non poter proseguire la terapia.

Anche se la terapia non presenta alcun rischio reale o effetto collaterale importante, alcune situazioni o patologie possono però costituire **controindicazioni** a qualche componente della terapia, e ci possono essere delle interazioni con altri farmaci assunti che devono sempre essere valutate.

Vengono comunque richieste di routine alcune *analisi di laboratorio*, se non effettuate recentemente e normali, quando siano previste anche fleboclisi, e il nulla osta di eventuali consulenti per ogni possibile controindicazione, anche minima.

La valutazione di eventuali controindicazioni o interazioni con altri farmaci assunti, è fatta, comunque, su molti livelli progressivi, per essere certi che non sfugga nulla, per dimenticanza da parte del paziente, a partire dalla compilazione di un *questionario* dettagliato prima della consulenza, fino all'invio al proprio medico di base per eventuale valutazione della terapia proposta.



## Possibili controindicazioni alla terapia o ad alcune componenti

- La terapia, nell'attuale protocollo completo **non è proponibile nei bambini**. Per casi in cui è necessario fare comunque parte della terapia bisogna ovviamente discuterne con il pediatra, ma non ho comunque alcuna esperienza di terapia al di sotto dei 14 anni di età. E un bambino non è solo un adulto più basso. Negli adolescenti può essere valutata la possibilità di attuarla, comunque senza neurofarmaci, ma solo dopo colloquio diretto con me.
- Qualora si stiano già assumendo **altri neurofarmaci** sarà necessario dopo la consulenza, consultare anche lo psichiatra o il neurologo che segue il paziente, per chiedere il nulla osta alla modifica della terapia in corso. Per alcune particolari situazioni, incluse alcune attività lavorative, possono essere non impiegabili i neurofarmaci, che potrebbero inoltre essere controindicati per alcune specifiche patologie concomitanti.
- La mia dieta per idrope è incompatibile con un **regime rigidamente vegetariano o vegano**. In caso sia una decisione irremovibile si potrà comunque fare terapia, ma senza dieta, pur consapevoli della possibile, ma non certa per tutti, riduzione di efficacia e del fatto che non stiamo rispettando, in tal caso, la corretta propedeuticità.
- La terapia è incompatibile con l'uso di **diuretici per via orale**, prescritti quale trattamento di una eventuale ipertensione o erroneamente prescritti quale cura per l'idrope, ma in entrambi i casi questi farmaci possono essere sospesi senza problemi, ma chiedendo sempre al medico che li ha prescritti, a meno che non fossero stati dati solo per Meniere o idrope, e quindi questo non costituisce vera controindicazione.

- La **terapia cortisonica** *potrebbe* essere controindicata in pazienti affetti da diabete, osteoporosi, patologie del fegato, ulcera gastrica attiva e diverse altre condizioni da valutare caso per caso. In questi casi, dopo la consulenza, sarà necessario richiedere un nulla osta allo specialista di competenza, ma comunque la terapia può essere effettuata anche senza cortisonici, sebbene ovviamente l'uso di ogni risorsa offra maggiori possibilità di risultato. Inoltre, di solito, viene dato nulla osta da parte di diabetologi, medici curanti e consulenti specialisti, per molte presunte controindicazioni, senza problemi. È però necessario lasciare uno spazio libero di tre settimane tra l'ultima dose assunta e quella da fare con me, quindi evitate di assumere cortisonici prima di contattarmi per la mia terapia, se non indispensabili.
- Le **fleboclisi**, e molto più raramente anche il carico idrico (e in questo caso non è possibile alcuna terapia per idrope), sono controindicate in pazienti con insufficienza cardiaca o alcune altre cardiopatie, per alcune patologie renali o delle vie urinarie, e per grave ipertrofia prostatica ostruente, salvo nulla osta del consulente interpellato.
- La **gravidanza** non è controindicazione assoluta a tutta la terapia, che deve però essere approvata dal ginecologo per ogni singola componente e richiede ovviamente delle modifiche. L'**allattamento** invece può essere una controindicazione a tutte le componenti e, in caso di urgenza di avviare il trattamento, è necessario sospenderlo.

Nonostante occasionali controindicazioni, nella maggior parte dei casi la terapia è comunque attuabile, ma con delle eventuali modifiche personalizzate, non per scelta, “capriccio” o pregiudizio del paziente, ma solo sulla base di controindicazioni o motivi reali.

## La terapia la decido io, non il paziente.

Non è possibile richiedere personalizzazioni, salvo quelle previste e da me già considerate in caso di controindicazioni o reali esigenze pratiche. Ci ho provato in passato a lasciare libertà di personalizzazione, ma alla fine non ha dato alcun vantaggio e, anzi, aggiungeva al paziente stress decisionale.

Salvo mia specifica valutazione sulla possibilità o necessità di evitare neurofarmaci, che sono assolutamente innocui, se usati correttamente, a basse dosi e nelle modalità e nei tempi da me indicati, nonostante qualunque pregiudizio, e realmente utili, tanto che il loro mancato impiego può fare molta differenza in termini di risultati, non è possibile per il paziente decidere di fare terapia senza assumerli. E questo vale anche per cortisonici o fleboclisi qualora fosse necessario prescriverli, che vengono aggiunti a dieta, neurofarmaci e acqua e non in sostituzione di questi.

Devo precisare questo perché, purtroppo, si assiste oggi a una tendenza preoccupante, soprattutto nei più giovani, ma non solo, a rifiutare per principio assoluto o per ipotesi *complottistiche* varie su Big Pharma o altro, ogni terapia farmacologica, con l'aggravamento delle polemiche sui vaccini poi diffuse a tutti i farmaci.

Nonostante l'impiego fondamentale nella mia terapia anche di componenti non farmacologiche quali acqua, dieta o altro, **io propongo e prescrivo farmaci** e non faccio medicina alternativa senza farmaci, salvo qualche raro caso in cui ritengo sufficiente avviare solo con acqua e dieta. Tenetene conto prima di prenotare una consulenza con me.

In particolare per i neurofarmaci. Sappiate che, in linea di massima, salvo casi specifici e su mia decisione, se avete specifici pregiudizi irremovibili e non superabili, per puro principio o basati su esperienze con farmaci diversi, a dosi diverse, dati da altri medici o comunque dati senza il carico di acqua da me sempre previsto, che modifica completamente la loro attività, aumentando l'efficacia e riducendo eventuali effetti collaterali, non potrete proprio fare terapia con me.

Inoltre vi ricordo a tal proposito che, per quanto a voi sembri strano, i farmaci *ufficiali* sono di fatto, se correttamente utilizzati, molto più sicuri di qualunque integratore o fitoterapico o *prodotto naturale*, essendo sottoposti a controlli maggiori. Ovviamente chi specula su queste alternative non farmacologiche getta benzina sul fuoco per alimentare la paura di assumere veri farmaci.

Io sono un medico sin troppo scrupoloso e rispettoso, ma non verso i "capricci" dei pazienti o le paure irrazionali (che paradossalmente richiedono ancora di più i neurofarmaci oltre ad eventuale psicoterapia). Conosco quel che prescrivo, e quel che prescrivo lo ho verificato per tantissimi anni su decine di migliaia di pazienti.

Se non vi fidate della mia competenza e onestà nell'affermare che non esiste alcun rischio reale tale da evitare farmaci, a meno di controindicazioni specifiche, allora è preferibile non farsi proprio seguire da me e non chiedermi nemmeno consulenza, ma cercare qualcun altro che vi offra alternative a voi più gradite.



## Cosa aspettarsi dalla terapia ?

**La terapia non può guarire l'idrope in modo definitivo**, come non può farlo nessuna terapia in medicina e per nessuna patologia, con l'eccezione delle asportazioni chirurgiche dell'organo malato o delle malattie infettive che lasciano immunità permanente. Sono possibili, ma non obbligatorie, recidive, comunque trattabili.

Ma **la terapia può farvi star bene** spegnendo o migliorando, anche in base alla presenza o meno di possibili situazioni irreversibili, l'attuale condizione e permettervi una rapida risoluzione, in caso di recidiva, che potrebbe anche non esserci mai o presentarsi magari in forma leggera a distanza di anni. La verità è che non lo possiamo prevedere.

Nell'affrontare una terapia, come per ogni progetto, ovviamente dovete sapere quale è il vostro obiettivo, quali le risorse e quali i limiti, ma soprattutto dovete ***avere chiaro quel che per voi significa star bene***. Siete infatti voi e solo voi a poter giudicare quanto l'eventuale quota presente o persistente del disturbo sia in effetti fastidiosa e meritevole di cura. Non potete chiedere a me, o ad altri in famiglia, ad esempio, se state bene o no! Lo potete sapere solo voi! Ma qui vi darò dei consigli per capire cosa è logico porsi come obiettivo.

Ovviamente l'ideale è non avere proprio alcun sintomo o disturbo, cosa che si raggiunge in molti casi, ma anche un livello di benessere per il quale non mi avreste nemmeno contattato per fare terapia, scorporando dai vostri sintomi ansia e preoccupazione, spesso derivanti solo dalla non conoscenza del disturbo stesso, dovrebbe essere considerato sufficiente. Perché **salute non vuol dire perfezione**.

**SALUTE**  
**BENESSERE FISICO + BENESSERE PSICHICO**  
**NON PERFEZIONE!**

L'obiettivo della cura per idrope che io propongo non è né la totale scomparsa assoluta di eventuali sintomi comunque non fastidiosi, né la guarigione definitiva senza alcuna possibilità di future recidive, che non è possibile promettere o garantire a nessuno, né per l'idrope (o almeno non con la mia terapia), né per la maggior parte delle altre malattie o disturbi, bensì il cosiddetto **beneficio (o benessere) sufficiente** (concetto da me creato già da anni). E a questo bisognerebbe puntare come risultato cercato.

**Essere a *beneficio (o benessere) sufficiente*, per uno specifico disturbo significa che non ritenete, qualora la situazione rimanesse tale, di avere bisogno di altra terapia, o di avviarne alcuna, perché state di fatto già sufficientemente bene.**

In Medicina, infatti, non **si deve curare** tutto, ma **solo quel che è una possibile patologia pericolosa**, per la salute o per la vita, ovvero una malattia, e l'idrope non lo è, come non lo sono i disturbi per i quali propongo terapia, **o quel che costituisce un reale fastidio** tale da richiedere una cura.

## Consigli per valutare il beneficio sufficiente e la reale necessità di proseguire (o avviare) una cura per idrope.

- Non lasciatevi influenzare da esperienza precedente o da paura di recidive future. Se state bene dovete interpretare questo come *beneficio sufficiente*!
- Attenzione però a non accontentarvi eccessivamente o considerare il beneficio ottenuto solo su uno o alcuni disturbi principali, ma anche quello su altri disturbi per i quali ritenete sia necessaria terapia.
- La terapia non potrà mai in nessun modo garantirvi con certezza l'assenza di recidive (può succedere ma non lo possiamo sapere prima), per cui *beneficio sufficiente* non può essere la *guarigione assoluta* con certezza di assenza di recidive future.
- Se però pur non avendo disturbi, vivete comunque con la costante paura di recidive e vi fate per questo condizionare la vita, siete a *beneficio sufficiente* per i sintomi da idrope, ma *di sicuro non state bene* e dovrete considerare la necessità di chiedere aiuto a uno psichiatra o a uno psicologo, se le mie costanti rassicurazioni sulla non gravità di eventuali recidive, comunque trattabili, non fossero sufficienti.
- La cura per idrope può anche a volte portare alla risoluzione completa, ovvero alla scomparsa dell'acufene anche nel silenzio, al recupero totale dell'udito normale ecc., ma questo non deve necessariamente essere l'obiettivo prefissato, perché avere un lieve acufene o un lievissimo disequilibrio occasionale, o piccoli transitori aumenti del disturbo, o un udito tale da non creare alcun reale problema, non è detto che debba essere oggetto di ulteriore cura.



- Il concetto di *beneficio sufficiente* non deve essere rapportato agli altri. Un ragionamento che da sempre considero assurdo è “*l’acufene non mi dà fastidio ma, siccome gli altri non ce l’hanno, è una patologia e allora non lo devo avere nemmeno io*”. Errore doppio sia per la competizione salutistica con altri, davvero assurda, sia perché in realtà moltissimi ce l’hanno o hanno altri disturbi che avete anche voi (sono disturbi frequenti e comuni), ma non ve lo vengono a raccontare perché non lo considerano importante, come magari di loro non sapete molte altre cose.
- Il concetto di *beneficio sufficiente* non deve essere inteso come prevenzione del futuro che non conoscete, e che non offre nessuna probabilità statistica tale da assicurare una prevenzione possibile, a meno di non mantenere terapia a vita per qualcosa che potrebbe però non capitare mai anche senza terapia.
- Non dovete pensare “*se porto l’acufene a zero è più improbabile che torni a livelli fastidiosi*”. Potrebbe restare a valore 1-2 e mai salire oltre 3 per tutta la vita, o essere portato a zero per poi schizzare a 7 in un giorno tutto assieme, e costringerci a rifare terapia. Lo zero deve essere obiettivo solo se anche 1 vi dà vero reale fastidio.
- Non dovete rapportare il beneficio rispetto a come stavate prima. Certo sarete felici se prima stavate *malissimo* e adesso grazie alla terapia solo *male*, ma l’obiettivo è farvi stare *bene* e quindi non dovete accontentarvi. In quel caso vi serve terapia o fare di più.
- Non dovete limitarvi alla cura nei confronti di un solo sintomo o disturbo, se ritenete che anche altri siano meritevoli di cura, ma non dovete assolutamente pensare che uno crei l’altro. L’acufene non causa ipoacusia, l’ipoacusia non causa l’acufene ecc.

- Non dovete confondere l'attenzione psicologica cognitiva che portate al disturbo con il fastidio effettivo che il sintomo stesso vi dà. Ovvero *“di per sé sentire questo acufene non mi crea problemi ma mi costringe a pensare che allora sono malato”* non è un disturbo da acufene, ma di tipo psichiatrico, se persistente. Se l'acufene (o altro) vi dà solo ansia dovete curare soprattutto l'ansia, non l'acufene, così come la terapia di chi soffre di *aracnofobia* (paura dei ragni) non è, e non dovrebbe essere, sterminare tutti i ragni del pianeta.
- Mantenete aspettative reali e davvero utili. Un esempio per capire: paziente che da 40 anni non sente più a sinistra e ci ha vissuto benissimo senza problemi fino a quando non sono arrivati l'anno scorso vertigini e acufeni. Con la cura passano completamente le vertigini e gli acufeni, ma l'udito resta invariato. Perché mai dovremmo obbligatoriamente andare avanti fino al recupero dell'udito, se non gli dava alcun problema in precedenza?
- Ogni sintomo è una partita a sé stante. Pensare *“poiché la cura ha funzionato sulle vertigini, sicuramente funzionerà sull'acufene”*, ad esempio, è sbagliato, ma se avete bisogno di curare l'acufene, dovete andare avanti e non fermarvi alla cura delle vertigini, se i risultati per l'altro disturbo tardassero o fossero incompleti.
- Rapportate sempre pro e contro. Il fastidio residuo è tale da giustificare la proposta di proseguimento terapia?
- Evitate sfide e capricci tipo *“devo sconfiggere l'acufene”* o *“voglio il silenzio assoluto”*, quando magari prima non ve ne è mai importato nulla.

- Evitate i ragionamenti logici errati, come ad esempio: *“poiché sono musicista, per me è importante proseguire la cura fino a guarigione e non mi basta non avere alcun fastidio ecc.”*
- Evitate di colpevolizzare i vostri disturbi per tutto e di usarli come alibi. *“Non riesco a studiare perché ho l'acufene”*, ad esempio, quando magari, in realtà, non avete più voglia di studiare, indipendentemente dal sintomo, o *“ho problemi con mio marito che non capisce il mio disequilibrio”*, quando magari avete sempre avuto problemi di comprensione reciproca anche prima.
- Evitate il vantaggio secondario tipo *“se mi passa tutto poi come faccio a lamentarmi e avere le attenzioni che ho da quando sto male ?”*, che potrebbe farvi riferire di star peggio di come in effetti davvero state.
- Obiettivo della cura è star bene e non la perfezione. Quasi tutti hanno, o hanno avuto, occasionali acufeni, che hanno generato anche detti popolari tipo *“mi fischiano le orecchie perché qualcuno mi sta pensando”*, o piccoli *ovattamenti*, o lievi *capogiri*, senza che questo significhi nulla.
- Con le vertigini in particolare ricordate che un grave episodio intenso con vomito ma isolato non costituisce vera recidiva se restasse episodio isolato mentre un costante stato di lieve disequilibrio soggettivo che mai sfocia in vero attacco acuto se fastidioso, è motivo di cura. Conta l'intervallo libero da disturbi, piuttosto che l'intensità del singolo episodio sporadico.
- Non rapportatevi a quel che si potrebbe ottenere ma a quel che davvero vi serve. Non si porta avanti una cura quando state secondo voi bene, solo perché altri pazienti riferiscono risultati migliori del vostro, mostrando che è possibile arrivarci. E questo indipendentemente dal fatto che per voi sia possibile o no.

- Obiettivo della cura è farvi stare come prima che iniziaste ad avere problemi, e non meglio! E non dovete considerare sintomi di malattia quelli che sono disturbi (e solo se... disturbano). Intendo dire che se per caso avevate un acufene che non vi dava alcun fastidio, ad esempio, e per il quale una volta tranquillizzati sull'assenza di gravi patologie ve lo siete tenuto senza problemi perché non vi dava alcun fastidio, se poi avete avuto in seguito aumento dell'acufene o comparsa di altri sintomi, non dovete avere come obiettivo anche la scomparsa dell'acufene, ma solo il riportare le cose come stavano prima. Non avete sbagliato *"trascurandolo"*, perché non è per quello che poi avete avuto altri problemi, che sarebbero potuti arrivare lo stesso a distanza di tempo.
- Diverso però è se quell'accettazione era forzata e motivata solo dall'assenza di cura. Nel 1970, quando in Italia fu approvato il divorzio moltissime coppie divorziarono, non perché solo ora ne avessero motivo, ma solo perché prima non era possibile. Se avreste sempre voluto una cura ma non c'era, è giusto farla ora che c'è. O meglio ora che sapete che una cura c'è, visto che io propongo una terapia da oltre 25 anni.
- Ma allo stesso tempo ricordate che deve essere la domanda di cura a generare l'offerta di cura e non il contrario (il che ormai purtroppo avviene sempre in ogni settore). Non si fa una cura perché una cura è disponibile, ma perché ne avete reale bisogno.
- Ricordate che esistono disturbi potenzialmente intrattabili come soprattutto alcuni acufeni fissi invariabili o alcune forme di ipoacusia che potrebbero in teoria essere dovuti a danni permanenti comunque mai diagnosticabili o dimostrabili. Ma l'eventuale persistenza di evidenti fluttuazioni, variazioni o ricorrenze indica che il problema è ancora l'idrope e che quindi, se questo per voi è fastidioso, dovrete andare avanti perché, statisticamente e probabilisticamente parlando, avete ancora margine di cura. Ma il criterio della presenza o meno di reale fastidio residuo deve essere quello dominante nella decisione.



Ma le due domande finali che dovete porvi valutando tutto questo sono...

1. *Cosa cambierebbe davvero se ottenessi ulteriori risultati andando avanti con la cura o avviando la terapia (se non l'avete proprio iniziata)?*
2. *Sto già abbastanza bene da andare avanti con la mia vita senza che i miei sintomi da orecchio interferiscano con la mia vita normale e serenità?*

Se la risposta è poco o nulla alla prima e sì alla seconda, allora vuol dire che state già bene!

Non dimenticate, infine, che parliamo di **disturbi di per sé estremamente frequenti nella popolazione generale** che la maggior parte delle persone hanno, hanno avuto o avranno nel corso della vita (me compreso), senza dargli per la loro occasionalità e sporadicità, o grado, alcuna importanza. Quindi il problema non è avere un sintomo di una malattia, ma semmai un disturbo. E **un disturbo è per definizione tale solo se... disturba.**

Purtroppo però è anche vero che ormai la società sta cambiando, e la Medicina ormai diventa sempre meno affidabile, e purtroppo anche più *sporca* e *avida*, e i medici sempre meno tranquillizzanti e sempre meno... medici. L'ipocondria è diventata un male sociale. E l'ansia galoppa indisturbata, giustificando il tutto magari con gli eventi esterni e mondiali (come se invece prima non foste già ansiosi e stressati...). E ci si dimentica che, nonostante pandemie, guerre locali europee o comunque vicine, crisi economica e stress quotidiano, in Italia l'aspettativa di vita media è 82 anni, contro i 48-50 di alcuni paesi africani, dove ancora si muore per un puntura di zanzara, ed dove ancora, nel 2022 (dati Unicef), se mettete al mondo un figlio, avete il 10-12% di possibilità che non arrivi a cinque anni, e l'8-9% che non arrivi nemmeno a un anno.

E non so voi ma io, seppur cresciuto con la guerra fredda, il terrorismo e gli anni di piombo, non baratterei mai la mia vita con quella di chi si è fatto la seconda guerra mondiale, o con chi è morto per banali infezioni, solo perché Fleming (*Alexander, non Ian lo scrittore di 007...*) non aveva ancora scoperto la penicillina. E se noi siamo ansiosi e soffriamo per ogni più piccolo disturbo, gli altri, gli africani di oggi o anche gli italiani di allora, che dovrebbero dire?

Non dimenticatelo mai, nel giudicare quanto siete *malati* (augurandovi che la vostra *malattia* sia solo questa, il che purtroppo non è scontato), che viviamo in un'epoca e in una parte del mondo dove acufeni o vertigini sono considerati... *malattie*.

E io mi sono sempre considerato solo uno che fa bene il suo lavoro, dando il suo piccolo contributo per far star meglio un po' di persone, e non certo un medico che... salva vite umane!

Che poi, diciamoci la verità! Quante davvero ne ho aiutate o ne potrò aiutare di persone, se alla fine, gli altri medici non mi filano proprio (tranne quando serve per loro stessi), rispetto alla marea di pazienti che avrebbero bisogno di una cura per questi disturbi, in Italia o in altri Paesi? E sebbene io abbia di sicuro fatto tanto per diversi pazienti, a volte questo pensiero mi fa sentire, comunque... del tutto inutile. E spesso mi domando, con molta tristezza, ora che di sicuro sono, per età, più vicino alla fine che non all'inizio della mia storia professionale, se avrei potuto fare di più. E cosa avrei dovuto fare di più o in modo diverso. Proprio come lui, anche se io non salvo, come detto, vite umane.



Scena finale di Schindler's List. Bellissimo film! Sul sito ho messo il video.

Caro lettore o cara lettrice, a meno che tu non sia il tipo che comincia un libro dalla fine, non sono così *crudele* da farti leggere ancora altro, se davvero hai già *subito* oltre 300 pagine di questo mio *quasi* libro. Quindi niente *conclusione*, ma solo un grazie di ❤ per avermi “*filato*”. Ciao.

