

Dal dubbio clinico alla diagnosi di neurinoma dell'acustico

Marcello Pugliese
Medico di medicina generale
Donnici Inferiore (CS)

Un assistito di 47 anni si presenta in ambulatorio perché da alcuni giorni, a seguito di un episodio similinfluenzale, avverte dei fastidiosi, anche se lievi, acufeni a livello dell'orecchio sinistro, oltre ad artromialgie diffuse e faringodinia. Mi riferisce anche senso di nausea e scariche diarroiche.

■ Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** il paziente ha sempre goduto di buona salute, salvo un lieve stato ansioso. Pratica attività sportiva regolare, è operaio in un'azienda addetta alla manutenzione delle strade. Da oltre dieci anni i suoi attrezzi di lavoro sono il martello pneumatico e il trapano a percussione e guida autocarri pesanti.

■ **Esame obiettivo:** le condizioni generali sono discrete, assenza di febbre. Noto una lieve iperemia faringo-tonsillare e una leggera epatomegalia, con fegato debordante 1-2 dita sotto l'arcata costale, non dolente. Non rilevo linfoadenomegalia nelle comuni stazioni linfonodali. All'esame otoscopico entrambe le membrane timpaniche appaiono sostanzialmente integre ed è presente solo qualche accumulo di cerume nei condotti uditivi esterni. L'obiettività cardiovascolare e polmonare è nella norma.

Prescrivo la terapia del caso e concordo con il paziente di risentirci nel caso di persistenza dei sintomi.

■ Richiesta di certificazione

Circa un mese dopo il paziente si ripresenta in studio per chiedere una certificazione, poiché intende avviare la pratica per il riconoscimento di malattia professionale. Per questo motivo mi invita a consultare una sintetica documentazione in suo possesso, che consiste

negli accertamenti periodici eseguiti dal medico del lavoro e fatti praticare dall'azienda in cui lavora a tutti i dipendenti, secondo la normativa vigente.

■ **Esami bioumorali:** nella norma, tranne VES 30 e un lieve aumento della transaminasi AST.

■ **Rx torace:** accentuazione diffusa della trama bronco-vasale.

■ **Elettrocardiogramma:** nella norma.

■ **Spirometria:** lieve riduzione dei flussi espiratori.

■ **Esame audiometrico:** deficit percettivo sui toni da 2000 a 4000 Hz a sinistra, da attribuire a trauma acustico ripetuto.

Chiedo al paziente se il disturbo relativo agli acufeni di cui si era lamentato nella precedente visita sia migliorato, ma mi riferisce della sua persistenza e anche di una percepita riduzione della funzione uditiva a sinistra. Nega episodi vertiginosi, otorrea od otorragie.

L'esame otoscopico evidenzia un notevole accumulo di cerume in entrambi i condotti uditivi, che il paziente collega automaticamente alle perfrigerazioni a cui è inevitabilmente esposto nell'ambito delle mansioni lavorative che gli sono affidate. Non si evidenzia ni-stagmo.

Per avere ulteriori informazioni da inserire nel certificato che mi ha richiesto, ma soprattutto nel tentativo di giungere a un affinamento diagnostico e di alleviare i fastidiosi acufeni, prescrivo una visita specialistica otorinolaringoiatrica con

estrazione dei tappi di cerume, esame audiometrico e impedenziometrico.

Una decina di giorni dopo il paziente ritorna in studio con il referto del collega otorino che riporta: estrazione bilaterale di tappi di cerume dal condotto uditivo esterno; impedenziometria normale. Esame audiometrico: ipoacusia percettiva a sinistra sui toni bassi da attribuire verosimilmente a trauma acustico. Viene consigliato il controllo semestrale.

■ Dubbio clinico

Il paziente continua però a lamentarsi degli acufeni dal lato sinistro, che ormai sono presenti continuamente e che di notte gli impediscono persino di riposare.

Il suo volto preoccupato mi fa scattare - alla luce della conoscenza diretta del paziente, dei suoi trascorsi clinici, degli esami che ho appena visionato, ma anche del fiuto e dell'esperienza che ogni medico di famiglia sviluppa nel corso di anni di attività in prima linea (che gli fanno sviluppare spesso doti da vero seguio) - una serie di dubbi che mi spingono a richiedere una RMN cranioencefalica con studio delle rocche petrose e del rachide cervicale.

Per abbreviare i lunghi tempi di attesa mi premuro di prenotare personalmente l'indagine presso un centro convenzionato.

Il paziente però è visibilmente contrariato per non avere ancora ricevuto il certificato per avviare la pratica per il riconoscimento della

malattia professionale e per dovermi sottoporre ancora una volta a nuovi esami.

Gli raccomando di ritornare in studio non appena avrò il referto della RMN, mentre penso con qualche timore alle rimostranze che potrebbe farmi nel caso di esito negativo dell'esame (per avergli fatto perdere tempo prezioso e per avergli fatto spendere decine di euro in ticket sanitari).

■ Diagnosi e risoluzione del caso

Due settimane dopo il paziente si ripresenta in ambulatorio con il referto della risonanza magnetica nucleare e porgendomi le lastre, dice: "Dottore, sono contento di averla come medico di famiglia. Aveva ragione a volere approfondire".

Posiziono le lastre sul diafanoscopio e contestualmente leggo il referto del neuroradiologo.

■ **RMN cranio-encefalo-rocche petrose e rachide cervicale:** normale rappresentazione del tessuto cerebrale e cerebellare. Nulla da segnalare a livello dell'orecchio interno. A sinistra, a livello dell'angolo ponto-cerebellare, presenza di neoformazione di circa 2 cm di diametro, che appare iperdensa dopo iniezione di mezzo di contrasto, che comprime l'ottavo nervo cranico ed è da attribuire verosimilmente a neurinoma dell'VIII nervo cranico sinistro. Si consiglia consulenza neurochirurgica.

Rivedo il paziente circa un mese dopo, a distanza di dieci giorni dalle dimissioni dalla clinica neurochirurgica dove è stata praticata l'asportazione per via latero-cervicale della massa neurinomatosa. Persistono una lieve paresi faciale a sinistra e la ipoacusia, mentre sono scomparsi gli acufeni.

■ Commento

Il neurinoma o schwannoma è un tumore formato prevalentemente da cellule della guaina di Schwann, che può interessare sia le radici nervose craniche e spinali sia i tronchi nervosi periferici. Quasi

sempre è isolato e monolaterale, ma sono descritte forme multiple nella malattia di von Recklinghausen.

Il neurinoma dell'acustico è un tumore dell'angolo ponto-cerebellare che comprime, ma non infiltra, le strutture nervose e che tende a provocare erosione e allargamento del condotto uditivo interno e interessamento dei nervi cranici vicini, in particolare del VII e del V paio e dei nervi oculomotori, del cervelletto e del peduncolo cerebrale.

Le sue dimensioni possono a volte essere considerevoli, la consistenza è solida, ma la massa è ben capsulata, con le evidenti positive ricadute neurochirurgiche.

I neurinomi crescono lentamente e sono considerati biologicamente benigni, anche se clinicamente spesso non sono tali riguardo alla sede in cui si sviluppano.

Nella prima fase del loro sviluppo

provocano acufeni transitori, cefalea gravativa, ipoacusia percettiva, nistagmo spontaneo con iporeflessia vestibolare. Successivamente, in relazione alla crescita della massa neoplastica, compaiono i segni della sofferenza bulbo-protuberenziale e cerebellare con ipoacusia che si associa a nistagmo spontaneo con componente verticale.

Nella fase pontocerebellare compaiono turbe neurologiche complesse dovute alla multipla compromissione di nervi cranici vicini, del cervelletto e delle vie vestibolari, con atassia, dismetria, asinergia, adiadococinesia, sintomi trigeminali quali la areflessia corneale, paresi faciali.

La diagnosi differenziale è ormai semplice da eseguire grazie agli esami neuroradiologici, in particolare TAC e RMN.

La terapia è essenzialmente di tipo chirurgico.