

Andrea La Torre

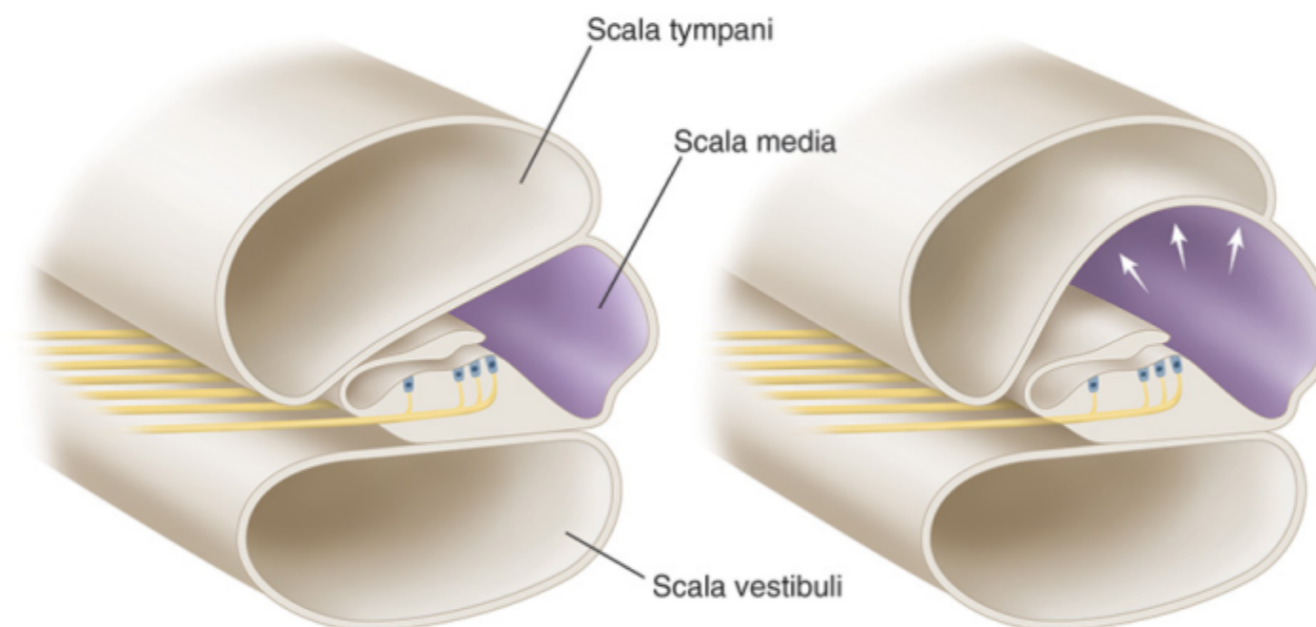
# CONOSCERE **QUALCOSA** SULL'IDROPE DELL'ORECCHIO INTERNO DALLE BASI ALLA TERAPIA

Sintesi **molto riassuntiva** del mio quasi libro e del percorso di apprendimento guidato del sito [idrope.info](http://idrope.info)

Versione sintetica per pazienti *pigri* e medici non *molto* interessati

## Introduzione all'idrope e ai suoi sintomi

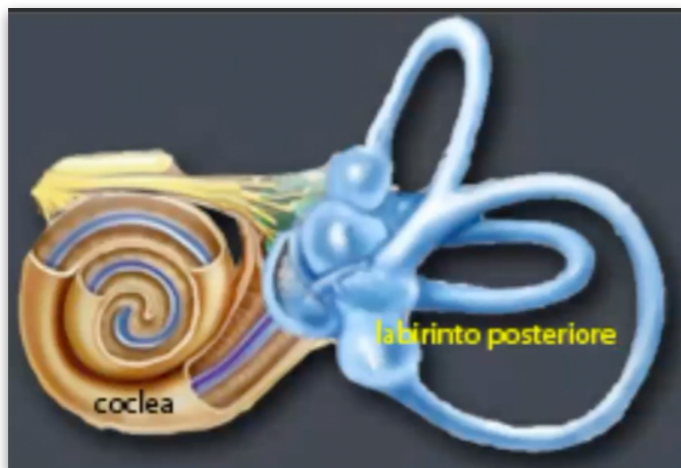
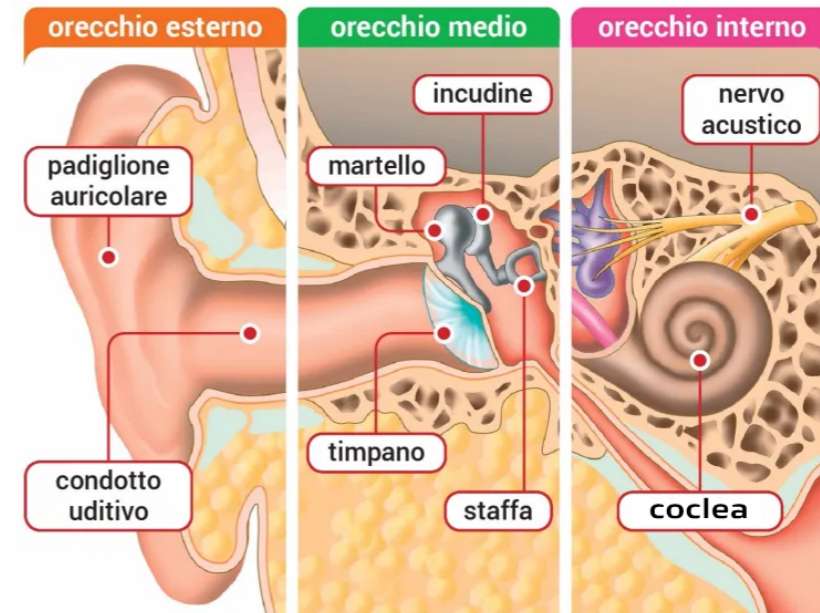
Gli **acufeni** (rumore nell'orecchio), le alterazioni dell'udito (**ipoacusia**, **disacusia**), le crisi di **vertigine** ricorrenti, il **disequilibrio soggettivo**, il senso di pressione auricolare o di orecchio chiuso (**fullness**), l'**iperacusia** (fastidio per i rumori) e perfino la **chinetosi** (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**.

# È sempre l'orecchio interno!

Dal punto di vista anatomico, l'orecchio può essere suddiviso in tre parti, l'**orecchio esterno**, l'**orecchio medio** e l'**orecchio interno**.

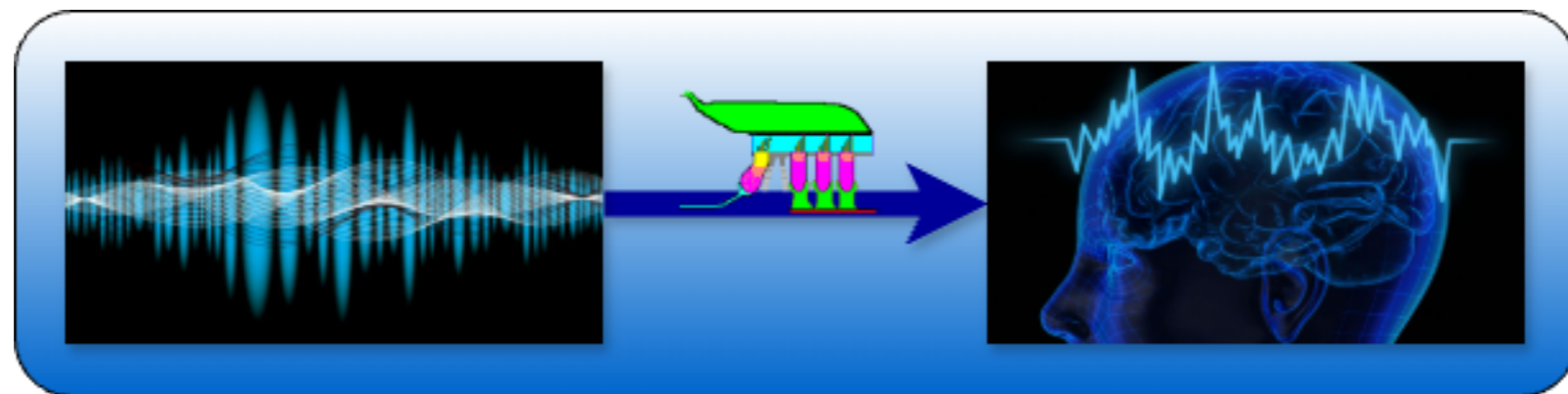


Nell'orecchio interno abbiamo due aree ben distinte dal punto di vista della funzione, ma contigue e comunicanti dal punto di vista anatomico, la **coclea** e il **labirinto posteriore**.

Tutti e tre i settori o parti dell'orecchio sono coinvolti nella **funzione uditiva**, che ci permette di sentire.



Ma, per poter giungere a livello cosciente, suoni e rumori devono essere convertiti in un **segnale bioelettrico**, l'unico tipo di segnale che il nostro cervello può ricevere, e al quale viene inviato attraverso il nervo acustico. Questa conversione avviene **nell'orecchio interno** dove la vibrazione meccanica-acustica dall'orecchio medio viene trasmessa ai liquidi, e da questi alle **cellule ciliate** della coclea, i recettori dell'udito, e quindi alle fibre del **nervo acustico**. E da qui in poi il segnale non è più meccanico o acustico (suono, rumore), ma solo un segnale bioelettrico.



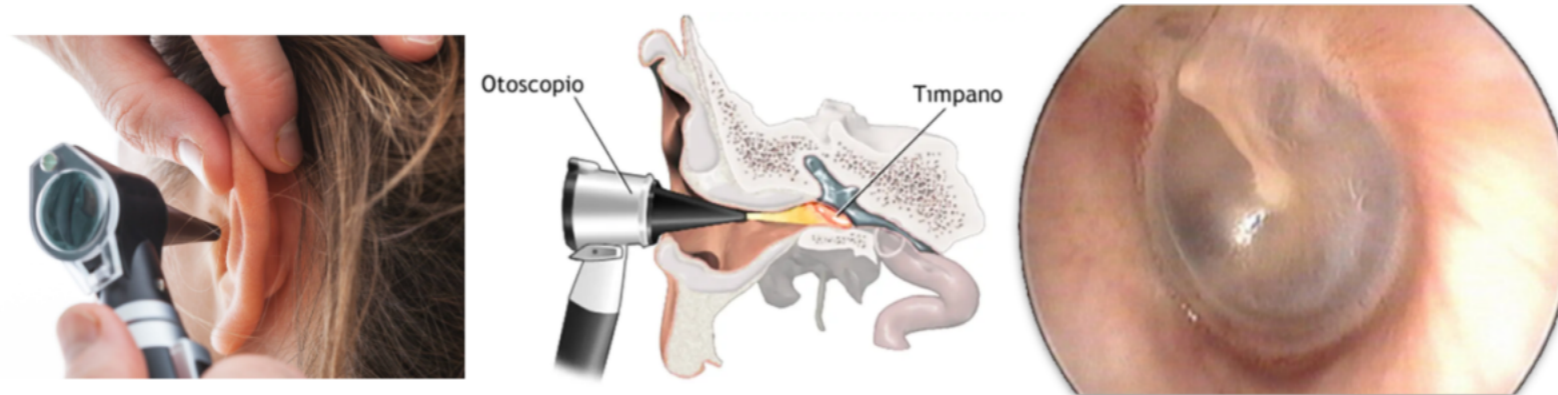
**Solo l'orecchio interno (coclea) può quindi causare ipoacusia neurosensoriale (perdita dell'udito da orecchio interno) o veri acufeni**, che sono appunto segnali bioelettrici non generati da alcuna sorgente sonora e non veri suoni o rumori, ben diversi dai veri rumori che il nostro corpo può produrre, e che possono essere a volte percepiti a livello cosciente.

La **funzione vestibolare**, deputata all'informazione circa i rapporti tra il corpo e lo spazio circostante, viene invece svolta solo dall'orecchio interno, nel labirinto posteriore, senza alcun ruolo dell'orecchio esterno e medio, e i recettori vestibolari dell'orecchio interno sono l'unica vera fonte di informazione che permette al cervello di adeguare la posizione degli occhi e quella del corpo alla posizione assunta in quel dato momento e alle sue variazioni.

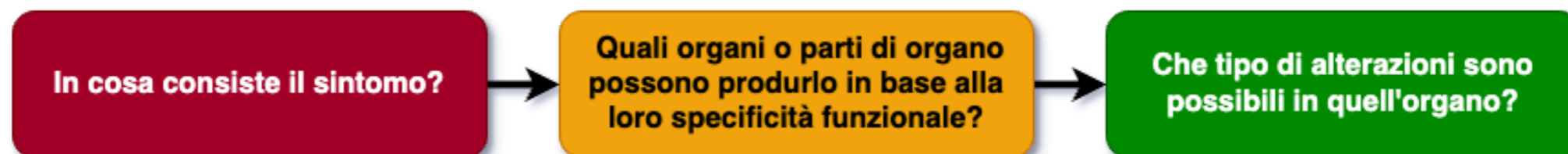


Quindi **solo l'orecchio interno è in grado di provocare vertigini o disequilibrio soggettivo** che sono sempre derivanti da un'alterazione dell'informazione che giunge al cervello (input).

Ma **l'orecchio interno non può essere visitato direttamente**. Tutto quel che il medico può vedere è l'orecchio esterno fino alla membrana del timpano, ma non è mai lì che si creano i disturbi dei quali ci stiamo occupando.



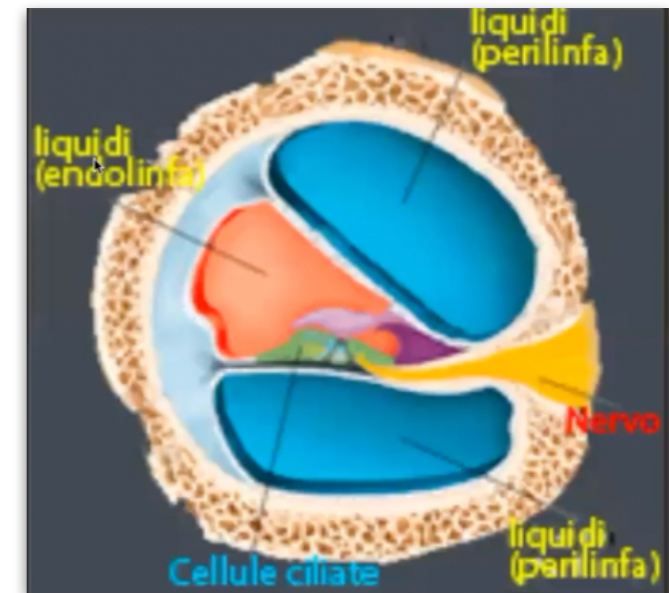
Quindi, tutto quel che possiamo fare è usare le basi note di **anatomia** (com'è fatto) e **fisiologia** (come funziona) del corpo umano e il **ragionamento logico**, per poter interpretare i vari sintomi, e giungere a proporre una terapia.



Per acufeni, vertigini, ipoacusia neurosensoriale e altri disturbi da orecchio interno, tutto quel che serve davvero è parlare con il paziente e ragionare, motivo per cui, visti i notevoli vantaggi e la completa assenza di limiti, io offro consulenze e assistenza, ormai da molti anni, in **consulenza audiovideo**. Cosa cambierebbe, non potendo fare alcuna visita diretta della sede (l'orecchio interno) dove si originano i disturbi che vogliamo trattare?

## Cellule, nervi e liquidi

Nell'orecchio interno ci sono solo **cellule** (cellule ciliate nella coclea e cellule dei recettori vestibolari nella parte vestibolare dell'orecchio interno), **fibre nervose** (nervo uditivo e nervo vestibolare) e **liquidi** (perilinfia ed endolinfia).



**Le cellule cocleari** (che sono neuroni modificati) **non possono rigenerarsi dopo un danno e non possono essere riparate o sostituite, né spontaneamente, né con alcuna terapia.** Conoscendo la biologia delle cellule dell'orecchio interno e dei nervi (prolungamenti dei neuroni), possiamo quindi essere certi che un danno delle cellule o dei nervi sarebbe sempre permanente, non variabile, e non curabile.

Conoscendo la biologia delle cellule dell'orecchio interno e dei nervi (prolungamenti dei neuroni), possiamo quindi essere certi che un danno delle cellule o dei nervi sarebbe sempre permanente, non variabile, e non curabile.

### Dizionario

**permanente** (per·ma·nèn·te)

agg. s.

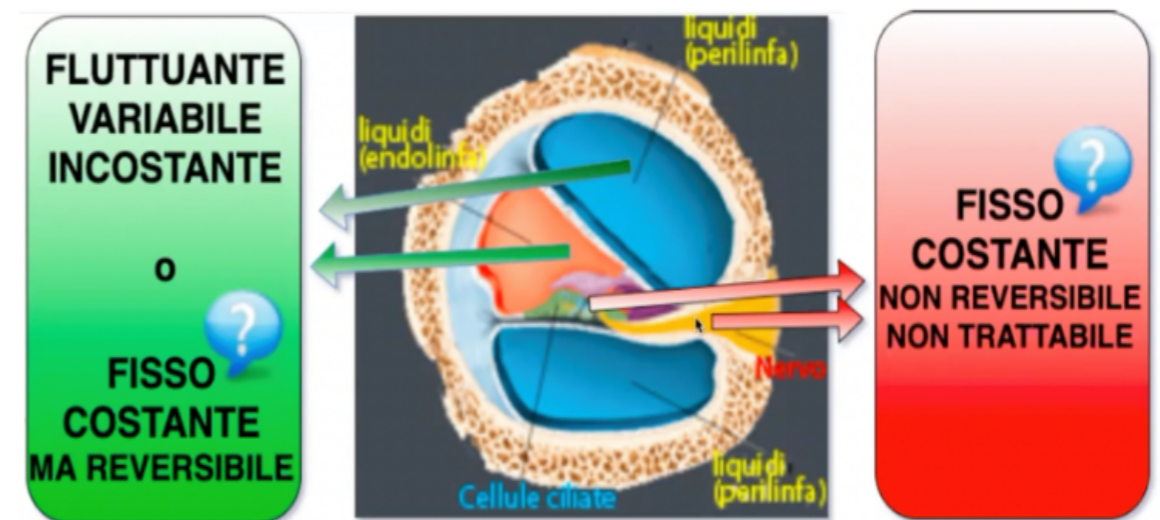
A. agg.

Che si protrae nel tempo in modo stabile, senza interruzioni né cambiamenti.

Peraltro **è impossibile verificare o dimostrare danni permanenti dell'orecchio interno**, qualunque esame si voglia effettuare, e qualunque cosa vi abbiano eventualmente raccontato. E se ci fossero (ma non possiamo saperlo o confermarlo in alcun modo) sarebbero comunque intrattabili.

Per lo stesso motivo, però, sapendo che un eventuale danno delle cellule ciliate della coclea o dei recettori vestibolari del labirinto posteriore potrebbero solo dare sintomi invariabili e persistenti, possiamo essere certi che **sintomi ricorrenti o fluttuanti non possono mai derivare da un danno permanente, ma solo da una disfunzione creata dai liquidi (idrope)**. Questo è il caso delle vertigini ricorrenti, dell'acufene fluttuante o di una ipoacusia fluttuante.

Ma un **idrope persistente** che mantenga un disfunzione dell'orecchio interno può anche essere la causa sottostante di un acufene sempre presente non spontaneamente fluttuante, o causare una perdita dell'udito neurosensoriale apparentemente permanente, ma in tal caso reversibile con un trattamento adeguato.

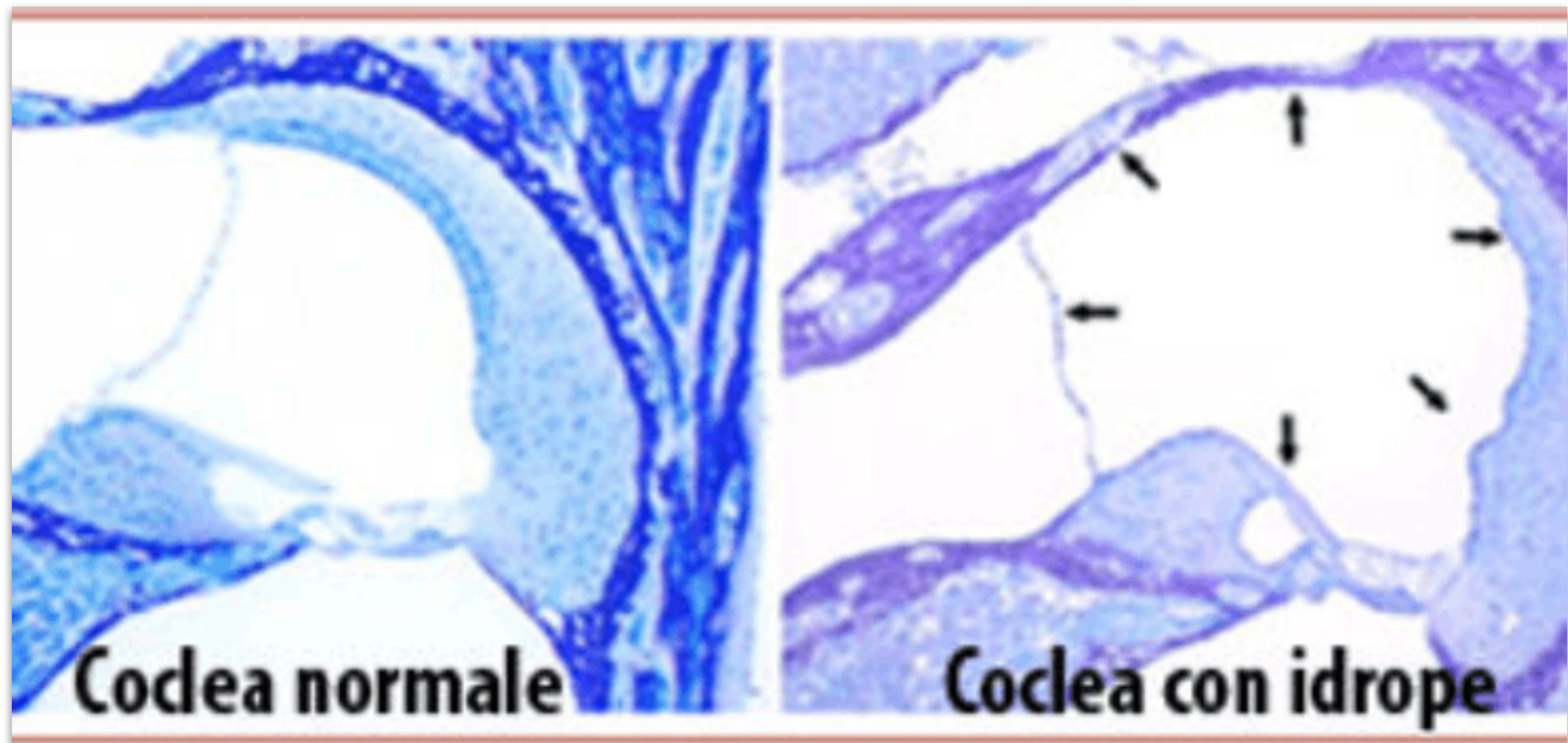


In pratica, mentre è vero che un'ipoacusia o un acufene non variabili potrebbero derivare in effetti da un danno permanente, non trattabile (ma mai verificabile), questo non significa che questa debba essere la causa, mentre in caso di ipoacusia e/o acufene variabili siamo certi che il meccanismo che crea la variazione del sintomo non può essere un danno permanente e i danni delle cellule ciliate sono appunto sempre permanenti.

## Orecchio interno e idrope

Per **idrope dell'orecchio interno** si intende l'aumento del volume dei liquidi nell'orecchio interno. Questa è la situazione patologica che dà la **Malattia di Meniere**.

L'idrope è una condizione provata e nota da molti anni, anche se le cause primarie che portano allo sviluppo dell'idrope rimangono poco chiare.



L'aumento di pressione creato dall'eccesso di liquido può interessare le **cellule cocleari** e i **recettori vestibolari**, creando così diverse combinazioni di perdita dell'udito, acufeni, vertigini, disequilibrio soggettivo, sensazione di orecchio chiuso.

È molto più frequente di quanto si creda ed è sottovalutato, pensandoci solo quando si manifestano tutti i sintomi (in una tipica **Sindrome di Meniere**).

**L'aumento del liquido dell'orecchio interno può portare a un singolo sintomo** (es. solo acufene senza perdita dell'udito o vertigini, o solo vertigini o vertigini senza alcun sintomo cocleare, ecc.), **combinazioni variabili di sintomi diversi, o addirittura rimanere asintomatico.**

**L'idrope è l'unica condizione curabile nell'orecchio interno**, considerando che il danno delle cellule ciliate o dei nervi non potrebbe mai essere riparato.

Ma **l'idrope non è in senso stretto una patologia o una malattia**, visto che è presente in moltissime persone pur senza dare alcun sintomo, o dando solo disturbi del tutto occasionali.

## Stress, ADH e idrope

Gli esatti meccanismi che regolano la quantità di liquido necessaria allo svolgimento della funzione cocleare (udito) e vestibolare (equilibrio) non sono ancora del tutto chiari, ma quanto sappiamo è sufficiente per poter proporre un trattamento per regolare i liquidi dell'orecchio interno e agire sull'idrope.

Sappiamo che un ruolo importante è svolto dall'**ormone antidiuretico, ADH**, noto anche come vasopressina, principale regolatore dei liquidi dell'orecchio interno, che ne determina come effetto globale l'aumento, stimolando la produzione e forse anche riducendo il riassorbimento, e specifici recettori ormonali e specifici canali idrici (*aquaporine*) sui quali agisce l'ormone, nell'orecchio interno, sono stati identificati già oltre 25 anni fa.



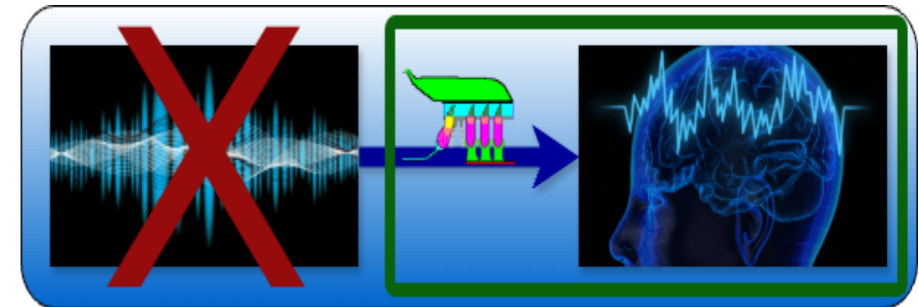
Il rilascio dell'ormone antidiuretico, **attivato principalmente da qualsiasi tipo di stress** (psicologico, in relazione anche con l'ansia, ma anche di qualunque altra natura, ad esempio per patologie concomitanti, ciclo mestruale e perfino variazioni climatiche e atmosferiche), **e da mancanza di acqua libera**, e la sua interazione con l'orecchio interno, sono il **bersaglio principale della terapia che propongo per trattare idrope**.

La **relazione tra l'ADH, l'orecchio interno e l'idrope** è riportata e confermata da molti articoli scientifici da molti anni, ma sembra essere totalmente ignorata o non considerata per una terapia, da otorinolaringoiatri e audiologi in tutto il mondo e, a quanto ne so, nessun altro ha sviluppato un trattamento basato sulla relazione tra ADH e orecchio interno.

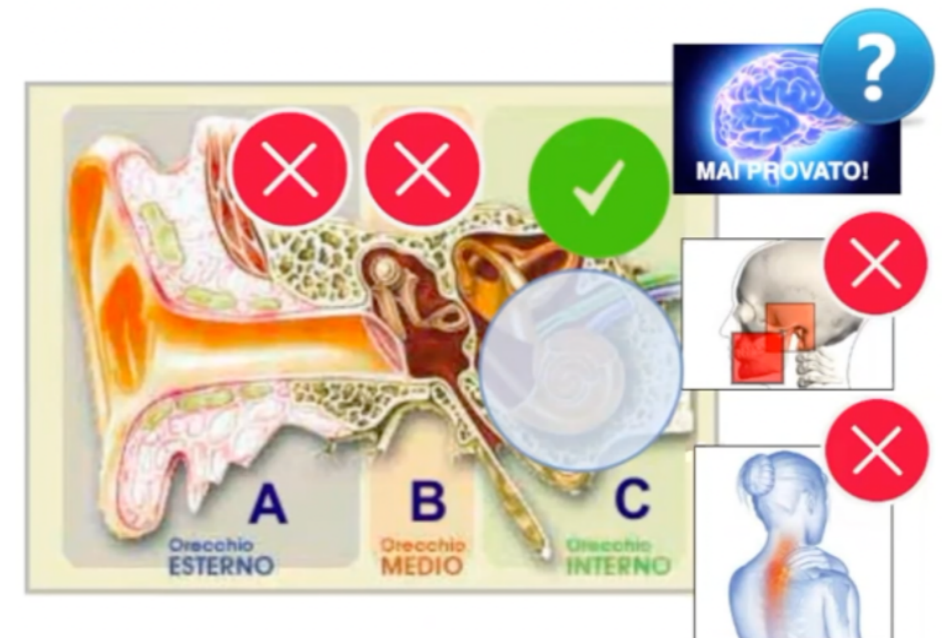
The screenshot shows a PubMed search results page. The search query is "endolymphatic hydrops AND vasopressin". The page displays 74 results, sorted by "Most recent". The first five results are visible, each with a checkbox, a title, authors, citation information, and a share link. The first result is "Endolymphatic Sac Drainage Surgery and Plasma Stress Hormone Vasopressin Levels in Meniere's Disease" by Kitahara T, Okayasu T, Ito T, Fujita H, Ueda K. The second result is "Live imaging and functional changes of the inner ear in an animal model of Meniere's disease" by Kakigi A, Egami N, Uehara N, Fujita T, Nibu KI, Yamashita S, Yamasoba T. The third result is "[Arginine vasopressin-aquaporin2 signal pathway and endolymphatic hydrops]" by Jiang LY. The fourth result is "Effect of electroacupuncture on arginine vasopressin-induced endolymphatic hydrops" by Jiang L, He J, Chen X, Chen H. The fifth result is "Endolymphatic hydrops and ionic transporters: genetic and biohumoral aspects" by Teggi R, Carpini SD, Zagato L. On the left side, there are filters for "RESULTS BY YEAR" (a bar chart from 1975 to 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), and "PUBLICATION DATE" (1 year, 5 years, 10 years, Custom Range). There is also an "Additional filters" button.

## Acufeni e idrope

I **veri acufeni** (fischio, ronzio, fruscio ecc.) **non sono suoni o rumori reali, prodotti da una vera e propria sorgente sonora, ma solo segnali bioelettrici** che arrivano all'area acustica del cervello.



Sono creati da disfunzioni dell'**orecchio interno** o dal **nervo acustico** o, in teoria dalle vie uditive centrali, ma sempre comunque nell'**apparato uditivo, uniche sedi che possono generare un segnale bioelettrico destinato alla corteccia cerebrale uditiva.**



**Ogni acufene**, fluttuante e variabile o sempre uguale e costante, **è potenzialmente una conseguenza dell'idrope dell'orecchio interno**, che è una condizione curabile, e **non esiste alcun criterio per escludere l'idrope come meccanismo sottostante o causa.**

**Nella maggior parte dei casi**, anzi, **l'acufene deriva dall'idrope** e può essere curato, nonostante le frequenti diagnosi di danno permanente e intrattabile date da molti specialisti, senza alcuna prova di questo *presunto* danno, visto che non esiste alcun modo di provare o confermare danni permanenti.

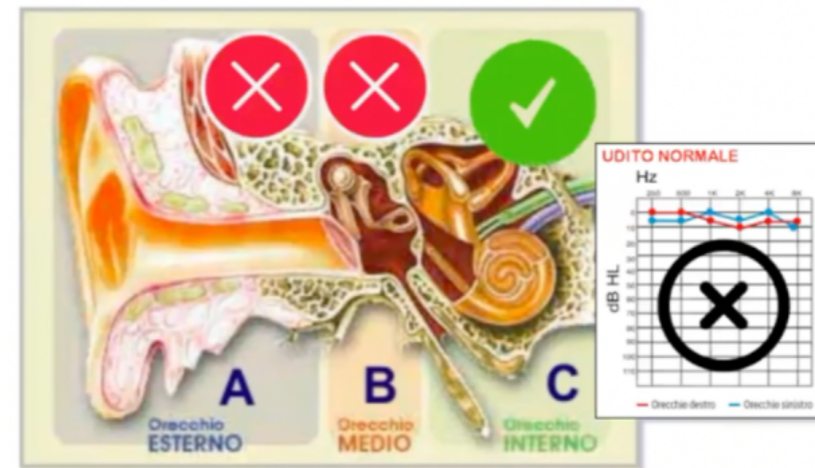
# Udito e idrope

**Ipoacusia neurosensoriale** è il termine utilizzato per ogni riduzione dell'udito originata da una disfunzione dell'orecchio interno. Di solito ai pazienti viene detto che non c'è altra soluzione se non quella di acquistare apparecchi acustici costosi e che una cura non è possibile, *non potendo recuperare i danni permanenti alle cellule ciliate* (e questo, ma solo questo, è vero!), ma in molti casi di ipoacusia da orecchio interno il problema è effettivamente dovuto in parte o in tutto all'idrope e quindi reversibile e curabile con l'opportuna terapia.

IPOACUSIA (sentire meno)



DISACUSIA (sentire MALE)

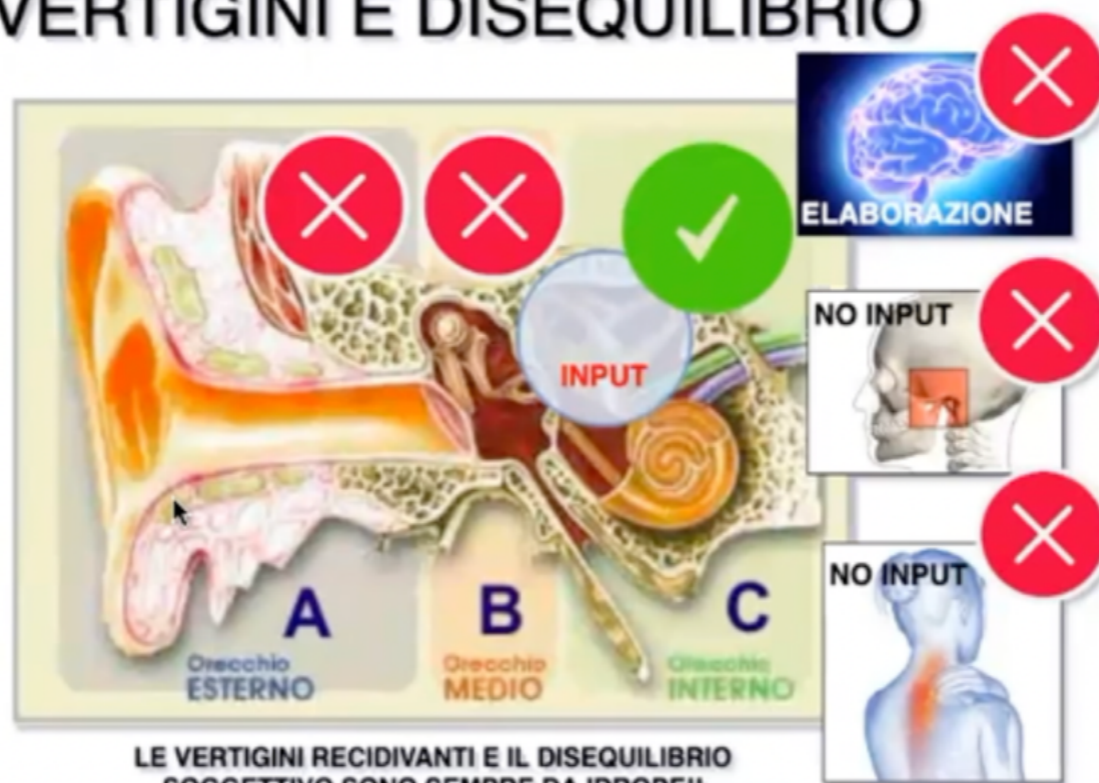


Bisogna però distinguere l'**ipoacusia** (perdita di volume) dalla **disacusia** (alterazione della qualità dell'udito), che possono comunque associarsi ed essere entrambe presenti, poiché mentre **l'ipoacusia (volume, quantità di udito) può derivare da alterazioni in qualunque zona dell'orecchio**, incluso l'orecchio esterno o medio (**ipoacusia trasmissiva**), e serve in tal caso un *esame audiometrico* correttamente eseguito, ed eventualmente un *esame impedenzometrico*, per capire la sede di origine effettiva del problema, **la disacusia (qualità) può invece provenire solo dall'orecchio interno** e può essere presente e riferita dal paziente anche con un esame audiometrico assolutamente normale.

## Vertigini, disequilibrio e idrope

**Tutte le vere vertigini ricorrenti**, comprese quelle tradizionalmente attribuite ad altre cause, **e il disequilibrio soggettivo**, percezione soggettiva ma non reale, più o meno costante, di instabilità, **derivano sempre da alterazioni a livello del labirinto (orecchio interno) e sempre dalla disfunzione creata dall'eccesso di liquidi (idrope)**, e **non da danni irreversibili permanenti**, che al massimo possono generare una singola crisi acuta maggiore (in questo caso da *labirintite*), seguita da una vera e persistente reale instabilità, che necessita di tempo (settimane o più spesso mesi) per recuperare.

### VERTIGINI E DISEQUILIBRIO



LE VERTIGINI RECIDIVANTI E IL DISEQUILIBRIO SOGGETTIVO SONO SEMPRE DA IDROPE!!

L'Infatti **la vertigine è l'espressione di un'informazione errata (input) che giunge al cervello e per esserci un'informazione errata ci devono essere recettori vivi e in grado di dare informazione**, per quanto sbagliata. Un eventuale danno permanente dei recettori vestibolari comporterebbe l'impossibilità di avere future nuove vertigini o disequilibrio soggettivo.

E questo lo sanno tutti visto che spesso viene proposto di distruggere questi recettori o di tagliare il nervo vestibolare per curare le vertigini. Cosa che io non considero nemmeno come ipotesi di terapia alternativa visto che non ha senso distruggere un organo quando lo si può curare.

**Disequilibrio soggettivo e attacchi ricorrenti di vertigini sono sempre dovuti all'idrope e sono sempre curabili** (ma non *guaribili* definitivamente essendo comunque possibili, ma non certe, recidive, comunque trattabili), senza necessità di procedure distruttive.

Nonostante la teoria della cupololitiasi e degli otoliti erranti nel labirinto, anche la cosiddetta **vertigine parossistica posizionale (VPPB)** è, in realtà, un disturbo da idrope.

## **In cosa consiste e dove agisce la terapia per idrope?**

La terapia da me proposta per l'idrope già dal 1998, ma continuamente aggiornata e migliorata, è efficace nel ridurre l'eccesso di liquidi nell'orecchio interno, principalmente (ma non solo) creando un **antagonismo specifico contro l'azione dell'ormone antidiuretico (ADH)** che, come abbiamo già visto, è il loro principale regolatore.

L'ADH non è, a quanto pare, la causa *diretta e unica* dell'idrope. I livelli ormonali, almeno al di fuori di un attacco acuto di vertigine, sembrano essere nella norma. Lo sviluppo e il mantenimento dell'idrope è probabilmente correlato a un'ipersensibilità dell'orecchio allo stimolo ormonale e alle sue fluttuazioni, o a un difetto nel riassorbimento dell'eccesso di liquidi prodotti sotto l'effetto dell'ADH, ma non conoscendo la causa di questa *presunta* ipersensibilità, **l'obiettivo principale della terapia è contrastare il rilascio dell'ormone antidiuretico e la sua interazione con l'orecchio.**

Possiamo però agire almeno in parte anche facilitando il riassorbimento, agendo sul volume pressione dei liquidi endocranici e cerebrali verso i quali si scaricano i liquidi dell'orecchio interno.

La terapia per idrope (o almeno la *mia* terapia per idrope) consiste all'associazione sinergica di varie **componenti farmacologiche e non farmacologiche**, ma rispettando una specifica propedeuticità e progressione, da me definita **piramide della terapia**.



Le componenti non farmacologiche principali sono rappresentate da un notevole **carico idrico** (cioè molta acqua da bere tutti i giorni), perché l'acqua è il principale inibitore naturale dell'ormone antidiuretico, e da una **dieta** specifica, rigida ma breve, seguendo le strette regole previste.

I farmaci utilizzati per il trattamento sono solo farmaci ben noti e utilizzati a dosi base, praticamente senza effetti collaterali. Sono **neurofarmaci** (farmaci attivi sui neurotrasmettitori), con lo scopo di creare un ombrello protettivo tra lo stress e la produzione dell'ormone ADH, ma anche per regolare ansia e sonno quando necessario, **cortisonici** per via intramuscolare (singola iniezione) ed eventualmente per fleboclisi e per via orale (cicli brevi) e, quando necessario, un diuretico osmotico in **fleboclisi**.

A queste componenti di base (acqua, neurofarmaci, dieta, terapia cortisonica, fleboclisi, tutte da me modificate per renderle più efficaci rispetto ad altro impiego più tradizionale e non in associazione) si aggiungono delle **terapie accessorie e complementari** proposte per disturbi specifici. Per ipoacusia, acufene, fullness, vengono prescritte anche *autoinsufflazioni* con un palloncino, per creare una contropressione nell'orecchio interno e, con lo stesso scopo, ma solo in eventuale fase avanzata successiva della terapia e mai in avvio, e solo se necessario arrivarci, *terapia iperbarica*. Per acufeni è indicato anche il mascheramento serale e tecniche di inibizione con rumore bianco. Per vertigini e disequilibrio viene prescritto anche un *farmaco antichinetosi*, ma efficace anche su questi disturbi, e, solo in caso di brevi vertigini posizionali parossistiche, esercizi di *ginnastica vestibolare*.

Come potete vedere, non c'è niente di veramente nuovo o strano nella mia terapia. Ciò che funziona contro l'idrope è però la **combinazione di più trattamenti**.

La terapia cortisonica o la dieta sono inefficaci senza aumentare l'assunzione di acqua. I neurofarmaci sono raramente utilizzati e mai combinati da altri medici con altri trattamenti, come l'assunzione di acqua, che li rende più efficaci. la terapia cortisonica può dare effetti collaterali ed essere molto meno efficace se non associata ad acqua e dieta. Le fleboclisi agiscono molto meno senza acqua, dieta e cortisone.

Ma, come detto, ho anche fatto delle modifiche a ogni componente, rispetto alle terapie tradizionali proposte da altri specialisti, quando proposte.

Ogni componente della terapia agisce in punti specifici del meccanismo circolare **STRESS > ADH > IDROPE > SINTOMI > ANSIA > STRESS**, che crea e mantiene il problema.

Ma non tutte le componenti del trattamento sono necessarie e obbligatorie per ogni caso e per ogni paziente.



Lo sono però, per tutti, salvo specifiche controindicazioni, acqua e neurofarmaci, assunti a bassa dose e solo per un periodo limitato e senza alcun rischio di conseguenze negative o dipendenza, se si rispettano dosi e periodo di assunzione previsto. **Carico idrico giornaliero** (acqua da bere) regolare e distribuito nella giornata **e neurofarmaci sono**, infatti, **base della terapia**, per il loro ruolo diretto nel controllo dell'ormone antidiuretico e quindi dei liquidi dell'orecchio interno, e per i neurofarmaci, anche per l'importanza di regolare e controllare anche resilienza allo stress, ansia e sonno.

## Cosa aspettarsi dalla terapia?

La terapia è **efficace contro l'idrope, ma non può fare nulla ovviamente contro eventuali danni permanenti** già presenti nell'orecchio interno. Questa ipotesi (e solo ipotesi perché un danno permanente non può mai essere confermato per nessuno!) può essere presa in considerazione, però, solo quando si deve trattare una ipoacusia stazionaria e/o un acufene costante, non fluttuante o per la parte costante del disturbo, se i sintomi, pur non scomparendo mai, sono comunque variabili.

Ma l'acufene e/o la perdita dell'udito ricorrenti o fluttuanti, così come qualsiasi tipo di vertigine ricorrente, e la fullness (orecchio chiuso o pressione nell'orecchio), sono sempre dovuti all'idrope e mai a danni permanenti.

In particolare se l'acufene è fluttuante e variabile, quasi (*la mia terapia non è perfetta o non sentirei necessità di aggiornarla e migliorarla frequentemente!*), ma molto spesso (sebbene, di solito, in questo caso, serva fare di più e includere anche le fleboclisi) anche in caso di acufene stazionario, non fluttuante, una terapia adeguata contro l'idrope riesce a ottenere ottimi risultati. Siamo ormai e da anni a oltre l'80% di raggiungimento di beneficio sufficiente, intendendo con questo termine il non aver bisogno di ulteriore terapia, pur se sono possibili recidive, comunque trattabili, a distanza di tempo. Ma di certo questi risultati non possono essere ottenuti con le molte *false terapie* oggi offerte per *curare* acufeni.

Si può curare anche il cosiddetto *acufene pulsante*, che in realtà non è affatto un *acufene*, ma la percezione del proprio battito cardiaco. Non viene però dall'orecchio interno, in questo caso.

Davvero non ho avuto mai problemi invece, sperando continui così 🙌, che *il passato è noto, ma il futuro sempre incerto*, a spegnere fasi di riacutizzazione di vertigini ricorrenti e a trattare il disequilibrio soggettivo, e di solito si ottengono ottimi risultati anche sulla fullness, tutti sintomi che non possono derivare mai da danni permanenti.

È importante però capire che la terapia può *curare*, cioè aiutare il paziente a riprendersi parzialmente o totalmente dai suoi disturbi e raggiungere beneficio sufficiente ma non può, tuttavia, *guarire* definitivamente l'orecchio, perché sono comunque possibili recidive dopo un certo periodo imprevedibile.

D'altronde non esiste malattia o disturbo, ricordando questi sono disturbi e non malattie, non trattabile con la chirurgia sull'organo responsabile, che possa essere curata in modo permanente, a eccezione delle malattie infettive infantili che lasciano una difesa immunitaria permanente.

Ma spesso il paziente resta libero da sintomi per lungo tempo ed eventuali recidive possono essere gestite facilmente e velocemente sapendo come trattarle. E l'invalidità anche psicologica, derivante dai sintomi è totalmente diversa quando il paziente sa già che esiste, nonostante quello che tutti gli hanno detto prima, una cura adeguata.

La **cura contro l'idrope non è**, comunque, **un trattamento a vita**. Al di fuori delle fasi acute il paziente può rimanere senza alcuna terapia, perché a volte il beneficio di un trattamento adeguato dura anni e non è necessaria alcuna terapia solo per sintomi sporadici e lievi, se anche si verificassero.

**Obiettivo della cura è quello di migliorare la situazione attuale, ma anche di modificare lo stato psicologico**, con molta assistenza continua da parte mia, e qualora questa non fosse sufficiente anche di uno psicologo, per rendere il paziente più resiliente anche nei confronti dell'ipotesi di future recidive.

E il **controllo dell'ansia e del sonno**, quando necessario, ha per me importanza non inferiore, se non addirittura propedeutica, a quello dei sintomi e disturbi dell'orecchio, visto che **ansia, bassa resistenza allo stress e problemi con il sonno sono terreno favorente le recidive**, e che perfino la sola paura di star male può essere causa di aumento di idrope e recidiva, e comunque non fa certo stare quella persona in una reale condizione di benessere.

**SALUTE**  
**BENESSERE FISICO + BENESSERE PSICHICO**  
**NON PERFEZIONE!**

## Vi ho stimolato voglia di saperne di più?

Basta andare al sito [idrope.info](http://idrope.info) per trovare di più... molto di più inclusa la versione offline completa scaricabile di 314 pagine della quale avete appena letto un sintesi e tantissimi video.

Grazie per il vostro interesse.

**idrope.info**

Dott. Andrea La Torre

[BASI](#) ▾ [DIAGNOSI](#) ▾ [SINTOMI](#) ▾ [MENIERE](#) ▾ [TERAPIA](#) ▾ [DR. LA TORRE](#) ▾ [CONSULENZE](#) ▾ [BLOG](#) ▾ [LINKS](#) ▾ [MEDICI](#) ▾

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

Un sito per capire acufeni, problemi di udito, vertigini e disequilibrio,  
Meniere, e altri disturbi dell'orecchio interno

A cura del Dott. Andrea La Torre  
Specialista in Otorinolaringoiatria